



Комплексная диагностика и лечение нейродистрофического поражения кистей и стоп

Д.У. Урунбаев, Б.Н. Хасанов, Ф. Алламуродов, У.М. Мирзокаримов

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Авторами изучены клиническая и рентгенологическая диагностика нейродистрофии кистей и стоп различной стадии течения, сопутствующих заболеваний и остеопороза у 88 больных, в возрасте старше 40 лет. Обоснованы основные принципы профилактики развития патологического процесса при оказании экстренной помощи пострадавшим. Комплексное консервативное лечение проведено с учётом стадии нейродистрофии. При изучении ближайших и отдалённых результатов авторами получены положительные результаты лечения у 95,2% больных.

Ключевые слова: нейродистрофия кистей и стоп, остеопороз

АКТУАЛЬНОСТЬ. Одним из осложнений травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата (ОДА) является тяжёлое нейродистрофическое поражение кистей и стоп, в основе которого лежит нарушение микроциркуляции за счёт рефлекторного сужения сосудов на уровне капилляров [4]. Дистрофические поражения или посттравматический остеопороз чаще развивается у больных при наличии дефектов лечения (неполноценное обезболивание, неправильная или неоднократная травматическая репозиция, грубые манипуляции табиба, туго наложенная иммобилизация и дефекты лечения).

По данным А.А.Бурьянова, в развитии нейродистрофии существенную роль играет нарушение функции вегетативных центров желёз внутренней секреции и активности местных тканевых гормонов, которые ведут к стойким расстройствам местного кровообращения, вызванные за счёт дилатации прекапиллярных сфинктеров. У женщин с дистрофическим процессом отмечается снижение содержания эстрогенов в плазме крови и резкое повышение гонадотропной функции гипофиза, особенно при нарушении менструального цикла или в постменопаузальном периоде. Большое значение в развитии нейродистрофии придаётся стрессу, который может отмечаться у большинства больных [2].

В литературе уделяется внимание, в основном, посттравматическому нейродистрофическому поражению кисти и стопы, хотя немаловажную роль играют и другие факторы (остеохондрозы, воспалительные заболевания конечностей, висцеральные поражения) [3,4]. В основном приводятся данные о

нейродистрофии верхней конечности, хотя поражение нижней конечности протекает тяжелее и продолжительнее, вызывая нарушение двигательной функции больного и ухудшение качества его жизни, кроме того, нет обоснованного подхода к проведению комплексного консервативного лечения и его продолжительности [1].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ - улучшение профилактики и эффективности комплексного и специфического лечения повреждений кисти и стопы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Наши данные основаны на 5 - летнем опыте стационарного и амбулаторного лечения 88 больных с нейродистрофическими поражениями кисти и стопы различной этиологии и стадии. Преимущественное поражение конечностей характерно для женского пола - 77 (87,5%), так как патология менструального цикла и его прекращение приводит к нейроэндокринным нарушениям со снижением уровня эстрогенов в плазме крови и резкому повышению АКТГ. В возрасте до 40 лет нейродистрофия развивалась у 16 (18,1%), 40-50 - у 31 (35,4%), 51-60 - у 23 (26,1%) и 61 год и старше - у 18 (20,4%) больных. Преимущественное поражение конечности было у 71 (80,7%) домохозяйки, дистрофическое поражение кисти - у 68 (77,3%), плеча - кисти - у 9 (10,2%), стопы - у 11 (12,5%) пострадавших. Основными причинами развития нейродистрофии были: переломы дистального конца костей предплечья у 71 больного, костей голеностопного сустава и стопы - у 11, инфицированные раны и остеомиелиты костей кисти - у 6 больных. Диагностика у них основывалась на наличии болевого синдрома различной



степени выраженности, массивного отёка тыла кисти, предплечья, голеностопного сустава и стопы, гиперемии и повышения температуры кожи.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. У 48 (54,6%) пациентов установлена I стадия заболевания на основании вышеуказанных симптомов, возникших через 7-21 день. В эти сроки рентгенологические изменения костей кисти и стопы не выявлены. Спустя 4-5 недель нами был выявлен пятнистый остеопороз кости у 80-90% больных.

Во второй стадии у 23 (26,1%) больных нами выявлено уменьшение болевого синдрома в покое, наличие атрофических контрактур пальцев кисти, стопы и вышележащих суставах, а так же истончение и глянецность кожи, иногда наличие гиперкератоза.

У 17 (19,3%) больных с третьей стадией нейродистрофии наступила гипо- или атрофия мышц, распространённая на предплечье, плечо, а в нижних конечностях помимо стопы, на голень и частично бедра. У обследованных нами больных анкилозы суставов не выявлены. Во всех случаях рентгенологически был отмечен диффузный пятнистый остеопороз костей кисти и стопы.

У 53 (60,2%) больных, в основном у женщин с нарушениями менструального цикла или менопаузой, течение нейродистрофии отягощалось неврастенией (31), климактерическим неврозом (13), сосудистыми заболеваниями головного мозга и сердца (9). У больных старше 50 лет боли из дистальной части конечностей иррадиировались в плечевые суставы и шейный отдел позвоночника, а при нижней форме в тазобедренные суставы и поясничный отдел позвоночника. У этой категории больных выявлены симптомы постменопаузального и сенильного системного остеопороза.

Профилактические мероприятия должны быть основаны на общих принципах, особенно при оказании экстренной помощи. Все манипуляции необходимо проводить при достаточно адекватном обезболивании, отломки должны быть сопоставлены в раннем периоде после перелома, повторные и неоднократные сопоставления должны быть исключены, иммобилизация конечности должна быть осуществлена в физиологическом положении, с достаточным сроком и с учётом сопутствующих заболеваний у больных.

Сложность лечения нейродистрофии состоит в необходимости воздействия как на основной, так и на собственно дистрофический процесс. Лечебные мероприятия нами проводились в зависимости от стадии и выраженности болевого синдрома.

При первой стадии дистрофического процесса (48) наши лечебные процедуры направлены на купирование болевого синдрома и создание покоя соответствующей конечности посредством наложения иммобилизации. Положительное влияние нами отмечено при назначении местного охлаждения, путём удержания конечности под проточной холодной водой или укладки грелки со льдом в течение 15-20 минут (10-15 процедур). Больным назначались: обезболивающие препараты (ультрамол по 1 таблетке – 3 раза в сутки – 10-15 дней или анальгин 2,0 мл 50% с димедролом 1,0 мл 1% – 7-10 дней), противовоспалительные (ортофен, клодифен по 3,0 мл внутримышечно, 10 дней), общеукрепляющие (витамины группы В, в частности, кокарнит по 2,0 внутримышечно) в течение 10 дней. Хороший лечебный эффект оказывало применение прозерина по схеме в течение 10-15 дней, который, улучшая проводимость нервов, снимал спазм сосудов. Уменьшению болевого синдрома, диффузного отёка кисти и стопы способствовала УФЧ-терапия (10-15 процедур). Всем больным назначались тепловые ванны кисти, предплечья, стопы и голени с содовым или слабым горчичным растворами (на ночь 10-15 дней). В случае тяжёлого болевого синдрома, обязательным является назначение новокаиновых блокад с витамином В (на футлярные, плечевые сплетения и отдельные нервы предплечья и голени по 5-7 процедур). Назначалось местное применение гидрокортизона или дипроспана с новокаином в виде инъекции или ионофореза. Применение ультразвука, лазерное облучение и магнитотерапия поражённой зоны в течение 10-15 дней способствовали значительной ликвидации отёка и уменьшению болевого синдрома.

При второй стадии (23) лечебные мероприятия были направлены на профилактику или восстановление атрофии и контрактур в кистевом и голеностопном суставах. С этой целью помимо лекарственной терапии, улучшающей микроциркуляцию в зоне дистрофии и спазма мышц (мидокалм по 1 мл, нош-па 2 мл, на 200 мл физиологического раствора и реополиглюкина по 200 мл с 5 мл трентала внутривенно – капельно через день от 3 до 5 процедур). Широко применялись физиотерапевтические процедуры (тёплые ванны, парафиновые и озокеритовые аппликации, грязелечение) не менее 10-15 дней, восстановительные (ЛФК, избирательный массаж, механотерапия). С целью устранения контрактур кистевого и межфаланговых суставов больным рекомендованы тёплые водно-мыльные процедуры во время стирки мелких вещей.

У больных с третьей стадией (17) лечение было направлено на устранение атрофии, для чего назначались избирательный укрепляющий массаж конечностей, лекарственная терапия, улучшающая трофику и микроциркуляцию тканей (электрофорез



с никотиновой кислотой - 10 - 15 процедур, с эуфиллином на шейный и пояснично-крестцовый отделы позвоночника - 15 – 20 дней).

С целью устранения проявления местного и системного остеопороза у лиц старшего возраста назначались: кальций Д3 никомед форте или идеос по 1 табл. 3 раза в день в течение 2 - 4 месяцев, остеогенон по 1 табл. 2 раза в день в течение 1 - 2 месяцев или осталон по 1 табл. 1 раз в неделю в течение 2 – 4 месяцев, АТФ и никотиновая кислота по 1,0 внутримышечно в течение 10 дней. Всем больным назначалось трёхкратное восстановительное санаторно-курортное лечение. Во всех стадиях после консультации гинеколога, невропатолога отдельным категориям больных назначалась заместительная терапия.

Нами также были изучены ближайшие и отдалённые результаты комплексного консервативного лечения нейродистрофии у 73 (82,9%) больных в течение двух лет. Хорошие результаты с полной ликвидацией болевого синдрома и восстановлением движения в кистевом, голеностопном, межпальцевом суставах и устранением атрофии были получены у 53,4% больных, удовлетворительные - у 41,8% пациентов, когда отмечена остаточная контрактура в межпальцевых суставах и атрофия кисти и стоп, неудовлетворительный - у 4,8% больных - при позднем обращении и несистематическом лечении.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, наш опыт стационарного, амбулаторного и санаторно-курортного комплексного лечения показал, что положительные результаты получены в зависимости от стадии и возрастного аспекта у 95,2% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белая Ж.Е. Эффективность профилактики остеопении препаратами кальция и витамином «Д» (кальций Д3 никомед форте) в постменопаузе с субклиническим тиреотоксикозом / Ж.Е. Белая [и др.] // Остеопороз и остеопатии. -2007, -№2.- С.13-18
2. Бурьянов А.А. Посттравматическая дистрофия конечностей (синдром Зудека) /А.А. Бурьянов // -ЦНМБ. – 1990
3. Колосов В.А. Диагностика и тактика лечения больных с посттравматической рефлекторной симпатической дистрофией конечностей: дисс... канд.мед.наук /В.А. Колосов // ЦНМБ. – 2004
4. Терновой К.С. Нейротрофические осложнения после переломов дистального эпиметафиза лучевой кости /К.С. Терновой // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1989. -№7. -С.70-72

Summary

Complex diagnosis and treatment of neurodystrophic lesions of hands and feet

D.U. Urunbaev, B.N. Khasanov, F. Allamurodov, U.M. Mirzokarimov

The clinical and radiological diagnosis of neurodystrophic lesions of hands and feet in various stages of currency, concomitant diseases and osteoporosis in 88 patients, aged over 40 years studied in article. The basic principles of the pathological process prevention in emergency assistance to suffered patients was justified. Complex conservative treatment was performed taking in account the stage of neurodystrophy. In studying of the immediate and remote results the authors obtained positive results of treatment in 95.2% of patients.

Key words: neurodystrophy of hands and feet, osteoporosis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.У. Урунбаев – доцент кафедры травматологии ортопедии и ВПХ ТГМУ;
Тадж., г. Душанбе, ул. И.Сомони, 59а, тел: 232-93-82