

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАРАННОЙ КОСТИ

¹Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова; ²городская клиническая больница № 1; ³городская клиническая больница № 64, Москва

*Скороглядов Александр Васильевич, д-р мед. наук, проф., зав. каф. 119997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

♦ Представлен анализ результатов лечения переломов и переломовывихов таранной кости. Проведена оценка результатов лечения и качества жизни с помощью оценочных шкал AOFAS и SF-36. Рассмотрены причины ошибок и осложнений при лечении поврежденных таранной кости.

Ключевые слова: переломы и переломовывихи таранной кости, лечение, качество жизни, осложнения, ошибки

A.V. Skoroglyadov, G.V. Korobushkin, M.V. Naumenko

THE ANALYSIS OF OUTCOMES OF TREATMENT OF TALUS INJURIES

The chair of traumatology, orthopedics and military surgery,
the N.I. Pirogov Russian national research medical university, Moscow
The municipal clinical hospital №1, Moscow
The municipal clinical hospital №64, Moscow

♦ The article deals with the analysis of outcomes of treatment of fractures and dislocation fractures of talus. The evaluation of outcomes of treatment and quality of life was implemented using estimation scales AOFAS and SF-36. The causes of mistakes and complications during treatment of talus injuries are considered.

Key words: fractures and dislocation fractures of talus, treatment, quality of life, complication, mistake

Стопа человека прошла удивительно долгий и трудный путь адаптации для того, чтобы выполнять возложенные на нее функции, связанные с опорой и прямохождением [1, 8]. Любая травма стопы, повреждающая кости, суставы или мягкие ткани, может привести к нарушению функций не только стопы, но и всей нижней конечности [1, 7—9]. Согласно данным американской статистики катастроф, в последние годы отмечается интенсивный рост частоты тяжелых травм стопы, требующий повышенного внимания и специализированной медицинской помощи [10]. В недавнем исследовании, включавшем 1107 пациентов, пострадавших в результате автомобильных аварий, у 417 (37,7%) была зарегистрирована травма в области голеностопного сустава и стопы [13]. При изучении производственного травматизма рядом авторов отмечено, что повреждения в области стопы и голеностопного сустава доминируют в структуре производственного травматизма [5, 12]. Лидирование травм стопы и голеностопного сустава в составе техногенных катастроф, автомобильных аварий и производственной травмы объясняет тот факт, что большая часть пациентов с указанными повреждениями — люди молодого и трудоспособного возраста. Повреждения стопы часто являются причиной нетрудоспособности и болевого синдрома у пациентов с множественной и сочетанной травмой. Фактически травма стопы приводит к большей потере функциональной и физической активности, снижению качества жизни, чем любое повреждение других сегментов конечностей и таза. У пациентов с последствиями травмы стопы, по данным ряда исследований, не только снижена физическая активность, но и происходят изменения в эмоциональном, социальном и социо-экономическом статусе, основной причиной которых является сохраняющаяся у пациентов боль [3, 4].

Последствия переломов таранной кости чаще становятся причиной неудовлетворительных результатов лечения, что обусловлено рядом факторов: таранная

кость участвует в образовании сразу трех суставов; из-за особенностей кровоснабжения травмы таранной кости осложняются развитием асептического некроза; анатомическое строение и расположение таранной кости затрудняет рентгенодиагностику повреждений. Критерий качества жизни используют для оценки эффективности лечения в медицинских программах, определения преимуществ метода лечения при равноценных эффектах как медикаментозных терапевтических воздействий, так и хирургических пособий. Иными словами, улучшение качества жизни после проведенного лечения служит оптимальным критерием в выборе конкретной лечебной тактики. Качество жизни служит показателем, на основе которого возможна разработка алгоритмов лечения и мониторинг состояния здоровья пациента в ранние и отдаленные сроки после лечения.

Основными проблемами при лечении повреждений таранной кости являются дефекты на этапах обследования (недостаточная выявляемость переломов), неверная тактика лечения повреждений таранной кости, высокая частота послеоперационных осложнений (артрозы, аваскулярные некрозы), что дает высокий процент инвалидизации пациентов.

Это определило цель нашего исследования — анализ развившихся осложнений и факторов, влияющих на исходы лечения переломов и переломовывихов таранной кости.

Проведен анализ лечения 96 пациентов с переломами и переломовывихами таранной кости, проходивших терапию в травматологических отделениях городских клинических больниц № 64 и № 1 Москвы в период 1996—2009 гг. В основную группу вошли 57 человек (40 мужчин и 17 женщин), группу контроля составили 39 пациентов (27 мужчин и 12 женщин). Пострадавшие были разделены на основную и контрольную группы в соответствии с примененной тактикой обследования и лечения.

Основная группа состояла из пострадавших с переломами таранной кости, при лечении которых соблю-

дался предложенный нами алгоритм обследования и лечения: у пациентов с переломами таранной кости без смещения применяли консервативную тактику лечения этапными гипсовыми повязками, в некоторых случаях — оперативную тактику с использованием малоинвазивных методик. При переломах таранной кости со смещением нами применялась оперативная тактика лечения, заключающаяся в открытой анатомической репозиции и стабильной фиксации с преобладанием погружных методик остеосинтеза, при необходимости сочетающихся с применением аппаратов внешней фиксации (в случаях открытых повреждений таранной кости). Для остеосинтеза таранной кости использовали спицы Киршнера, винты 4,5, 3,5 и 2,7 мм для остеосинтеза, пластины с угловой стабильностью под винты 2,4 мм.

В контрольную группу вошли пострадавшие с открытыми и закрытыми переломами и переломовывихами таранной кости, при лечении которых указанную тактику не применяли.

Обе группы были сопоставимы и аналогичны по возрасту, структуре сопутствующей патологии, полу и механизму травмы.

Для оценки состояния голеностопного сустава и стопы мы использовали балльно-оценочную таблицу заднего отдела стопы и голеностопного сустава, предложенную комитетом Американского ортопедического общества стопы и голеностопного сустава (American Orthopaedic Foot and Ankle Society; AOFAS) [11]. Для оценки результатов лечения и качества жизни пациентов в послеоперационном периоде применяли русскоязычную адаптированную версию опросника SF-36 [2, 6, 14]. Анализируют 8 концепций здоровья, которые наиболее часто подвергаются влиянию заболевания и лечения. Эти 8 концепций представляют составные характеристики здоровья, включающие функцию и дисфункцию, стресс и благополучие, объективные и субъективные оценки, положительные и отрицательные оценки общего состояния здоровья.

Мы провели сравнительную оценку результатов лечения больных с переломами и переломовывихами таранной кости у 57 пациентов, составляющих основную группу, и 39 пациентов контрольной группы. Сроки пребывания больных в стационаре были различны. В основной группе средний койко-день составил 8,2 сут в основном за счет применения разработанного нами алгоритма лечения, в то время как пациенты контрольной группы находились в стационаре в среднем 9,7 дня. После выписки пациентов наблюдали амбулаторно.

Через 8—12 и 14—18 мес после лечения пациентам было предложено заполнить таблицы для оценки качества жизни. Для этого использовали русскоязычную адаптированную версию опросника SF-36. Отдаленные результаты лечения через 8—12 и 14—18 мес после травмы оценивали по балльно-оценочной системе AOFAS.

Результаты лечения пациентов основной и контрольной групп через 8—12 и 14—18 мес, оценивавшиеся по системе AOFAS, представлены в таблице.

Как видно из таблицы, через 8—12 мес в основной группе отличный результат был получен у 38,59% пациентов, в контрольной группе — у 23,08%; 75—94 балла набрали 33,34% пациентов в основной группе и 23,08% пациентов в группе контроля; удовлетворительных результатов в контрольной группе было на 13,9% больше, чем в основной; плохой результат с количеством баллов менее 50 в основной группе наблюдался у двух пациентов, что в процентном отношении составило 3,51. В контрольной группе неудовлетворительные результаты лечения получены у 15,38% (6) пациентов. Та же тенденция наблюдается и через 14—18 мес после лечения. При этом количество отличных результатов в основной группе составило 36,84%, а в контрольной группе снизилось и составило 15,38%. Анализируя полученные данные, можно отметить преобладание отличных и хороших результатов лечения в основной группе — более 71% результатов в 1-й год после лечения и 78% в период более 1 года, что объясняется постепенным увеличением физической нагрузки на фоне ЛФК и регрессом психоэмоционального фактора, сопутствующим успехам реабилитации, отсутствием таких сдерживающих факторов, как боль и нестабильность заднего отдела стопы, позволяющим пациентам возвращаться к прежней физической активности. В контрольной группе отмечена обратная ситуация — снижение количества отличных и хороших результатов с 46,14 до 41,02% и увеличение количества удовлетворительных и плохих результатов лечения с 51 до 59%, что объясняется прогрессированием посттравматического артроза с течением времени на фоне начала ЛФК и ограничением физической активности из-за болевого синдрома и нарушения анатомии заднего отдела стопы вследствие развития изменений, сопровождающих аваскулярный некроз тела таранной кости.

Оценка качества жизни пациентов в послеоперационном периоде с помощью опросника SF-36 через 8—12 мес показала то, что у 68,5% больных основной группы качество жизни расценено как хорошее, в контрольной группе этого значения достигли только 56% пациентов. При этом физические компоненты здоровья, такие как боль, физическое функционирование, ограничение жизнедеятельности и общее восприятие здоровья, были достоверно оценены в основной группе как более высокие по сравнению с группой контроля. Удовлетворительные результаты в основной и контрольной группах составили 28 и 30% соответственно. При оценке качества жизни пациентов через 14—18 мес после лечения отмечены более значимые различия между контрольной и основной группой, увеличение количества хороших результатов в основной группе до 79% против 41% в кон-

Результаты лечения больных с переломами и переломовывихами таранной кости основной и контрольной групп в сроки 8—12 и 14—18 мес с момента травмы

Результат лечения, баллы по шкале AOFAS	Через 8—12 мес		Через 14—18 мес	
	основная группа, n (%)	контрольная группа, n (%)	основная группа, n (%)	контрольная группа, n (%)
Отличный — 95—100	22 (38,59)	9 (23,08)	21 (36,84)	6 (15,38)
Хороший — 75—94	19 (33,34)	9 (23,08)	24 (42,11)	10 (25,64)
Удовлетворительный — 51—74	14 (24,56)	15 (38,46)	10 (17,54)	15 (38,46)
Плохой — 0—50	2 (3,51)	6 (15,38)	2 (3,51)	8 (20,51)
Всего...	57 (100)	39 (100)	57 (100)	39 (100)

трольной, удовлетворительные результаты лечения у 17,54% пациентов основной и 38,46% пациентов контрольной группы.

Оценивая результаты лечения, следует отметить прямую зависимость между развитием аваскулярного некроза и степенью тяжести полученной травмы. Зависимость частоты эндогенного инфицирования зоны травмы от типа перелома нами не обнаружена. Анализируя ошибки как причины осложнений и неудовлетворительные результаты лечения, целесообразно произвести их разделение на диагностические, тактические и технические ошибки, возникающие при неадекватной оценке характера и степени тяжести повреждений, состояния окружающих мягких тканей, несоблюдении технологий лечения.

Основными ошибками, допущенными ортопедами-травматологами при лечении больных с тяжелыми повреждениями, были:

- ♦ диагностические: недоучет тяжести и характера повреждения, а следовательно, неправильный выбор лечения;
- ♦ несоответствие выбранного способа остеосинтеза и вида металлоконструкций состоянию костной ткани, а также нарушение технологий остеосинтеза.

К не зависящим от хирурга осложнениям мы отнесли:

- ♦ эндогенное инфицирование голеностопного и подтаранного суставов;
- ♦ нарушение кровоснабжения таранной кости в момент травмы.

Различные ранние осложнения мы наблюдали у 19 пациентов (у 15 в контрольной группе, у 4 — в основной), что составляет 19,8% от общего количества пациентов.

Выводы

1. Проведенный ретроспективный анализ лечения пациентов контрольной группы показал отсутствие единого алгоритма диагностики и лечения переломов таранной кости, обусловившее значительный процент неудовлетворительных результатов лечения.

2. Анализ развившихся в результате лечения осложнений позволил разделить ошибки лечебно-тактического характера на диагностические (21,05%), неправильный выбор метода лечения (31,58%), нарушение технологий остеосинтеза (21,05%) и не зависящие от хирурга осложнения (26,31%), которые привели к развитию аваскулярных некрозов таранной кости, ее неправильных сращений, а также ранних артрозов голеностопного и подтаранного суставов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крупко И. Л., Глебов Ю. И. Переломы области голеностопного сустава и их лечение. — М.: Медицина, 1972.
2. Кудряшова И. В. // Сборник материалов Международной конф. «Исследование качества жизни в медицине». — СПб., 2002. — С. 174—177.
3. Лаврентьев П. Н., Кроутору Г. М., Дарчук М. И. и др. // Материалы I Международной конф. по хирургии стопы и голеностопного сустава. — М., 2006. — С. 51.
4. Лушиков Е. В., Комиссаров Г. П. // Тезисы докладов к областной конф. травматологов-ортопедов. — Тамбов, 1988. — С. 50—52; 83.
5. Маттис Э. Р. Система оценки исходов переломов костей опорно-двигательного аппарата и их последствий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1985.
6. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002.
7. Паламарчук В. В. Лечение переломов, перелома-вывихов таранной кости, подтаранных вывихов стопы и смежных повреждений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 2002. — С. 111—121.
8. Coltart W. D. // J. Bone Jt Surg. Br. — 1952. — Vol. 34. — P. 545—566.
9. Coughlin M. J. // Foot Ankle Int. — 2000. — Vol. 21. — P. 896—905.
10. Fortin P. T., Balazsy J. E. // J. Am. Acad. Orthop. Surg. — 2001. — Vol. 9, N 2. — P. 114—127.
11. Kitaoka H. B., Alexander J., Adelaar R. S. et al. Minnesota, Akron, Ohio, Richmond, Virginia, Durham, North Carolina, Baltimore, Maryland, and Indianapolis, Indiana; 1994.
12. Stewart A., McLaughlin R. E. // The Middle East. J. Emerg. Med. — 2002. — Vol. 2, N 1. — P. 326—329.
13. Upadhyay V., Deshpande U., Modi N., Hakmi A. // Материалы I Международной конф. по хирургии стопы и голеностопного сустава, г. Москва, 31 марта — 1 апреля 2006 г. — М., 2006. — С. 7—8.
14. Ware J. E., Sherbourne C. D. // Med. Care. — 1992. — Vol. 30, N 6. — P. 473—483.

Поступила 28.03.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 616.74-002.2-031.13-06:616.33-002]-072.1

В. Х. Сосюра*, Т. В. Рябова, А. Я. Шершевская

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздравсоцразвития России

*Сосюра Виталий Хрисанфович, д-р мед. наук, Москва, ул. Труubeцкая, д. 8, стр. 2

♦ Представлены результаты эзофагогастродуоденоскопии у 65 детей с дерматомиозитом и у 210 детей с хроническим гастродуоденитом. Проведена сравнительная оценка тяжести течения эзофагита, гастрита и дуоденита в обеих группах детей. У всех пациентов выявлены однотипные эндоскопические признаки хронического гастродуоденита. Однако у больных ювенильным дерматомиозитом достоверно чаще отмечалось более выраженное обострение гастродуоденита с эрозиями и контактной ранимостью слизистой оболочки, в ряде случаев с язвой слизистой оболочки и очагами деструкции стенки пищевода, множественными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, подслизистым кровоизлиянием. Скопление и задержка эвакуации содержимого желудка существенно чаще наблюдались у детей с дерматомиозитом.

Ключевые слова: дети, дерматомиозит, гастродуоденит, эзофагогастродуоденоскопия, эрозия, ранимость, пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка