

прочности (STI) – интегральная величина SOS и BUA, выраженная в процентах.

Анализ данных осуществлялся при помощи пакета программ Statistica 6,0 (StatSoft). В работе использовались методы описательной статистики с вычислением среднего значения и стандартного отклонения. Анализ различий по количественным признакам выполнялся методом сравнения двух независимых групп (U-тест Манна-Уитни). Для изучения связей между признаками применялся корреляционный анализ по методу Кендалла.

### Результаты и их обсуждение

Показатели костной прочности варьировали от 62 до 119%, что в среднем ( $91,51 \pm 16,32\%$ ) соответствовало нормальным показателям STI (более 87,0%). По частоте встречаемости нормальные показатели костной прочности выявлены у 61,5% больных, остеопения – у 32,3%, остеопороз – у 6,2%. Нами установлена обратная зависимость показателя STI от возраста ( $r = -0,18$ ,  $p = 0,04$ ). При сравнении STI женщин ( $n = 49$ ), средний возраст которых составил  $43,29 \pm 10,11$  лет, средний стаж болезни –  $11,55 \pm 8,08$  лет с аналогичным показателем мужчин ( $n = 16$ ) со средним возрастом  $34,63 \pm 14,66$  года, стажем заболевания  $13,33 \pm 8,91$  лет не

составил  $91,86 \pm 16,44\%$ , а у мужчин –  $90,44 \pm 16,42\%$ .

В зависимости от стажа БА пациенты были разбиты на четыре подгруппы (со стажем до 5 лет включительно ( $n = 17$ ), от 6 до 10 лет ( $n = 14$ ), от 11 до 15 лет ( $n = 14$ ) и более 15 лет ( $n = 20$ )) и по возрасту не имели статистически значимых отличий ( $p > 0,05$ ). На взаимосвязь длительности приема ГК и STI влиял стаж БА. При этом у больных с разным стажем заболевания влияние ГК на костный метаболизм было разнонаправленным. Так, при стаже БА до 5 лет прием ГК не вызывает изменений показателей костной прочности. При длительности заболевания от 6 до 10 лет ГК способствуют повышению показателя STI ( $r = 0,64$ ,  $p = 0,0095$ ). В то же время, при стаже БА от 11 до 15 и более 15 лет STI прогрессивно снижается с нарастанием стажа использования ГК ( $r = -0,46$ ,  $p = 0,036$  и  $r = -0,35$ ,  $p = 0,03$ ).

Таким образом, применение ультразвуковой остеометрии у больных БА позволяет оценить различную степень выраженности остеопенического синдрома. Предполагается разнонаправленное влияние ГК на костный метаболизм в зависимости от стажа



УДК 616.71.-001.5-089.23

И.В.Борозда

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ ТРАВМОЙ ТАЗА В УСЛОВИЯХ АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ

*ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия*

I.V.Borozda

### TREATMENT OF PATIENTS WITH THE DAMAGE OF PELVIS STABILITY IN THE AMUR REGION

Число больных с повреждениями таза, в том числе нарушающими стабильность тазового кольца, не имеет тенденции к снижению. В этой связи актуальным является усовершенствование устройств для репозиции и фиксации переломов костей таза.

Целью настоящего исследования стала разработка и внедрение в лечебный процесс методики комплексного прогнозирования повреждений внутренних органов при переломах костей таза и методики предоперационного проектирования и управления аппаратами внешней фиксации таза.

Клинический материал исследования основан на изучении результатов лечения 437 больных. Согласно двум моделям оказания медицинской помощи, все пострадавшие были разделены на две группы. В группу «А» вошли травмированные, находившиеся на лечении в ЛПУ Амурской области в период с 1995 по 2005 гг. ( $n = 301$ ). Группу «Б» составили пациенты, лечившиеся на базе клиники кафедры травматологии и ортопедии Амурской государственной медицинской академии с 2000 по 2005 гг. ( $n = 136$ ).

Операция остеосинтеза аппаратом внешней

фиксации собственной конструкции (патенты РФ №2159091, №2234277) выполнялась 62 пациентам (45,6%). Из них с нестабильной травмой – 21 пострадавшему (15,4%), с относительно стабильными повреждениями – 41 (30,1%).

Результат лечения больных с травмой, нарушающей стабильность тазового кольца, в группе «Б» был лучше за счет преимущественного увеличения случаев компенсации – 95,4% случаев, уменьшения случаев субкомпенсации на 52,8% и декомпенсации на 4,1% случаев меньше, чем в группе «А» ( $p < 0,05$ ).

Длительность пребывания в стационаре, продолжительность периода реабилитации и общий срок лечения больных с относительно-стабильной и нестабильной травмой таза в группе «Б» были меньше, чем в контрольной группе, соответственно, на 26 и 42 дня; на 12 и 21 день; на 52 и 63 дня. Выход на инвалидность на 2,3% ниже, чем в группе «А» при нестабильных повреждениях, при отсутствии случаев инвалидности в подгруппе относительно-стабильных повреждений.

Использование методики комплексной диагностики и прогнозирования, проектирования и управления аппаратами внешней фиксации позволяет улучшить результаты лечения больных с нарушающими стабильность переломами тазового кольца.