

cu o ansă suplimentară de plastie a tendonului transferat, degetele fiind în poziție de extenzie, dar mai important este hiperextenzia în articulația pumnului. Rezultatul la distanță a fost satisfăcător.

Rezultatele la distanță urmărite de la un an până la 10 ani arată cu rezultate excelente nu am primit, rezultate bune am obținut la 4 bolnavi, iar satisfăcătoare au fost marcate la 3 bolnavi.

Concluzii

1. În operațiile tenomioplastice în leziunile ireversibile a nervului radial e necesar ca amplituda mișcărilor pasive în articulația pumnului și articulațiilor degetelor mâinii să fie complete.
2. Timpul efectuării intervenției chirurgicale mioplastice trebuie să fie adecvat cu tipul leziunii, nivelul leziunii și lipsa evoluției pozitive, adică un tip ireversibil de leziune a nervului radial.
3. La alegerea mușchiului pentru transpoziție e necesar de ales un mușchi sinerghist cu o putere suficientă și excursie adecvată a tendonului mușchiului transferat.
4. Mușchiul transferat trebuie să fie eliberat de fascia superficială și transferat la locul de inserție prin țesutul subcutan ca o măsură de profilaxie a formării aderențelor.

Bibliografia

1. Brand P W et alt. // Biomechanics of tendon transfer. Orthop Clin North Am. 2004. N 29A.
2. Gornea F. // Ortopedie și traumatologie. Chișinău 2006
3. McLarney E., Hoffman H., Wolfe S.W.// Biomechanical anallysis of the cruciate four – strand flexor tendon repair. J. Hand Surg. 1999. N 24A. P.295-301.
4. Riordan D C // Tendon transfers in hand surgery. J Hand Surg. 1983 N 8 p 748 – 453
5. Cohen M.D., Dellon A.L. // Computer – assisted sensorimotor testing documents neural regeneration after ulnar nerve repair at the wrist. Plast Reconstr Surg. 2001. N 107. p.501-505.
6. Doina Dumitrescu – Ionescu.// Microchirurgia reconstructivă. Editura Medicală. București. 1999.
7. Teodor Stamate. // Microchirurgia reconstructivă a nervilor periferici. Editura Tehnppress. Iași. 1998.
8. Richard A. Berger, Arnold – Peter C. Weiss. Hand Surgery. Philladelphia. Usa. 2004.
9. David P. Green, Robert N. Hotchkiss.// Operative Hand Surgery. New York. 1993.
10. Григорович К.А.// Хирургическое лечение повреждений нервов. Л Медицина. 1981.

CORECȚIA CHIRURGICALĂ A DEFORMITĂȚILOR SCOLIOTICE IDIOPATICE ȘI DISPLAZICE

Nicolae Caproș

Catedra Ortopedie, Traumatologie și Chirurgie în campanie USMF N.Testemițanu

Summary

Surgical treatment of idiopatic scoliosis

In the past 12 years, a frame stabilization system for posterior fixation of the posttraumatic and congenital deformation of the spine permitting the fixation and the correction of the spine during surgery and the post – operation period has been used. Ind the contemporary demands for the dorsal rahisyntesis are: possibility in to the reform intrasurgical period has been used reposition, correction in the various planes with completelly restoring of the anatomical structures. These methods permitted the early recovery the patient after surgery with minimal external immobilization devices. In the Clinical Orthopaedics Hospital and Clinical Central Military Hospital (Chișinău) we performed 70 operations in patients with different deformities of the spine using frame stabilization system. The stabilization method permitted optimal and firm

stabilization for an the time necessary for an early rehabilitation of the patient, an using no externaly devices in 6-14 days after surgery.

Rezumat

În ultimii 12 ani pentru rahisinteza posterioară în tratamentul diformităților scoliotice a coloanei vertebrale utilizăm sistem de stabilizare segmentară. Cerințele contemporane față de rahisinteza dorsală include: posibilitatea de a realiza o repoziție intraoperatorie, corecția multidimensională cu restabilirea raporturilor anatomice și fiziologice.

În clinicele IMSP SCTO și Spitalului Clinic Militar Central s-au efectuat 70 intervenții chirurgicale la pacienți cu scolioza idiopatică și displazică cu utilizarea instrumentației de stabilizare segmentară. Metoda permite o stabilizare fermă pe parcursul perioadei necesare cu o reabilitare precoce la a 6-14 zi după intervenție, fără utilizarea imobilizației externe.

Obiective

Scolioza – „diformație complexă a coloanei vertebrale cu încurbarea laterală stabilă și torsie vertebrală, schimbări în țesutul neuro-muscular și conjunctiv, distopia organelor interne, cu dereglări funcționale și organice de gravitate diferită. Incidența scoliozelor la copii constituie 10,2-27,6% din patologia ortopedică. În Rusia (Sanct-Petersburg) incidența scoliozelor ideopatie constituie 15,3% în populație, raportul scoliozelor la fete și băieți este de 3,5:1^{3,4}.

Scoliozele se împart în *innăscute* și *dobândite*. Cele *innăscute* sunt condiționate de concreșcențe a 2 sau mai multe vertebre, sinostoza coastelor, prezența vertebre supranumerare, displazia regiunii lombo-sacrale (anomalii de dezvoltare corpului L_V sau S_I, sacralizare sau lumbalizare unilaterală și altele), anomalii de dezvoltare a apofizelor articulare, a arcului sau corpului vertebral. Scoliozele *dobândite* sunt de origine ideopatică, neurogenă, miopatică, toracogenă, dismetabolică, posttraumatică. Scoliozele nestructurale: posturale, isterice, antalgice, inflamatorii, radiculare, scurtare de membru, redori articulațiilor mari ale membrului pelvin⁴.

Radiologic, pentru aprecierea gradului diformității scoliotice, se utilizează mai mult clasificarea Cobb-Lippmann (1948): I grad – unghiul diformității scoliotice – 0-15⁰, II grad – 16-30⁰ · III grad – 31-60⁰, IV grad – peste 60⁰. În ultimii ani în literatura de specialitate se întrebuițează clasificarea scoliozelor în ușoare– sub 20⁰, moderate– 20-80⁰ și severe– mai mari de 90⁰. Se consideră că scoliozele cu unghi sub 20⁰ necesită evidență în dinamică a specialistului, corsetoterapia este indicată în scolioze cu gradul diformității între 20⁰ și 45⁰, în scolioze cu progresarea anuală peste 10⁰ și unghiul diformității mai mult de 30⁰ este indicată corecția chirurgicală.

Examen ortopedic– se realizează în poziția ortostatică, șezândă și în decubit dorsal. Vor fi însemnate cu un creion dermatografic reperele osoase: spina scapulei, apofizele spinoase, spinele iliace. Se efectuează proba „firului cu plumb”, se determină simetria membrelor, prezența sau lipsa redorilor articulare, a diformităților membrelor, poziția trunchiului și bazinului. Se menționează nivelul centurilor scapulare, poziția omoplaților în raport cu coloana vertebrală, simetria triunghiurilor toraco-brahiali (triunghiurile taliei), se menționează relieful apofizelor spinoase. Reductibilitatea curburilor scoliotice se efectuează prin proba Kaiser, curburile primare se reduc foarte puțin sau uneori deloc, cele secundare se reduc în mare măsură sau total.

Examenul neurologic se efectuează manevrele de elongație a nervului sciatic, se apreciază prezența dereglărilor de sensibilitate, tulburări de motricitate (pareze, paralizii) și în sfera reflectorie.

Examinarea radiologică se efectuează radiografiile de față și profil, în ortostatism, care neapărat să cuprindă regiunile toracală și lombară, de la Th_I la S_I, pe o singur film radiografic. Pentru planificarea tratamentului conservativ sau chirurgical este necesară informație despre mobilitatea coloanei vertebrale în regiunea curburilor scoliotice primare și secundare, cât și a unor segmente vertebrale în particular. Cu acest scop se efectuează radiografiile în poziție orizontală și funcționale (după Lonstein, 1995), în poziție dorsală a bolnavului, cu înclinații active maxime laterale. Mobilitatea curburilor scoliotice sunt evaluate prin examinări radiologice la tracție. În diformități scoliotice cu hiperlordoză lombară se efectuează radiografiile

funcționale în flexie și extensie maximală, în decubit lateral (după Lonstein, 1995). Diformitățile scoliotice grave (peste 90^0) necesită efectuarea radiografiilor în incidențe speciale, din cauza torsiei vertebrale avansate, fiind imposibil a determina corect mărimea unghiului diformității în incidențe standard. În așa cazuri se efectuează radiografiile după tehnica Stagnara (1974). Caseta radiologică se plasează pe partea medială a ghibusului costal, razele Renghen fiind îndreptate paralel suprafeței casetei radiografice.

Aprecierea valorii diformității scoliotice în plan frontal. Metoda Cobb, descrisă în 1948, care a popularizat metoda determinării unghiului diformității scoliotice propusă de Lippmann (1935). Conform metodei date unghiul diformității scoliotice se formează la intersecția perpendicularelor pe liniile drepte trasate de-a lungul plăcilor terminale, cranial și caudal, a vertebrelor neutre. Metoda *Fergusson*, unghiul diformității scoliotice se formează la intersecția liniilor trasate prin centrul vertebrelor neutre și vertebrei apicale.

Aprecierea valorii diformității vertebrale în plan sagital. Se folosește metoda aprecierii unghiului cifotic apical după Cobb, similară metodei de apreciere a diformității scoliotice. *Unghiul cifotic ventral* se formează la intersecția liniilor trasate tangențial părților anterioare a corpurilor vertebrale caudal și cranial. Intersecția tangențelor trasate paralel apofizelor spinoase vertebrelor adiacente vârfului cifotic formează *unghiul cifotic dorsal*.

Determinarea torsiei vertebrale, se face în raport cu axul anatomic vertebral, în jurul căruia se realizează „răsucirea” vertebrală, condițional se consideră ligamentul longitudinal posterior.

Metoda Nash C., Moe J.(1969) - aprecierea poziției proiecționale a istmului vertebral, comparativ cu partea laterală a corpului vertebral de partea concavă. Se trasează o linie verticală prin mijlocul corpului vertebral, urmând ca jumătatea corpului vertebral, de partea concavă, să fie împărțită în 3 părți egale. În I grad de torsie vertebrală determinăm asimetria istmului, în limita 1/3 externe. În gradul II și III istmul vertebral se proiectează pe 1/3 medie și medială, iar în gradul IV de torsie vertebrală – pe jumătatea contralaterală a corpului vertebral.

După metoda J.Cobb (1948) torsia vertebrală este determinată de poziția apofizei spinoase în raport cu părțile laterale ale corpului vertebral. Metoda Perdriolle (1979), cu ajutorul unui dispozitiv special, numit torsimetru.

Pentru hotărârea tacticii de tratament și prognozarea evoluției diformităților scoliotice este necesară aprecierea indicilor clinici și radiologici de maturizare scheletară, ce reflectă gradul finisării creșterii coloanei vertebrale. Unul din indicii principali pentru aprecierea progresării potențiale ale diformității scoliotice la copii și adolescenți este testul Risser (Risser J.C., 1958) care constă în aprecierea gradului de dezvoltare și osificare a epifizei osului iliac.

Progresarea diformității scoliotice depinde de mai mulți factori: vârsta copilului, când s-a depistat primar diformția scoliotică, mărimea curbării scoliotice primare, gradul maturizării scheletului, starea maturizării sexuale, altele (Taner J., 1975).

J. Lonstein și J.Carlson (1974) au stabilit probabilitatea progresării scoliozei, în dependență de indicii testului Risser și mărimea unghiului diformității scoliotice.

Test Risser	Mărimea unghiului diformității scoliotice	
	$<19^0$	20^0-29^0
R0-R1	22%	6-8%
R2-R4	1,6%	23%

Drept indici ce reflectă probabilitatea creșterii diformității scoliotice și servesc ca criteriu pentru tratament chirurgical sunt: *Indicele Казмин* utilizat pentru aprecierea stabilității diformității scoliotice. Reprezintă raportul $180 - \alpha_1 / 180 - \alpha_2$, unde α_1 -mărimea diformității scoliotice în ortostatism, iar α_2 – mărimea diformității scoliotice în poziție orizontală. În diformitățile rigide (stabile) indicele Казмин este egal cu 1,0. în diformitățile scoliotice mobile <1 . *Indicele Harington* – raportul mărimii unghiului diformității scoliotice în grade la numărul vertebrelor curbării scoliotice. Ex: unghiul curbării scoliotice - 65^0 , numărul vertebrelor

implicate în curbura scolioțică – 8, indicele Harington= $65/8=8,1$. Indicele Harington >5 - indicație la corecție chirurgicală a diformității scolioțice.

Metodele speciale imagistice, ca: laminografia (tomografia), CT (tomografia computerizată), RMN (rezonanța magneto-nucleară) sunt indicate în cazuri dificile pentru diagnostic, la asocierea scoliozelor cu clinica de compresiune medulară, radiculopatie, la necesitatea aprecierii stării discurilor intervertebrali, în diformități scolioțice congenitale (diastematomieli, anomalii de dezvoltare a măduvii spinării și canalului rahidian, etc.).

Tratamentul scoliozelor: Conservativ: gimnastică curativă pentru formarea unei ținute corecte și formarea corsetului muscular, masajul mușchilor toracelui, spatelui și abdomenului, electrostimulare și proceduri fizioterapeutice. În scolioze de gr.II gimnastica curativă prevede exerciții speciale de corecție, viziotrening, corsete în timpul lecțiilor la școală și plimbărilor. În scolioze de gradul II în progresie este indicat tratament în sanatoriu specializat pentru copii cu afecțiuni a aparatului locomotor, frecventarea școlilor internat speciale pentru copii cu scolioze sau tratament complex conservativ în staționare ortopedice o dată în 6-8 luni.

Corsetoterapia: este indicată în scolioze cu curbura diformației mai mare de 25^0 sau cu scolioze cu deformații mai mici, dar cu un risc înalt de progresie, mărirea unghiului diformației cu 5^0 după Cobb timp de 8-10 luni evidențiază o progresare semnificativă. Limita superioară a diformității la care este indicată corseto-terapia este de 40-45⁰ (A.Nachemson, 1995). Cele mai cunoscute sunt 2 categorii de corsete: CTLSO (cervico-toraco-lombo-sacrale orthoses) aparate cervico-toraco-lombo-sacrale (corsetul Milwaukee, Blount sau modificările acestora) și TLSO (toraco-lombo-sacrale orthoses) aparate toraco-lombo-sacrale (corsetul Boston, corsetul Ionez Stagnara, corsetul Shede)^{2,3,4,5,6}.

Tratament chirurgical: este indicat la ineficacitatea în tratamentul conservativ și progresarea scoliozelor până la gradul II-III și IV (cu unghiul diformației scolioțice lombare 40-50°) și în scolioze toracale sau la bolnavii cu progresarea deformației mai mult de 10° anual, vârsta optimă a tratamentului chirurgical fiind de 13-15 ani.

Metodele de corecție și stabilizare a diformităților coloanei vertebrale congenitale și dobândite reprezintă o problemă actuală a chirurgiei coloanei vertebrale. Rezolvarea reușită a acestei probleme constă în obținerea unui compromis între riscul minimal și realizarea tehnică simplă a stabilizării și corecției, cu realizarea unei corecții fiziologice, completate de o stabilizare fermă în mai multe planuri. Utilizarea instrumentației segmentare de stabilizare corespunde acestor cerințe, fapt confirmat de datele din literatura de specialitate și experiența noastră în domeniu.

Construcțiile de stabilizare segmentară asigură realizarea unei repoziții maximal posibile și o corecție intraoperatorie tridimensională cu restabilirea raporturilor anatomice în segmentele vertebrale; permit verticalizarea și activizarea precoce a pacienților în perioada postoperatorie, cu folosirea minimală a dispozitivelor de imobilizare externă și realizează o reabilitare habituală timpurie.

Metode de tratament chirurgical:

- Operații la mușchi și tendoane (tenomiotomie, ligamento-osteotomie, operații de substituie musculară, „scheletizarea” coloanei vertebrale din partea concavă a curburii primare, secționarea ligamentelor intertransversale, capsulotomie sau secționarea proceselor articulare vertebrale de partea concavă a curburii primare);
- Operații pe schelet (epifiziodezele și agrafajele vertebrale);
- Fixarea coloanei vertebrale prin artrodeză intersomatică;
- Fuziune vertebrală după redresare endoprotetică;
- Operații combinate (rahisinteză după Harington cu autogrefare);
- Intervenții de derotare vertebrală cu dispozitive speciale;
- Osteotomii vertebrale;
- Operații estetice (rezeecția marginii mediale a scapulei, rezeecția proceselor costiforme lombare);

- Tehnici chirurgicale moderne (tehnica Luque, metoda Harrington-Luque, cadrul Hartschill, instrumentația Cotrell-Dubousset – CDI, dispozitive de redresare-tracțiune anterioară pe corpii vertebrali – metoda Zielke, sistemul Kaneda, sistema de fixare anterioară CDH-HAFS, sistema Colorado II);
- Corecția diformităților coloanei vertebrale prin tehnică endoscopică.

Materiale și metode

Din 1995 în clinicele IMSP SCTO și Spitalului Clinic Militar Central în tratamentul bolnavilor cu diformități scoliotice și cifoscoliotice vertebrale se folosesc sisteme segmentare de stabilizare tip Cotrell - Dubousset în modifiacția colaboratorilor catedrei Ortopedie și Traumatologie. CDI (Cotrell Dubousset Instrumentation) este un set de instrumentație pentru corecție și stabilizare dorsală, care are ca scop corecția tridimensională a coloanei vertebrale cu efect de stabilizare imediată¹. Imobilizarea externă după aplicarea sistemului de corecție și stabilizare, de obicei nu este necesară, indiferent de patologia coloanei vertebrale. Posibilitățile utilizării sistemului CDI în tratamentul chirurgical al patologiei vertebrale este destul de variat. Complexul de bază a CDI este compus din trei elemente principale: tijele metalice, implantele metalice pentru fixarea structurilor osoase (cîrlige) și dispozitiv pentru tracție transversă. Tijele standart ale sistemului sunt confecționate din oțel și au un diametru de 7 mm și 5 mm pentru practica pediatrică. Suprafața tijelor este iregulară pentru o fixare mai fermă a cîrligelor și șuruburilor pediculare.

În experiența noastră am folosit modifiacția CDI cu tije metalice de 8 și 6 mm, confecționate din titan cu suprafața netedă. Am folosit cîrlige de formă rotundă cu șanțuleț pentru fixarea tije metalice, situat paracentral, întretăiat sub unghi de 15° (pentru efectuarea unei corecții suplimentare a elementului torsional și aplicarea facilitată a tije metalice). Corpul cîrligului este filetat la vîrv, prin care trece elementul de fixare a tije, care se solidifică cu ajutorul unui șurub, aplicat pe corpul cîrligului filetat. Am modificat dispozitivul de corecție transversală prin aplicarea unei tije filetate cu două croșete laterale cu șanțuri la bază pentru tijele metalice, care se constrîngeau cu ajutorul a două șurubașe adiționale. Am confecționat două tipuri de șuruburi pentru fixare sacrală de diametru de 8 și 7 mm de lungime de 30 și 40 mm cu șanțuleț lateral în partea craniană pentru fixarea tije metalice. Variante de stabilizare și corecție cu fixare sacrală am folosit în tratamentul scoliozelor grave asociate cu displazia regiunii sacrale și în tratamentul scoliozelor asociate cu spondilolisteză displazică lombară.

Unul din obiectivele tratamentului chirurgical cu instrumentația CDI modificată este derotarea vertebrală, care se efectuează în bloc și nu între anumite vertebre. Aplicarea instrumentariului asigură derotarea segmentelor vertebrale incluse în bloc și efectuează rotația segmentelor vertebrale supra și subdiacent. Instrumentația acționează asupra coloanei vertebrale în integru și nu numai asupra segmentelor vertebrale instrumentate. Deoarece zona apicală a diformității scoliotice este cea mai rigidă, ea se corijază minimal, zonele de trecere cu rotație intervertebrală maximală sunt cele mai mobile și anume aici poate fi obținută corecția maximală. La planificarea intervenției chirurgicale, bazată pe conceptul de diformitate tri-dimensională se integrează modelul general al diformității cu asociere a componentelor: cifoasă, lordoză și scolioză. Ulterior se efectuează analiza segmentară a diformității cu aprecierea zonei de trecere și curburilor scoliotice. Pe radiogramele în proiecția anterioară se apreciază zonele apicale. Vertebra de vîrf este cea mai rotată și orizontată. După aprecierea zonelor apicale ale curburii scoliotice se apreciază veretebrele terminale, programate pentru rahisinteză și spondilodeză posterioară. Pentru evitarea apariției disbalanței centurii scapulare preoperator se analizează radiografiile funcționale și laterale cu înclinație maximală. Se apreciază două unghiuri: unul format de linia trasată pe vertebra neutră superioară și Th1 în poziție înclinată. Al doilea unghi format de vertebra terminală superioară și cea apicală în poziție de înclinație maximală contra laterală. Dacă diferența între unghiuri este mai mică de 17°, se poate concluziona, că centura scapulară ale bolnavului va rămîne în poziție orizontală după endocorecție.

Sistemul s-a folosit la 70 bolnavi cu diformități scoliotice idiopatice și displazice. Vîrsta bolnavilor a variat între 9 și 66 ani.

Pregătirea preoperatorie a bolnavilor a inclus procedee speciale pentru mobilizarea formelor rigide de deformare scoliotică.

Rezultate și discuții

Sistemul de stabilizare segmentară a permis corecția diformităților scoliotice de gradul II-III în mediu cu 13. 6⁰ cu păstrarea corecției obținute la distanță cu o pierdere a ei la distanță de 4-6⁰, în scolioze de gradul III-IV s-a obținut o corecție de 36. 2⁰ în mediu, cu păstrarea corecției timp de 7-9 ani, în mediu cu 26. 5⁰, pierderea corecției la distanță fiind de 8-10% la bolnavii cu scolioze de gradul III-IV în vârstă de 14-18 ani intervenția chirurgicală s-a suplimentat cu spondilodeză posterioară la nivelul curburii primare.

Bolnavii au fost verticalizați în mediu la a 8-10 zi, în diformitățile scoliotice avansate bolnavilor li s-au aplicat corsete gipsate cervico-toraco-lombare sau toraco-lombare, în dependență de localizarea diformității scoliotice, pe 1, 5-2, 5 luni.

Obligator tuturor pacienților la 2-3 luni după intervenție chirurgicală s-au indicat cure de tratament de reabilitare medicală timp de 2 săptămâni în condiții de staționar, care au inclus: kinetoterapie, masaj, electrostimularea mușchilor spatelui, aplicații cu ozokerită și parafină, care s-au repetat la 6-8 luni postoperator.

Complicații neurologice și septică, deasemenea degradarea construcțiilor metalice la bolnavii operați prin metoda dată nu s-au menționat.

Concluzii

1. Sistemele de stabilizare segmentară permit o corecție optimă intraoperatorie a diformităților scoliotice, cu păstrarea corecției obținute la distanță, cu o activizare precoce a pacienților și reabilitare postoperatorie timpurie.

2. Experiența noastră demonstrează că cele mai bune rezultate pot fi obținute la tratamentul chirurgical al scoliozelor de gr. II-III, pe când în scoliozele grave, cu diformități complexe ale trunchiului și bazinului intervenția chirurgicală este tehnic mai dificilă și rezultatele la distanță sunt mai inferioare.

Bibliografie

1. Cotrel Yves, Dubousset Jean // CD Instrumentation in Spine surgery, Sauramps medical, Montpellier, 1992, 159 p.
2. Albanese SA: Idiopathic scoliosis: etiology and evaluation. In: Orthopaedic Knowledge Update Pediatrics. Rosemont, Ill: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2002:287-296.
3. Фищенко В.Я. Сколиоз // Изд. ООО «Мактраст», Макеевка, 2005, 558 с
4. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г. // Хирургия деформаций позвоночника, Сибирское Университетское Издательство, Новосибирск 2002, 430 с.
5. Михайловский М.В., Фомичев Н.Г., Новиков В.В. и др. Инструментарий Cotrel-Dubousset в хирургии идиопатического сколиоза // Вести. Травматолог. и ортопедии. Им. Н.Н. Приорова. – 1999. - № 2. – с. 3-7.
6. Gornea F, Marin I, Țapu P, Caproș N, etc. // Ortopedie și Traumatologie. Chisinau, 2006. 533p.

ACTUALITĂȚI ÎN TRATAMENTUL FRACTURILOR COTILOIDIENE

Petru Croitor

Centrul Național Științifico-Practic Medicină în Urgență

Summary

The actuality in treatment of acetabular fractures

Acetabular fractures occur most frequently as a result of road accident traumatism, their major share being attributed to men, urban residents, between the age of 21-50. The comparative analysis of conservative treatment and the surgical one proves that the share of excellent results is higher for surgical treatment – 13,7% as compared to 1,7% of conservative treatment. At the