

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ *HELICOBACTER PYLORI*-АССОЦИИРОВАННЫМ ГАСТРИТОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ СОВМЕСТНО С ВИСМУТА ТРИКАЛИЯ ДИЦИТРАТОМ

Светлана Сергеевна Бунова, Сергей Игоревич Мозговой, Любовь Борисовна Рыбкина,
Елена Владимировна Усачева, Александр Николаевич Назаров

(Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., доц. С.С. Бунова, кафедра патологической анатомии, зав. – д.м.н., проф. А.В. Кононов)

Резюме. На начало XXI века *Helicobacter pylori* относится к наиболее распространенным хроническим инфекциям человека. Цель: оценить качество жизни у пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом при использовании эрадикационной терапии первой линии совместно с Де-Нолом. Материалы и методы: В исследование включено 26 пациентов в возрасте $44,6 \pm 13,0$ лет, из них 14 (53,8%) женщин и 12 (46,2%) мужчин. Качество жизни оценивали по опроснику GSRС до и через 4 недели после окончания лечения. Из инструментальных методов проводили ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из 5 точек. Наличие *Helicobacter pylori* верифицировали при проведении быстрого уреазного теста и морфологического исследования биоптатов слизистой оболочки желудка. Результаты и обсуждение. Установлено, что у пациентов с морфологически верифицированным диагнозом хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита назначение эрадикационной терапии первой линии совместно с Де-Нолом приводит к быстрому купированию симптомов диспепсии, что способствует повышению качества жизни этих пациентов.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, хронический гастрит, качество жизни, Де-Нол.

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC *HELICOBACTER PYLORI*-ASSOCIATED GASTRITIS WHEN USING THE THERAPY OF THE FIRST LINE BY ERADICATION TOGETHER WITH DE-NOL

S.S. Bunova, S.I. Mozgovoy, L.B. Rybkina, E.V. Usacheva, A.N. Nazarov
(Omsk State Medical Academy, Russia)

Summary. At the beginning of XXI century, *Helicobacter pylori* is the most common chronic infections of man. The purpose: to estimate quality of life in the patients with chronic *Helicobacter pylori*-associated gastritis using eradication therapy of the first line together with De-Nol. Materials and methods. The study included 26 patients aged $44,6 \pm 13,0$ years, 14 of them (53,8%) women and 12 (46,2%) men. Quality of life was assessed by questionnaire GSRС before and 4 weeks after the end of treatment. AS the instrumental methods, FGDS was performed with biopsy of the gastric mucosa from 5 points. The presence of *Helicobacter pylori* was verified during the rapid urease test and morphological research of tissue sampling of mucous coat of stomach. Results and Discussion. It has been established that in patients with morphologically verified diagnosis of chronic *Helicobacter pylori*-associated gastritis, indication of eradication therapy of the first line together with De-nol leads to fast relief of symptoms of dyspepsia, that promotes improvement of quality of life of these patients.

Key words: *Helicobacter pylori*, chronic gastritis, quality of life, De-Nol.

В настоящее время в России и во всем мире инфекция *Helicobacter pylori* продолжает оставаться одной из самых частых причин развития и прогрессирования воспалительных изменений слизистой оболочки желудка [9,10,13]. Эволюция взаимоотношений инфекции *Helicobacter pylori* и человечества насчитывает не одно тысячелетие [13]. Инфицированность *Helicobacter pylori* населения Российской Федерации превышает 80% [2,10]. *Helicobacter pylori* встречается у 80-90% жителей развивающихся стран Азии и Африки, у 40-70% жителей Восточной Европы, Южной Америки и у 25-30% населения развитых стран Европы и Северной Америки [5].

Клиническая симптоматика хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита определяется наличием диспепсических жалоб, появление которых позволяет врачу направить пациентов на фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС) с биопсией для подтверждения выраженности воспалительных изменений в слизистой оболочке желудка [9]. Такая информация представляется исключительно важной, поскольку именно выраженность воспалительных изменений в слизистой оболочке желудка определяет прогноз хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита и его возможные исходы [8]. Также важно определить связь между наличием диспепсических жалоб у пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом с воспалительными изменениями в слизистой оболочке желудка [8].

Изучение хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита и разработка эффективных

схем его лечения – одно из приоритетных направлений современной гастроэнтерологии, поскольку международное агентство по изучению рака классифицировало *Helicobacter pylori* как канцероген I класса в отношении рака желудка кишечного типа [3]. Основными базовыми средствами лечения хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита являются антисекреторные препараты, прокинетики и антибактериальные препараты. Однако, в настоящее время в лечении ряда гастроэнтерологических заболеваний, в том числе и хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита важное место занимает висмута трикалия дицитрат. По данным ряда авторов, данный препарат оказывает выраженное антихеликобактерное, антиоксидантное и гастропротекторное действие, что приводит к уменьшению выраженности диспепсических жалоб и воспаления в слизистой оболочке желудка [4,6,9,14,15].

Большое внимание на сегодняшний день уделяется изучению качества жизни пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом до и после лечения [5,12,13]. Однако, имеющиеся данные противоречивы и требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования: провести оценку качества жизни у пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом при использовании эрадикационной терапии первой линии совместно с Де-Нолом.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие 26 пациентов

в возрасте от 21 до 62 лет (средний возраст составил $44,6 \pm 13,0$ лет), среди них 14 (53,8%) женщин и 12 (46,2%) мужчин.

Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст от 20 до 65 лет, наличие клинических симптомов диспепсии, морфологически верифицированный диагноз хронического гастрита, наличие *Helicobacter pylori* (быстрый уреазный тест, морфологическое исследование биоптатов), наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: прием в течение 4-х недель до включения в исследование ингибиторов протонной помпы и антибактериальных препаратов, развитие побочных эффектов на фоне лечения, нарушение режима лечения, отказ от участия в исследовании, возраст до 20 лет и старше 65 лет, тяжелые сопутствующие острые и хронические заболевания в фазе обострения.

Клиническое обследование пациентов проводили на базе БУЗОО «Городская клиническая больница №1 им. А.Н. Кабанова». Помимо оценки жалоб и анамнестических данных все пациенты были обследованы в соответствии с действующими рекомендациями Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori*, основанными на Маастрихте IV [9]. Кроме того, всем испытуемым для оценки качества жизни больных желудочно-кишечными заболеваниями проводилось тестирование по опроснику GSRs (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) до и через 4 недели после окончания лечения хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита [12]. Опросник GSRs разработан отделом изучения качества жизни в ASTRA Hassle (автор – I. Wiklund, Швеция, 1998), в исследовании использовалась Русскоязычная версия опросника GSRs, созданная исследователями Межнационального Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 г. [12]. Опросник состоит из 15 пунктов, которые преобразуются в 5 шкал:

1. Абдоминальная боль (1, 4 вопросы).
2. Рефлюкс-синдром (2, 3, 5 вопросы).
3. Диарейный синдром (11, 12, 14 вопросы).
4. Диспептический синдром (6, 7, 8, 9 вопросы).
5. Синдром запоров (10, 13, 15 вопросы).
6. Шкала суммарного измерения (1-15 вопросы).

Показатели шкал колеблются от 1 до 7, более высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому качеству жизни.

Из инструментальных методов диагностики всем пациентам до и через 4 недели после окончания лечения проводилось эндоскопическое исследование, которое включало ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки желудка из пяти точек согласно современному подходу – модифицированному варианту OLGA system (Operative Link for Gastritis Assessment) – Российскому пересмотру классификации хронического гастрита, который был утвержден III Съездом Российского общества патологоанатомов [1]. Наличие *Helicobacter pylori* верифицировано при проведении быстрого уреазного теста и гистобактериоскопически окраской 0,1 %-ным толуидиновым синим.

После первичного обследования и установления морфологического диагноза хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита всем пациентам назначалась эрадикационная терапия первой линии согласно Маастрихт IV (2010): ингибитор протонной помпы 20 мг 2 раза в день, Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день и Кларитромицин 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней [9]. По данным ряда авторов, добавление висмута трикалия дицитрата к эрадикационной терапии первой линии приводит к быстрому купированию симптомов диспепсии и повышению качества жизни пациентов [4,6,9,14,15]. Поэтому в нашем исследовании каждый пациент, кроме эрадикационной терапии первой линии, принимал висмута трикалия дицитрат (Де-Нол) в дозе 120 мг по 2 табл. 2 раза в день за 30 минут до еды в течение

4-х недель.

Проведенное исследование соответствовало этическим стандартам биоэтического комитета ОмГМА, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000 г. и Правилами клинической практики в Российской Федерации, утвержденными Приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 (русифицированная версия) и редактора электронных таблиц Microsoft Excel. Количественные данные на предварительном этапе статистического анализа оценивали на нормальность распределения по критерию Shapiro-Wilk. Значимость различий непрерывных данных оценивали с помощью непараметрического критерия для связанных выборок – критерия Wilcoxon signed-ranks test. Для оценки различий номинальных данных использовали критерий McNemar с построением четырехпольных таблиц – для связанных выборок. Полученные данные представлены в виде относительных частот объектов исследования; медианы (Me), верхнего и нижнего квартиля (25% и 75% квартили). Результаты считались значимыми при $p < 0,05$ [11].

Результаты и обсуждение

Установлено, что у пациентов с морфологически верифицированным диагнозом хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита исходно (до лечения) преобладали жалобы на боли в подложечной области (22 пациента), чувство урчания и вздутия живота (24 пациента). Помимо этого, пациентов беспокоила отрыжка (16 пациентов), изжога (12 пациентов) и тошнота (9 пациентов). Значительно реже наблюдались жалобы на запоры (8 пациентов) и диарею (7 пациентов). Полученные данные по оценке клинических симптомов диспепсии представлены на рис. 1.

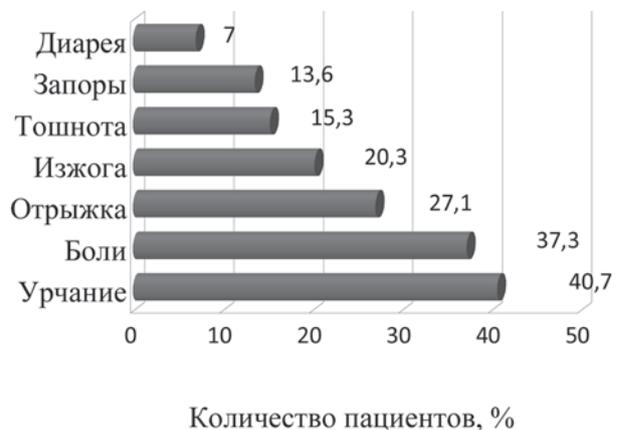


Рис. 1. Клинические симптомы диспепсии до лечения.

Анализ результатов лечения пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом позволил выявить следующие клинические особенности. Эрадикационная терапия первой линии совместно с висмута трикалия дицитратом характеризовалась хорошей переносимостью и терапевтической эффективностью в виде значительного уменьшения выраженности клинических симптомов диспепсии, что соответствовало более высокому качеству жизни у этих пациентов (рис. 2).

Так, добавление висмута трикалия дицитрата к схеме эрадикационной терапии первой линии привело к статистически значимому уменьшению количества пациентов, имеющих боли в подложечной области с 37,3 до 3,4% ($p < 0,001$), чувство урчания и вздутия живо-



Примечание: * - уровень значимости различий между исходными данными и через 4 недели после лечения, $p < 0,05$

Рис. 2. Динамика клинических симптомов диспепсии при использовании эрадикационной терапии первой линии совместно с висмута трикалия дицитратом.

та – с 40,7 до 16,9% ($p=0,001$), изжогу – с 20,3 до 3,4% ($p=0,005$), отрыжку – с 27,1 до 8,5% ($p=0,007$), тошноту – с 15,3 до 1,7% ($p=0,01$) и диарею – с 11,7 до 0% ($p=0,02$).

Известно, что качество жизни пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом определяется выраженностью клинической симптоматики [12]. По результатам нашего исследования выявлено, что у пациентов с морфологически верифицированным диагнозом хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита качество жизни по данным опросника GSRS определялось выраженностью диспепсических жалоб, так как по шкале «Диспепсический синдром» (ДПС) они набрали наибольшее количество баллов (табл. 1). При анализе качества жизни пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом на фоне лечения выявлено улучшение всех показателей опросника GSRS. Так, по данным таблицы 1 количество баллов по шкалам «Абдоминальная боль» (АБ), «Рефлюкс-синдром» (РС), «Диспепсический синдром» (ДПС), «Диарейный синдром» (ДС) и «Шкала суммарного измерения» (ШСИ) через 4 недели после лечения уменьшилось статистически значимо ($p < 0,05$),

Таблица 1

Показатели шкал опросника GSRS до и через 4 недели после окончания лечения хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита, Ме (25-75 %)

Показатели шкал опросника GSRS	Исходно	Через 4 недели после лечения	p
Абдоминальная боль (АБ)	6,0 (5,0-8,0)	2,0 (2,0-2,0)	0,000...
Рефлюкс-синдром (РС)	6,0 (3,0-8,0)	3,0 (3,0-4,0)	0,000...
Диспепсический синдром (ДПС)	11,0 (8,0-16,0)	4,0 (4,0-8,0)	0,000...
Диарейный синдром (ДС)	3,5 (3,0-6,0)	3,0 (3,0-4,0)	0,008
Синдром запоров (СЗ)	3,0 (3,0-7,0)	3,0 (3,0-3,0)	0,142
Шкала суммарного измерения (ШСИ)	33,5 (26,0-41,0)	15,5 (15,0-23,0)	0,000...

Примечание: p – уровень значимости различий между исходными данными и через 4 недели после лечения, $p < 0,05$.

Количество пациентов, имеющих запоры, уменьшилось статистически незначимо (с 13,6 до 6,8%; $p=0,21$), что свидетельствует об отсутствии побочного эффекта висмута трикалия дицитрата в виде запоров (рис. 2).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И., Кононов А.В., Мозговой С.И. Международная классификация хронического гастрита: что следует принять и что вызывает сомнения // Архив патологии. – 2009. – Т. 71. №4. – С.11-18.
2. Бунова С.С., Рыбкина Л.Б., Бакалов И.А. и др. Методы диагностики инфекции *Helicobacter pylori*: современное состояние вопроса // Молодой ученый. – 2012. – Т. 3. №12. – С.539-543.
3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Лапина Т.Л. Хронический гастрит, вызванный инфекцией *Helicobacter pylori*: диагностика, клиническое значение, прогноз: Пособие для врачей. – М., 2009. – 24 с.
4. Исаков В.А. Коллоидный субцитрат висмута: его свойства как основа применения в гастроэнтерологии // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – №3. – С.30-35.
5. Калинин А.В. Хронический гастрит // Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: Рук-во для врачей. – М., 2007. – С.59-92.
6. Кононов А.В. Цитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно-клеточные механизмы // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – № 3. – С.12-16.
7. Лапина Т.Л. Возможности лекарственного воздействия на цитопротективные свойства гастродуоденальной слизистой оболочки // Российский журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – № 5. – С.75-80.

в то время как количество баллов по шкале «Синдром запоров» (СЗ) не изменилось ($p=0,142$). Этот факт означает, что Де-Нол в составе эрадикационной терапии первой линии не только способствует положительной клинической динамике диспепсических симптомов и улучшению качества жизни у данных пациентов, но и отличается хорошей переносимостью.

Таким образом, назначение эрадикационной терапии первой линии в сочетании с висмута трикалия дицитратом у пациентов с морфологически верифицированным диагнозом хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита приводит к быстрому купированию симптомов диспепсии, что способствует повышению качества жизни у этой категории пациентов.

8. Ливзан М.А., Кононов А.В., Костенко М.Б. и др. Хронический *Helicobacter pylori*-ассоциированный гастрит в постэрадикационном периоде: биопсийная диагностика и тактика ведения больного: Методические рекомендации. – Омск, 2007. – 24 с.
9. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Н.Г., Кочетов С.А. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции *Helicobacter pylori* (по материалам консенсуса Маастрихт IV, Флоренция 2010) // Вестник практического врача. – 2012. – №1. – С.6-30.
10. Панопорт С.И. Гастриты: Пособие для врачей. – М., 2010. – 20 с.
11. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М., 2002. – 312 с.
12. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М., 2007. – 320 с.
13. Amieva M.R., El-Omar E.M. Host-bacterial interactions in *Helicobacter pylori* infection // Gastroenterology. – 2008. – Vol. 134. №1. – P.306-323.
14. Chey W.D., Wong B.C.Y. American College of Gastroenterology Guideline on the Management of *Helicobacter pylori* Infection // Am J Gastroenterol. – 2007. – №102. – P.1808-1825.
15. Grisham M.B., Jour'd'heil D., Wink D.A. Review article: chronic inflammation and reactive oxygen and nitrogen metabolism – implications in DNA damage and mutagenesis // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2000. – № 14. – P.3-9.

Информация об авторах: Бунова Светлана Сергеевна – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой; Мозговой Сергей Игоревич – д.м.н., доцент кафедры; Рыбкина Любовь Борисовна – ассистент кафедры, 644043 г. Омск, ул. Ленина, 12, ОмГМА, кафедра пропедевтики внутренних болезней, тел. (3812) 733337, e-mail: lbrybkina@mail.ru; Усачева Елена Владимировна – к.м.н., доцент кафедры; Назаров Александр Николаевич – аспирант кафедры.

© КОПЫСОВА В.А., ПИМЕНОВ В.Ф., КУТКОВ А.А., АГАФОНОВ Н.Е., КУЗМИЧЕВ Б.Г. – 2013
УДК: 616.718.72-001.5-089.8

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

Валентина Афанасьевна Копысова¹, Валерий Федорович Пименов², Александр Александрович Кутков³, Николай Евгеньевич Агафонов⁴, Борис Григорьевич Кузмичев⁵

(¹Всероссийский центр имплантатов с эффектом памяти формы, директор – д.м.н., проф. В.А. Копысова;

²Городская клиническая больница №1 им. М.Н. Горбуновой, Кемерово, гл. врач – Т.В. Кочкина;

³Центральная районная больница Апшеронского района, гл. врач – С.С. Лохачева; ⁴Центральная медико-санитарная часть №28 Федерального медико-биологического агентства, Ангарск, гл. врач – А.К. Зайка;

⁵Балахтинская центральная районная больница, гл. врач – В.Н. Таскин)

Резюме. Изучены результаты лечения 470 больных с переломами костей дистального и среднего отделов кисти (тяжесть травмы 2-10 баллов по Hiss). У 133 (28,3%) больных контрольной группы выполняли закрытую репозицию и фиксацию кисти гипсовой лонгетой (n=41), остеосинтез спицами (n=71), внеочаговый остеосинтез (n=19) и наkostный остеосинтез пластинами (n=2). У 337 (71,7%) больных основной группы в 58 (17,2%) случаях выполняли открытую репозицию и фиксацию костных отломков стягивающими скобами с эффектом памяти формы. Остеосинтез стягивающими скобами в комбинации с экстра-интрамедулярной фиксацией спицами выполнен у 256 (76,0%) больных и в 23 (6,8%) случаях с аппаратами внешней фиксации. Наиболее эффективным для лечения больных с переломами костей кисти в условиях амбулаторного травматологического отделения является экстра-интрамедулярный остеосинтез в комбинации со стягивающими скобами с эффектом памяти формы.

Ключевые слова: кисть, простые переломы, методы лечения, эффективность.

PATIENTS WITH HAND TUBULAR BONES' SIMPLE FRACTURES TREATMENT METHODS

V.A. Kopysova¹, V.F. Pimenov², A.A. Kutkov³, N.E. Agafonov⁴, B.G. Kuzmichyov⁵

(¹Russian Shape-Memory Implant Center, Novokuznetsk; ²Munitipal Clinical Hospital № 1 named after M.N. Gorbunova, Kemerovo; ³Central District Hospital of Absheron district; ⁴Central Health Part № 28 of the Federal Medical and Biological Agency, Angarsk; ⁵Balakhinsk Central Regional Hospital, Russia)

Summary. Results of treatment of 470 patients with distal and medial hand part bone fractures (2-10 Hiss severity of injury) were examined. 133 (28,3%) of patients from Control Group were under bones' closed reduction and hand' fixation by plaster cast (n=41), and osteosynthesis by intramedullary pins (n=71), and extrafocal osteosynthesis (n=19), and extra-cortical osteosynthesis by plates' application (n=2). 337 (71,7%) patients from Index Group in 58 (17,2%) cases were under bones' closed reduction and bone fragments' fixation by Shape-Memory Tightening Clamps. Shape-Memory Tightening Clamp osteosynthesis was applied to 256 (76,0%) patients in combination with extra-internal fixation by intramedullary pins and to 23 (6,8%) patients in combination with External Fixation Device. The most effective way for treatment of patients with hand bones' fractures within out-patient therapy in traumatological department was extra-internal osteosynthesis in combination with Shape-Memory Tightening Clamps.

Key words: hand, simple fractures, treatment modes, effectiveness.

Специализированная помощь пострадавшим с несложными внесуставными переломами пястных костей и фаланг пальцев кисти (тяжесть повреждений 2-10 баллов по системе Hiss) оказывается в амбулаторных условиях [3,4,9,12]. В 62,6-71,4% случаев применяются консервативные методы лечения, как правило, выполняется закрытая репозиция и внешняя иммобилизация гипсовой лонгетой. Экстра-интрамедулярный остеосинтез, стабилизация костных отломков с использованием аппаратов внешней фиксации, наkostных пластин и стягивающих винтов применяются существенно реже [5,11]. Недостаточная механическая прочность фиксации костных отломков в 15,2-17,0% случаях приводит к их вторичному смещению, развитию фиброзирующих процессов, контрактурам межфаланговых суставов, включению сухожилий в перистальную мозоль. Сроки медицинской реабилитации у 10,5-13,6% больных достигают 4-7 месяцев и более [1,7]. По некоторым данным в общей структуре специализированного отделения среди больных с патологией кисти от 20% до 30% составляют больные с последствиями переломов [6,7,11]. Совершенствование методов стабильного функционального остеосинтеза трубчатых костей кисти, доступных для применения в амбулаторных травматологических отделениях, является актуальной

задачей. По мнению ряда авторов, остеосинтез костей кисти стягивающими минискобами с эффектом памяти формы является оптимальным, поскольку обеспечивается постоянная и равномерная компрессия костных отломков, отсутствует конфликт со связочным аппаратом, диссекция мягких тканей при их установке минимальна. Однако, в целом эффективность этого метода мало изучена [10,13,14].

Цель работы: изучить эффективность способов остеосинтеза с применением стягивающих скоб с эффектом памяти формы у больных с несложными переломами трубчатых костей кисти.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов медицинской реабилитации 470 больных с несложными внесуставными переломами пястных костей и фаланг пальцев кисти (тяжесть травмы 2-10 баллов по классификации Hiss), лечившихся в период 2000-2012 гг. в условиях амбулаторных травматологических отделений стандартной комплектации. Выборка амбулаторных карт осуществлялась с использованием метода рандомизации.

С внесуставными переломами фаланг I-V паль-