

УДК 617.576—009.12—089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОНТРАКТУРОЙ ДЮПЮИТРЕНА

*Канд. мед. наук И. Е. Микусев, доктор мед. наук Т. П. Розовская,
Т. А. Максимова*

*Кафедра травматологии и ортопедии (зав.—проф. А. Л. Латыпов), Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина, Казанский НИИТО (директор — проф. У. Я. Богданович)*

Реферат. Проанализированы отдаленные исходы оперативного лечения 205 больных с контрактурой Дюпюитрена. После частичных и тотальных иссечений ладонного апоневроза, выполненных у 140 больных на 183 кистях, отличные результаты констатированы на 114 кистях, хорошие — на 33, удовлетворительные — на 23, плохие — на 13. Наилучший эффект дает оперативное лечение контрактуры Дюпюитрена, осуществленное на ранних сроках.

Ключевые слова: контрактура Дюпюитрена, лечение.

Библиография: 2 названия.

Несмотря на большое количество работ, посвященных контрактуре Дюпюитрена, до настоящего времени нет единой тактики в лечении этого тяжелого страдания. Между тем число больных с контрактурой Дюпюитрена велико.

В отделении взрослой ортопедии и восстановительной хирургии Казанского НИИТО за 20 лет (1957—1976 гг.) подвергнуто оперативному лечению по поводу контрактуры Дюпюитрена 205 больных (189 мужчин и 16 женщин в возрасте от 25 до 78 лет). Производилось частичное или (примерно у трети больных) тотальное иссечение ладонного апоневроза.

Известны исходы операций на 183 кистях, (140 больных,) в том числе на 21 кисти с 1-й степенью контрактуры, на 55 кистях со 2-й ст. и на 107 кистях с 3-й ст. Таким образом, преобладала 3-я степень заболевания, создающая наибольшие трудности для лечения и последующего восстановления функции оперированной кисти.

При самом строгом подходе к оценке отдаленных исходов оперативного лечения дюпюитреновской контрактуры пальцев кисти мы сочли возможным применить 4-балльную систему: отличный результат, хороший, удовлетворительный, плохой. Отличные результаты были определены на 114 кистях из 183, хорошие — на 33, удовлетворительные — на 23 и плохие — на 13.

Для сравнения приводим данные архивного материала ЦИТО. [2]. При изучении отдаленных результатов оперативного лечения в сроки от 1 г. до 10 лет И. Н. Шинкаренко выявил хорошие и удовлетворительные результаты лишь у 6 из 17 больных (на 6 из 18 кистей); рецидив контрактуры наступил у 12 больных, причем у большинства — в первый же год после операции.

Следует особо отметить, что у всех наших больных, у которых результаты оказались плохими, была 3-я степень гибательной контрактуры пальцев, а у большей части больных с удовлетворительными результатами — 2-я ст. контрактуры. Причиной, приведшими к плохим и удовлетворительным результатам в послеоперационном периоде, наряду с тяжелой степенью контрактуры, были погрешности, допущенные во время операции: нерациональные кожные разрезы, нерадикальное иссечение ладонного апоневроза и возникшие в связи с этим осложнения (стягивающие кожные рубцы, рецидивы контрактуры и т. д.).

Общий срок нетрудоспособности у наших больных составил от 3 нед до 3 мес (значительно реже — до 4 мес, обычно после операции на обеих кистях поочередно без выписки из стационара). Все прооперированные нами больные (не пенсионеры) приступили к своей прежней работе. Одному больному была установлена 3-я группа инвалидности сроком на год.

В заключение необходимо подчеркнуть, что выполнение оперативного вмешательства при контрактуре Дюпюитрена для большинства практических хирургов и ортопедов все еще является трудным. Полученные нами данные с убедительностью доказывают целесообразность проведения операции в ранние сроки контрактуры Дюпюитрена, что дает лучшие результаты с наименьшим количеством дней временной нетрудоспособности и полным восстановлением трудоспособности больного.

1. Беюл А. П. Нов. хир., 1926, 1. — 2. Шинкаренко И. Н. Контрактура Дюпюитрена пальцев кисти и ее лечение с применением гиалуронидазных препаратов. Автореф. канд. дисс., М., 1961.

Поступила 1 июня 1980 г.

УДК 796.83—02:616.833.1—001—072

НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ПОЗЫ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БОКСЕРОВ

Р. З. Кравец, проф. В. М. Сироткин

Кафедра нервных болезней (зав. — проф. В. М. Сироткин) Оренбургского медицинского института

Реферат. При исследовании 347 спортсменов-боксеров отмечено, что у 123 из них после нокаута значительно нарушалась функция вестибулярного аппарата. Выделено три типа изменений стабิโลграммы.

Ключевые слова: боксеры, черепно-мозговая травма, стабิโลграфия. 2 таблицы, 3 иллюстрации.

Нами было обследовано 347 здоровых спортсменов-боксеров. 123 из них в дальнейшем получили однократную закрытую черепно-мозговую травму — нокаут. Одновременно с клиническими наблюдениями за травмированными мы регистрировали у них стабิโลграфическую статическую координацию в остром и резидуальном периодах травмы. Статическую координацию боксеров исследовали в обычной позе Ромберга с регистрацией стабิโลграммы в двух пробах: с открытыми и закрытыми глазами (продолжительность пробы 1 мин, интервал между пробами 15 с).

Основная часть работы заключалась в исследовании колебаний общего центра тяжести (ОЦТ) тела испытуемого. При анализе стабิโลграмм мы учитывали как амплитуду колебаний ОЦТ, так и их направленность. Для количественной оценки стабิโลграмм пользовались формулой:

$$K = L \cdot S,$$

где K — показатель нестабильности; L — общая длина стабิโลграфической кривой; S — площадь, ограниченная стабิโลграммой.

Направленность колебаний ОЦТ характеризовалась коэффициентом системной нестабильности (D), определяемым отношением сагиттального диаметра площади стабิโลграммы к фронтальному.

Исследование статической координации у 123 боксеров, получивших травму, выявило значительное возрастание колебаний ОЦТ, что иллюстрируется представленными стабิโลграммами на рис. 1. Результаты стабิโลграфических исследований для всей группы травмированных сведены в табл. 1.

Показатель K в ближайший период после травмы увеличивался более чем в 4 раза. В последующем он постепенно нормализовался и к 3-месячному сроку наблюдений соответствовал исходному (до травмы). Феномен увеличения неустойчивости при закрытых глазах прослеживался до месяца после травмы. Коэффициент D в среднем для всей группы травмированных был больше 1, т. е. колебания ОЦТ превалировали в сагиттальной плоскости (табл. 1).

Однако у 34 боксеров после нокаута D составил $0,25 \pm 0,02$ ($D < 1$), т. е. колебания ОЦТ совершались преимущественно во фронтальной плоскости. У 23 человек из этой группы клиническое и отоневрологическое обследование с применением вестибулометрических проб (исследование опу-

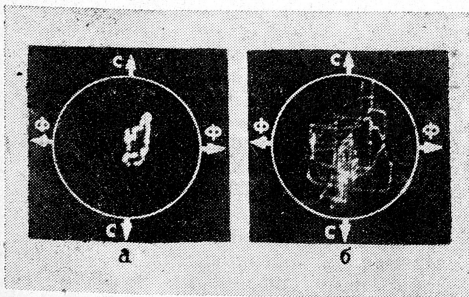


Рис. 1. Стабิโลграммы боксера М., 21 года (регистрация с открытыми глазами) до травмы (а) и через 15 мин после травмы (б): с—с — сагиттальное направление; ф—ф — фронтальное направление.

а — незначительная площадь стабิโลграммы и малая протяженность стабิโลграфической кривой до травмы; б — резкое увеличение площади стабิโลграммы и длины стабิโลграфической кривой после травмы.