

зуальный аналог. Принималось во внимание, что «идеальный» функциональный результат (12 баллов) приравнивался к нулевой отметке. Если до операции средний бал был 51 из максимальных 60, то через 6-7 мес. после операции он составил 16 баллов, что говорит о лучшем функциональном результате в основной группе пациентов.

**Выводы.**

1. Эндопротезирование при помощи компьютерной навигации позволяет имплантировать эндопротез с более высокой точностью, чем обычным инструментарием.
2. Применение резекционного направителя при парциальной резекции большеберцовой кости позволяет сохранить большую часть кости и имплантировать более дешевую комплектацию эндопротеза.
3. Резекционный направитель позволяет с точностью до 1° градуса выполнить парциальный опил и может быть ассоциирован с любым инструментарием фирм производителей.

**Литература**

1. Кавалерский, Г.М. Оценка ближайших результатов тотального эндопротезирования коленного сустава с применением компьютерной навигации / Г.М. Кавалерский [и др.]// Вестн. Травматол. Ортопед. им. Н.Н.Приорова.– 2009.– №.1– С. 29–33.
2. Тотальное эндопротезирование коленного сустава с использованием компьютерной навигации при тяжелых деформациях конечности / Г.М. Кавалерский [и др.]// Вестн. Травматол. Ортопед. им. Н.Н.Приорова.– 2010.– №.2.– С. 34–40.
3. Anderson K.C., Buehler K.C., Markel D.S. Computer assisted navigation in total knee arthroplasty: comparison with conventional methods/ J Arthroplasty. 2005;20 (7 suppl3):132–8.
4. Barrack R.L., Schrader T., Bertot A.J., Wolfe M.W., Myers L. Component rotation and anterior knee pain after total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2001;392:46–55.
5. Brys D.A., Lombardi A.V., Mallory T.H., Vaughn B.K. A comparison of intramedullary and extramedullary alignment systems for tibial component placement in total knee arthroplasty. Clin Orthop 263 :175–179.
6. Chiu KY, Yau W P, Tang W M. The accuracy of extramedullary guides for tibial component placement in total knee arthroplasty. International Orthopaedics.2008;32,4:467–471.
7. Deckyng R, Markmann Y,Fuchs J,Puhl W. Leg axis after computer navigated total knee arthroplasty: a prospective randomized trial comparing computer –navigated and manual implantation. J Arthroplasty.2005;20:282–8.
8. Klein G R , Austin M S, Smith E.B., Hozzack W.J. Total knee arthroplasty using computer assisted navigation in patients with deformities of femur and tibia. J Arthroplasty.2006;21:284–8.
9. Mizuuchi H , Matsuda S, Miura H, Okasari K, Akasari Y, Iwamoto Y. The evaluation of post –operative alignment in total knee replacement using a CT–based navigation system. J Bone Joint Surg Br . 2008;90–B:1025–31.
10. Sparmann M , Wolke B, Czupalla H, Banzer D, Zink A. Positioning of total knee arthroplasty with and without navigation support. A prospective, randomized study. J Bone Joint Surg Br . 2003;85:830–5.

THE FEATURES OF SEVERE KNEE-JOINT DEFORMATION ENDOPROSTHESIS BY MEANS OF COMPUTER NAVIGATION AND THE DEVICE FOR RESECTION GUIDE FIXATION

V.YU. MURYLEV, V.S. TRUKHACHEV, YA.A. RUKIN, D.I. EYKUTENUMB A.G. ZHUCHKOV, P.M. YELIZAROV

I<sup>st</sup> Moscow State Medical University after I.M. Sechenov, Chair of Orthopaedy and Catastrophe Surgery Municipal Clinical Hospital after S.P. Botkin, Moscow

New technologies and modern computer facilities at knee arthroplasty must reduce the potential risks of wrong endoprosthesis device fixation; secure the right sufficient sawn end and adequate extremity function. In the literature of recent years there are some publications of positive results of applying navigation and its usefulness at such operations and its dubious helpfulness to surgeons. Nowadays there are no foreign publications, which would present a detailed analysis of the positive sides of computer navigation, and cobwebs of operations at complex deformations.

**Key words:** endoprosthesis, knee-joint deformation, computer navigation.

УДК 612.63

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

В.Г. ВОЛКОВ, О.Ю.СЫЧЁВА, И.В. КУЗЬМИНА, Е.А. САВКИНА\*

Проведен анализ 300 женщин, родоразрешенных в ТОПЦ с 1.01.09 по 1.04.09. Установлено влияние массы тела на медико-социальные показатели беременных. В молодом возрасте чаще встречался дефицит веса, в старшем ожирение. Масса тела обратно коррелировала с паритетом. Отмечен рост частоты кесарева сечения с увеличением массы тела, достигая 42,9%. При ожирении частота преждевременных родов была в 2 раза выше. Повторные роды чаще встречались у женщин с большей массой тела.

**Ключевые слова:** ожирение, беременность, паритет, кесарево сечение, роды.

У беременных женщин с ожирением врачи сталкиваются с рядом осложнений: угрозой прерывания беременности, гипотрофией плода, развитием гестозов, вплоть до тяжелой формы эклампсии и гибели плода, гестационным сахарным диабетом, повышением частоты фетальной макросомии, родовой травмы новорожденных, материнского травматизма в родах, нарушением родовой деятельности, дистоцией плечиков плода, кровотечением в родах и послеродовом периоде, преждевременным излитием околоплодных вод, высокой частотой оперативных вмешательств, индукцией родов, с повышением частоты операций кесарево сечение, а также с осложнениями после оперативного родоразрешения и анестезии [3,4,5,6].

Из данных литературы, следует обратить внимание на тот факт, что у женщин с дефицитом массы тела отмечен высокий уровень экстрагенитальных заболеваний и осложнений беременности, наибольший удельный вес среди заболеваний имеют вегетативно-сосудистая дистония по гипотоническому типу, пиелонефриты, ревматизм в анамнезе и ревматические пороки сердца, из акушерских осложнений – угроза прерывания беременности, анемия, ранний токсикоз. Значительная степень пренатальных факторов риска у беременных с дефицитом массы тела обусловила наибольшую частоту у них самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, а также рождение детей с низкой массой тела по сравнению с остальными соматотипами беременных [1,2].

**Цель исследования** – провести сравнительный анализ медико-социальных данных беременных в зависимости от массы тела.

Проведен анализ 300 женщин, родоразрешенных в Тульском областном перинатальном центре с 1.01.09 по 1.04.09. В зависимости от индекса массы тела были сформированы 4 группы: I группа: дефицит массы тела (ИМТ меньше 18,3) – 31 (10%), II группа: нормальная масса тела (ИМТ 18,5-24,9) – 185 (62%), III группа: избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9) – 56 (19%), IV группа: ожирение (ИМТ больше 30) – 28 (9%).

Средний возраст женщин составил 26,35 (от 17 до 41 года) лет (табл.). Высшее образование имели 123 (41%), среднее специальное 92 (30,7%), среднее 78 (26%), без образования 7 (2,3%) женщин. Работающие 211 (70,3%), состоят в браке 225 (75%), первородящие 169 (56,3%), повторнородящие 131 (43,7%). Средняя масса тела при взятии на диспансерный учет в I группе 46,6 +/- 9,9 кг, во II – 58,7 +/- 7,73 кг, в III – 73,0 +/- 6,7 кг, в IV – 88,1 +/- 10,9 кг.

Установлено, что увеличение массы тела связано с увеличением возраста (рис.1). Средний возраст беременных I группе 24,5 лет, во II – 25,9 лет, в III – 27,2 года, в IV – 29,9 лет. В молодом возрасте чаще встречался дефицит веса, в старшем ожирение.

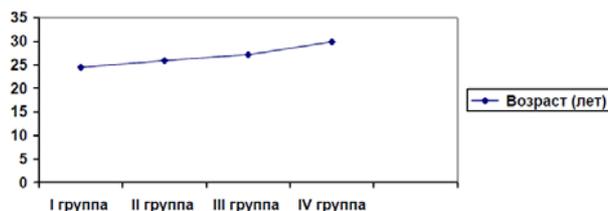


Рис. 1. Зависимость массы тела от возраста.

Масса тела обратно коррелировала с паритетом (рис.2). Первородящих в I группе 25 (80,6%), во II – 115 (62,2%), в III – 22 (39,3%), в IV – 7 (25%). Повторнородящих в I группе 6 (19,4%), во II – 70 (13,8%), в III – 34 (60,7%), в IV – 21 (75%). Повторные

\* Тульский государственный университет, медицинский институт, кафедра акушерства и гинекологии, Тула, ул. Болдина, 92

роды чаще встречались у женщин с большей массой тела.

Распределение работающих по группам в I группе 21 (67,7%), во II – 129 (69,7%), в III – 38 (67,9%), в IV – 23 (82,1%). Нами не найдено достоверной разницы по отношению к работе. В браке состояло в I группе 21 (67,7%), во II – 142 (76,8%), в III – 44 (78,6%), в IV – 18 (64,3%). Большинство женщин I-IV групп состояли в браке, однако наименьший показатель зарегистрирован в IV группе.

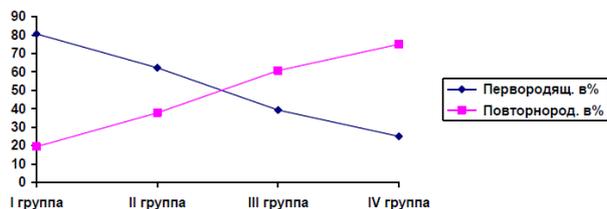


Рис 2. Распределение беременных по паритету.

Заслуживают внимания данные об образовании, если в I и II группах было около половины женщин с высшим образованием, то далее с увеличением массы тела отмечено снижение этого показателя в IV группе. Высшее образование имели в I группе – 14 (45,2%), во II – 88 (47,6%), в III – 18 (32,1%), в IV – 3 (10,7%). Средне-специальное образование в I группе 9 (29,0%), во II – 48 (25,9%), в III – 20 (35,7%), в IV – 15 (53,6%). Среднее образование в I группе 8 (25,8%), во II – 42 (22,7%), в III – 8 (32,1%), в IV – 10 (35,7%).

Беременность закончилась срочными родами у более 80% беременных всех групп. В тоже время частота преждевременных родов была примерно в 2 раза выше у женщин с ожирением. Срочные роды в общей группе 263 (87,7%), в I – 31 (100%), во II – 164 (88,6%), в III – 52 (92,9%), в IV – 23 (82,1%). Преждевременные роды в общей группе составили 25 (8,3%), в I – 0 (0%), во II – 15 (8,1%), в III – 4 (7,1%), в IV – 5 (17,9%). Частота кесарева сечения в общей группе 86 (28,7%), в I – 5 (16,1%), во II – 50 (27,0%), в III – 19 (33,9%), в IV – 12 (42,9%). Отмечен рост частоты кесарева сечения с увеличением массы тела, достигая 42,9% у женщин с ожирением.

Таблица

Общая клиническая характеристика обследованных

	Общее		I-группа		II-группа		III-группа		IV-группа	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Средний возраст	26,35		24,52		25,89		27,16		29,86	
Высшее образование	123	41%	14	45,2%	88	47,6%	18	32,1%	3	10,7%
Среднее специальное	92	30,7%	9	29%	48	25,9%	20	35,7%	15	53,6%
Среднее образование	78	26%	8	25,8%	42	22,7%	18	32,1%	10	35,7%
Работающие	211	70,3%	21	67,7%	129	69,7%	38	67,9%	23	82,1%
Состоящие в браке	225	75%	21	67,7%	142	76,8%	44	78,6%	18	64,3%
Срочные роды	263	87,7%	31	100%	164	88,6%	52	92,9%	23	82,1%
Преждевременные	25	8,3%	0	0%	15	8,1%	4	7,1%	5	17,9%
Кесарево сечение	86	28,7%	5	16,1%	50	27%	19	33,9%	12	42,9%
Первородящие	169	56,3%	25	80,6%	115	62,2%	22	39,3%	7	25%
Повторно родящие	131	43,7%	6	19,4%	70	37,8%	34	60,7%	21	75%
Всего	300	100%	31	10%	185	62%	56	19%	28	9%

Из проведенного исследования мы видим, что процент повторнородящих в IV группе самый большой – 75%. Процент состоявших в браке сильно не отличался по группам, однако в IV группе всё же был самый низкий 64,3%, тогда как во II – 76,8%, и в III – 78,6%. Количество женщин с высшим образованием было самым низким в IV группе (ожирение) 10,7%, а в группе женщин с нормальной массой тела 47,6%, и в группе с дефицитом веса 45,2%. Самый лучший показатель срочных родов 100% в группе женщин с дефицитом веса, самый низкий в группе с ожирением 82,1%. Наибольший процент преждевременных родов в группе с ожирением 17,5%, тогда, как в группе с нормальным весом 8,1% (ОШ 2,49 (ДИ 0,82-7,42)). Представляет интерес, что частота кесарева сечения достоверно выше у женщин с ожирением 42,9%, тогда как в группе с нормальной массой тела 27% (ОШ 2,3 (ДИ – 0,91-4,54)), а в группе с дефицитом массы тела 16,1%, что достоверно ниже чем при нормальной массе (ОШ 3,9 (ДИ – 1,16-13,14)).

Установлено влияние массы тела на медико-социальные

показатели беременных, что следует учитывать при наблюдении за женщинами в женской консультации.

Литература

1. Абрамченко В.В., Ланцев Е. А. Кесарево сечение. – Санкт – Петербург: Медицина, 1991. – 147с.
2. Бериханова, Р.Р., Хрипунова Г.И. //Акушерство и гинекология. – 2007. – №6. – С. 9–12.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. – М., 2006. – 456 с.
4. Макария А.Д., Пиеничникова Е.Б., Пиеничникова Т.Б., Бицадзе В.О. //Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии. – М., 2006. – 480 с.
5. Терещенко И.В., Панова Л.Ю. // Акушерство и гинекология. – 2009. – №1. – С.23–25.
6. Бериханова Р.Р., Хрипунова Г.И. // Акушерство и гинекология. – 2007. – №6. – С. 9–12.

MEDICO-SOCIAL CHARACTERISTIC OF WOMEN WITH DIFFERENT WEIGHT

V.G. VOLKOV, O.U. SYCHIEVA, I.V. KUZMINA, E.A. SAVKINA

Tula, Tula State University, Medical College,  
Chair of Obstetrics and Gynecology

The article concerns the analysis of 300 puerperas carried out in the period of 01.01.09-01.04.09 in the Tula Regional Perinatal Centre. It was established that weight affects the medico-social characteristics of pregnant women. In youth weight deficit, and in older age - obesity were observed more often. Body weight correlated with parity in inverse way. The increase of the cases of Cesarean section in connection with weight growth reaching 42,9% was marked. The frequency of preterm labours was twice higher at obesity. Repeated labours took place more often in the group of women with major weight.

**Key words:** obesity, pregnancy, parity, Cesarean section, labour.

УДК 615.838:616.69-008.1+616-008.9

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ЖЕЛЕЗНОВОДСКОМ КУРОРТЕ

В.В. РУБИН, А.П. ЕФИМЕНКО, А.С. ЦОГОЕВ, Е.Е. УРВАЧЁВА\*

В работе впервые применены методы санаторно-курортного лечения больных эректильной дисфункцией, обусловленной метаболическим синдромом. Доказано, что разработанные лечебные комплексы с применением бальнеофакторов Железноводского курорта и термотерапии на фоне двигательной нагрузки, рациональной диетотерапии повышают общую эффективность курортного лечения данной категории больных на 18-20%.

**Ключевые слова:** эректильная дисфункция, метаболический синдром, курортное лечение.

Эректильная дисфункция (ЭД) – наиболее точный из употребляемых терминов, пришедший на смену устаревшему «импотенция» и определяющий последнюю как неспособность достигать и/или поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта [1,2]. По данным М.И. Когана (2005) эта проблема встречается у миллионов мужчин во всём мире, и в последнее время привлекает большое внимание и учёных и общества [2].

В исследованиях Е.Б. Мазо и соавт. (2007) выявлена связь эректильной дисфункции с метаболическим синдромом [3]. Степень выраженности эректильной дисфункции напрямую зависит от повышения индекса массы тела и других компонентов метаболического синдрома, а также длительности его течения [1,2]. Являясь болезнью цивилизации, метаболический синдром широко распространен в популяции, его частота достигает 25% взрослого населения планеты. У мужчин активного возраста он встречается у 40-45%, причём эректильная дисфункция при этом отмечается в большинстве случаев (76%). Лечение метаболического синдрома у мужчин актуально в связи с недостаточной изученностью патогенеза, терапии и профилактики осложнений этого состояния. Использование медикаментозной и, в том числе, гормональной терапии, недостаточно эффективно. Заболевание оста-

\* ФГУ «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства», Россия, 357501, Ставропольский край, г. Пятигорск, проспект Кирова, 30