

*Материалы Общероссийской научной конференции
«Инновационные медицинские технологии», Москва, 16-18 февраля 2010 г.*

Медицинские науки

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
НЕПРАВИЛЬНО КОНСОЛИДИРОВАННЫХ
ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО
МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ**

Ардашев И.П., Дроботов В.Н., Иванов А.В.,

Истомин М.В., Веретельникова И.В.

*Кемеровская государственная
медицинская академия*

Городская клиническая больница № 3

им. М.А. Подгорбунского

Кемерово, Россия

Частота осложнений после консервативного лечения достигает 30% и более [Семенкин О.М. с соавт., 2006, 2008]. Неправильное сращение отломков приводит к нарушению оси соотношений длин костей предплечья, угловые и ротационные смещения дистального отломка лучевой кости приводит к потере конгруэнтности суставных поверхностей и неравномерному распределению нагрузки в лучезапястном и лучелоктевом суставах. В результате происходит подвывих запястья с нарушением функции, перегрузки связочного аппарата и не физиологической осевой компрессии локтевой части лучезапястного сустава, развитие деформирующего остеоартроза. Это приводит к болевому синдрому, уменьшению объема движений в лучезапястном суставе, снижению силы схвата и функции кисти [Jenkins N.H. et al., 1988; Fernandez D.L., 1993; Ring D. et al., 1997, 2002].

Одним из серьезных осложнений переломов дистального метаэпифиза лучевой кости является комплексный регионарный болевой синдром (КРБС), который встречается по данным разных авторов от 7 до 37% случаев [Крупаткин А.И. с соавт., 2003]. В основе патогенеза лежат гемодинамические регуляторные расстройства [Котенко В.В. с соавт., 1987; Крупаткин А.И. с соавт., 2005, 2006], а также нейродистрофический синдром [Голубев В.Г. с соавт., 2006].

Основными клиническими проявлениями КРБС служат стойкий болевой синдром при физической нагрузке, вегетативные и сосудистые нарушения; ограничение объема движений кисти и особенно пальцев, остеопороз. Этот термин был предложен в 1996 г. международной группой по боли взамен использовавшихся ранее терминов «посттравматическая дистрофия руки», «синдром Зудека», «каузалгия» и другие [Janing W. et al., 1996].

Суставная инконгруэнтность рассматривается в качестве важной предпосылки неблагоприятного функционального результата [Knirk J.L. et al., 1986; Bradway J.K. et al., 1989; Catalano L.W. et al., 1997]. Неправильно консолидированные переломы дистального отдела луче-

вой кости считаются показанием для проведения остеотомии [Jupiter J.B. et al., 1996; Gonsales del Pino et al., 1996; Marx R.G. et al., 1996; Thivaios G.C. et al., 2003].

Появление более совершенных визуализирующих методов диагностики (в особенности, трехмерной реконструкции при КТ), а также плоских имплантатов для фиксации небольших суставных фрагментов, стимулировали интерес к хирургической коррекции неправильно консолидированных переломов дистального отдела лучевой кости [Promersberger Kare-Josef et al., 2006].

При лечении неправильно консолидированных переломов дистального отдела лучевой кости применяется несколько методов. Одни авторы после корригирующей остеотомии для стабилизации используют аппараты наружной фиксации (чрескостный внеочаговый остеосинтез), включая стержневые и спицевые конструкции [Сакалов Д.А., 1995; Бондаренко Е.А., 2001; Аль-Али Асат, 2003; Мельников В.С. с соавт., 2008; Egol K. et al., 2008; Неверов В.А. с соавт., 2009]. Другие авторы применяют открытую корригирующую остеотомию с внутренним остеосинтезом ладонными и тыльными пластинами с угловой стабильностью [Семенкин О.М. с соавт., 2006, 2008]. Ладонные блокирующие пластины приобретают наибольшую популярность в качестве метода фиксации, посольку ладонный доступ обеспечивает широкий обзор дистального отдела лучевой кости, таким образом, облегчая репозицию фрагментов перелома [Orbay J.L. et al., 2006; Kevin C. et al., 2007].

Остеотомия при неправильно сросшихся суставных повреждениях показана в тех случаях, когда имеет место подвывих в лучезапястном суставе при неправильно консолидированном внесуставном переломе. В случаях клинически выраженном неправильном сращении внутрисуставного перелома с высокой вероятностью быстрого развития дегенерации суставных поверхностей [Ring D. et al., 2002]. К основным показаниям к операции относятся: суставная инконгруэнтность в коронарной плоскости с подвывихом в лучезапястном суставе; суставная инконгруэнтность (максимальное несоответствие или промежуток) ≥ 2 мм по данным рентгенографии в прямой проекции [Wright T.W., 2004; Promersberger K.J. et al., 2006].

Противопоказаниями к операции относятся выраженный артроз и пациенты старше 70 лет, у которых функция в лучезапястном суставе удовлетворительная [Knirk J.S. et al., 1986; Fernandez D.L., 1993; Jupiter J.B. et al., 1996; Ring D. et al., 2002].

Материал и методы

В Кемеровской городской клинической больнице № 3 с января 2006 г. по июль 2008 г. были прооперированы 50 пациентов с неправильно консолидированными переломами дистального отдела лучевой кости. Возраст пациентов от 21 до 80 лет. Срок с момента травмы до операции варьировал от 4 недель до 2 лет. Из них количество женщин составило 76% (38 человек), мужчин 24% (12 человек).

Основными жалобами пациентов при поступлении были: деформация лучезапястного сустава, ограничение супинации, болевой синдром при физической нагрузке и в покое, снижение силы схвата кисти.

Показаниями к оперативному лечению были: боль в запястье, снижение силы схвата кисти, ограничение движений в лучезапястном суставе, штыкообразная деформация лучезапястного сустава, деформирующий артроз лучезапястного сустава, признаки нестабильности запястья.

Противопоказаниями к корригирующей остеотомии явились: диффузный остеопороз, дегенеративно-дистрофические изменения в лучезапястном суставе.

В предоперационном периоде были проведены: рентгенография, трехмерная компьютерная томография с реконструкцией (в сагиттальной и фронтальной) плоскостях, УЗДГ, электромиография предплечья и кисти.

Операцию выполняли под жгутом под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП). Производилась корригирующая остеотомия, открытая репозиция и остеосинтез лучевой кости Т-образными АО пластинами диаметром 3,5; 2,4 мм, пластинами с угловой стабильностью (LCP) из тыльного доступа 6 пациентов (12%) и ладонного доступа 44 пациента (88%). Замещение дефекта кости восполняли аутотрансплантатом из гребня подвздошной кости – 8 (16%) человек, имплантатом из никелида-титана – 12 (24%) человек, заменителем костной ткани (ChronOss) – 26 (52%) человек, укорачивающая остеотомия локтевой кости с остеосинтезом пластиной LCP – 4 (8%) человека.

Результаты

При оценке отдаленных результатов лечения были изучены клинические данные, включая механизм травмы и оценку по функциональной шкале (DASH) утраты трудоспособности плеча, предплечья и руки [Hudak K. Et al., 1996]. Отдаленные результаты были прослежены у 42 больных на протяжении 2 лет.

Через 12 месяцев после операции болевой синдром полностью отсутствовал у 35 пациентов. У 5 больных отмечался болевой синдром после физической нагрузки. У всех пациентов достигнута нормальная функция и объем движений в кистевом суставе. Отличный результат лечения

получен у 9 больных, хороший – у 30, удовлетворительный – у 3.

Обсуждение

Переломы дистального отдела лучевой кости представляют часто встречающуюся патологию. По мере старения человека и распространенности различных видов спорта частота этого вида повреждений увеличивается. Несмотря на существующее мнение о том, что эти переломы хорошо поддаются консервативному лечению, взгляд на данную патологию изменился в связи с ухудшением результатов лечения [Egol K. et al., 2008].

Отмечается, что при любом виде лечения функциональный результат значительно лучше, когда достигается правильное соотношение суставных поверхностей [Trumble T.E. et al., 2005; Egol K. et al., 2008].

Последние разработки в области технологии изготовления блокирующих пластин позволили использовать их для лечения неправильно консолидированных переломов дистального отдела лучевой кости [Orbay J. et al., 2004, 2006; Liporace F.H. et al., 2005; Rosental T.D. et al., 2006; Egol K. et al., 2008].

Ладонные пластины с угловой стабильностью для фиксации переломов дистального отдела лучевой кости используются с целью создания опоры субхондральной кости суставных фрагментов. Они обеспечивают фиксацию переломов с разрушенным метафизом путем создания субартикулярной опоры с угловой стабильностью в дистальной субхондральной кости без необходимости применения костного трансплантата [Orbay J. et al., 2002, 2004; Smith D.W. et al., 2005; Rosental T.D. et al., 2006].

В отличие от ладонных пластин, при использовании тыльных пластин имеет место нарушение нормального соотношения сухожилий разгибателей и костей, а также трение тыльных сухожилий о металлические конструкции, это приводит к адгезии, тендосиновиту и разрыву сухожилий разгибателей до 50% случаев [Axelrod T.S. et al., 1990; Hahnloser D. et al., 1999; Khanduja V.N. et al., 2005; Liporace F.A. et al., 2005; Keller M. et al., 2006; Chung K.C. et al., 2006].

Ладонные пластины имеют уникальные преимущества при лечении переломов дистального отдела лучевой кости у пожилых пациентов с остеопорозом [Orbay J. et al., 2004]. В настоящее время пожилые люди более здоровые, имеют большую продолжительность жизни и надеются на более активное выздоровление, чем раньше. Неудачная репозиция и стабилизация переломов у пожилых пациентов приводит к их неудовлетворенности, болевому синдрому, ригидности и потере функции [Smith D.W. et al., 2005].

Таким образом, при неправильно консолидированных переломах ДМЭЛК, осложняющиеся болевым синдромом, ограничением функции кисти, косметическими дефектами, целесо-

образнее проводить хирургическое лечение – корригирующую остеотомию и стабильную фиксацию. Использование ладонных пластин с угловой стабильностью позволяет осуществить раннюю реабилитацию и максимально восстановить функцию поврежденной конечности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Богаевская О.Ю.

Филиал ГЛПУ ЛОЦ МИД РФ

Мытищи, Московская область, Россия

Актуальность: изучение синдрома хронической усталости (СХУ) (Подколзин А.А., 2000), стоматологических пациентов, является социально значимой проблемой, так как напрямую связана с результатами стоматологического лечения, с формированием психологического климата в кабинете врача-стоматолога, а иногда и психологического настроя в очереди пациентов. Статистика свидетельствует о большой распространенности СХУ во многих странах мира. Основными симптомами СХУ являются усталость, быстрая утомляемость, ухудшение и снижение памяти, постоянная раздражительность, плохое настроение. Возможно это связано с тем, что организм человека, подвергается значительному интеллектуально-эмоциональному воздействию окружающего мира, неблагоприятному влиянию вредных факторов загрязненной окружающей среды, в связи с чем вынужден постоянно напрягать свои компенсаторно-приспособительные механизмы, что возможно и приводит к снижению адаптации, хронизации имеющихся патологий, а возможно и к развитию новых болезней (А.М. Лакшин и др., 2007), каким и является синдром хронической усталости (А.Е. Вермель, 1999; А.И. Ковалева и др., 2001; С.Г. Комаров, 2008). Нам кажется, что если не вывести эту проблему на более высокий уровень подробного изучения, то чуть позже для человечества это может быть сравнимо с распространенными опасными инфекциями.

Целью нашего исследования явилось изучение данных анкетирования среди стоматологических пациентов города Москвы, с целью выявления синдрома хронической усталости.

Материал и методы: нами обследовано 365 стоматологических пациентов г. Москвы по специально разработанной анкете. Анонимная анкета содержит 32 вопроса, касающихся половозрастного, семейного, социального статуса, уровня обеспеченности, возможности занятий спортом и оздоровлением, влиянием бытовых и производственных факторов на состояние здоровья, отношения к вредным привычкам, а также наличия у обследуемых больших и малых признаков синдрома хронической усталости. Среди

обследованных 238 женщин и 127 мужчин, средний возраст обследованных 46 лет. В анонимных анкетах, содержалось от 2 до 15 ответов в каждом из 32 вопросов, соответственно исследование базировалось на 365 анкетах, содержащих 81760 единиц информации.

Результаты исследования: исследование проводилось в Москве, которая является городом с высокой концентрацией медицинских учреждений, с высокими технологиями, но одновременно с самой высокой плотностью населения. При проведении обследования обнаружены симптомы синдрома хронической усталости у стоматологических пациентов, считающих себя условно здоровыми по синдрому хронической усталости, тем не менее, состояние хронической усталости как симптом регистрируется с довольно высокой частотой – 27,1 % без существенных различий в зависимости от пола (у женщин 28,2%, у мужчин – 25,2%, $t < 2$, $p > 0,05$). При рассмотрении частоты выявления хронической усталости в зависимости от возраста выяснилось, что этот «большой» признак синдрома хронической усталости достоверно чаще ($p < 0,05$) регистрируется у лиц более молодого возраста с частотой 31,6%, что, вероятно связано с большими нагрузками.

Также мы выяснили, что наибольшая часть обследованных связывает имеющиеся расстройства со стрессом; на втором месте – плохие экологические условия; на третьем – общественная нестабильность; на четвертом – сниженный уровень жизни; на пятом – некачественная медицинская помощь.

Выводы: Синдром хронической усталости, становится все более широко распространенным заболеванием, среди стоматологических пациентов обнаруживается, и в большей степени у лиц молодого возраста. Диагностическим критерием синдрома хронической усталости является наличие двух «больших» признаков (прогрессирующей на протяжении более полугода усталости со снижением памяти и трудоспособности, и отсутствие заболеваний со сходной симптоматикой) и не менее 75% из «малых» признаков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вермель А.Е. Синдром хронической усталости. Обзор- 1999 (Клинич. Медицина. Т.77.№7.С.11-15).
2. Ковалева А.И. Проблема хронического утомления- 2001 (Медицина труда и промышл. Экология. №11. С.1-5)
3. Комаров С.Г. Диагностика синдрома хронической усталости и алгоритм организации медицинской помощи больным.// Университетская наука: теория, практика, инновации. Сб. тр. 73-й науч. конф. КРМУ и сессии Центрально-Черноземного научного центра РАМН.- Курск, 2008.- Т.1.-С. 246-249.
4. Лакшин А.М., Катаева В.А. Современные эколого-гигиенические проблемы. М.: 2007.