

Особенности амбулаторного лечения пациентов с внутрисуставными переломами в России

А.В. Губанов, В.Г. Самодай

The special features of out-patient treatment of patients with intra-articular fractures in Russia

A.V. Gubanov, V.G. Samoday

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж (ректор – профессор И.Э. Есауленко)

Статья посвящена проблеме комплексного лечения больных с внутрисуставными переломами в амбулаторных условиях. Приведенные алгоритмы будут полезны как для специалистов травматологов-ортопедов, так и хирургов, а также врачей общей практики, которые курируют этих пациентов. Акцент сделан на профилактику тяжелых посттравматических деформирующих остеоартрозов и на типичные ошибки, допускаемые в лечении этих больных. Авторы надеются, что эта работа уменьшит процент инвалидизации пациентов с внутрисуставными переломами в России.

Ключевые слова: внутрисуставные переломы, посттравматический остеоартроз, профилактика, инъекционные хондропротекторы, диспансерное наблюдение.

This article is devoted to the problem of complex treatment of patients with intra-articular fractures out-patiently. The algorithms presented will be useful for specialists in traumatology and orthopedics, as well as for general surgeons who supervise these patients. The problems of preventing severe posttraumatic deforming osteoarthritis and the typical errors made in treatment of such patients are emphasized. The authors hope that this work will reduce the percentage of disability for patients with intra-articular fractures in Russia.

Keywords: intra-articular fractures, posttraumatic osteoarthritis, prevention, injected chondroprotectors, out-patient observation.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на рост количества высокотехнологичных оперативных вмешательств при внутрисуставных переломах в России, число тяжелых посттравматических деформирующих остеоартрозов (ПДОА) остается высоким. Это влечет за собой высокий процент инвалидности, необходимость в эндопротезировании сустава, огромные материальные затраты, как со стороны государства, так и больного. Поскольку стационарное лечение с каждым годом совершенствуется, суть проблемы необходимо искать в амбулаторном долечивании и последующем наблюдении этих больных.

Авторы выделяют следующие причины высокого процента ПДОА в России.

Во-первых, далеко не в каждой поликлинике имеется врач травматолог-ортопед. Чаще всего больные с внутрисуставными переломами после стационара попадают на долечивание, в лучшем случае, к хирургу.

Во-вторых, очень высоки цены на препараты гиалуроновой кислоты (даже отечественного производства) – самые перспективные, с нашей точки зрения, средства для послеоперационного ведения этих больных.

В-третьих, не разработаны алгоритмы амбулаторного лечения данных пациентов и даже травматологи-ортопеды придерживаются только общих и, зачастую, устаревших принципов лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В данной статье авторы предлагают современные алгоритмы амбулаторного лечения и диспансерного наблюдения больных с внутрисуставными переломами, которые будут полезны как травматологам-ортопедам, так и хирургам. В своих рекомендациях мы руководствовались максимально низкими трудовыми и материальными затратами, принципами широкой доступности, безопасности и эффективности.

Вначале хотелось бы предупредить коллег о вреде широкого применения внутри- и околосу-

ставного введения кортикостероидов (КС) при рассматриваемой патологии. КС обладают деструктивным действием на суставной хрящ за счет глюкокортикогенеза, особенно, если это касается такого малокровоснабжаемого сустава как тазобедренный. Впрочем, даже в норме, любой суставной хрящ питается не кровью, а из синовиальной жидкости (то есть его питание затруднено). А в рассматриваемой нами патологии гиалиновый хрящ и так некротизирован или находится в состоянии парабриоза и, с нашей точки зрения, не стоит еще более ускорять

катаболизм в суставе, используя КС. Противовоспалительного же действия, может быть не такого быстрого, но не менее сильного, можно добиться другими способами.

Далее, ввиду особенностей питания гиалинового хряща из синовиальной жидкости, мы считаем патогенетически неоправданным и экономически невыгодным пероральное и внутримышечное применение сульфатированных мукополисахаридов. Мы можем утверждать, что эти макромолекулярные соединения в синовиальную жидкость, если и филь-

труются, то в минимальном количестве, и этого, очевидно, не достаточно для усвоения хондроцитами, находящимися в парабиозе, а, значит, в состоянии дефицита энергии для биосинтеза матрикса.

И последнее, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), даже суперселективные, хороши для применения только при болях, курсами не более 10 дней. Продление лечения чревато развитием типичных для данных препаратов осложнений. Хондропротективные свойства даже последних поколений НПВС не доказаны.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Мы приводим следующую схему, основанную на собственном многолетнем опыте и данных литературы.

1. Необходимо как можно более раннее внутри- или околосоуставное введение инъекционных хондропротекторов (траумель С, цель-Т, алфлутоп) рекомендуемыми курсами: цель-Т вводят 2 раза в неделю по 1-2 ампулы в зависимости от размера сустава № 10-15, траумель С применяют 1-2 ампулы в день до купирования острых явлений, затем 1-2 ампулы 1-3 раза в неделю индивидуальной длительностью; алфлутоп – 1-2 мл с интервалом 3-4 дня № 5-6. Данные препараты выводят хондроциты из состояния парабиоза, стимулируют образование хрящевого матрикса и замещение погибшего хряща соединительной тканью, «гасят» воспалительную реакцию. Безусловно, если есть материальная и техническая возможности, патогенетически обосновано двух- или трехкратное внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты – протезов синовиальной жидкости. Они способствуют элиминации факторов воспаления из сустава и стимулируют образование нового хряща (соединительной ткани).

2. При выраженных болях показано применение анальгетиков короткими курсами по 5-10 дней и предпочтительно парентерально или в свечах (мелоксикам, трамадол, кетопрофен). Желательно сочетание НПВС с блокаторами протонной помпы (омепразол, пантопразол) для предотвращения риска осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), особенно при наличии в анамнезе язвенной болезни (ЯБ).

3. Оправдано применение поливитаминных комплексов с микроэлементами, обладающих анти-

оксидантными и цитопротективными свойствами, которые полезны для поврежденных и находящихся в гипоксии хондроцитов (алфавит, берокка, компливит, центрум, витрум). Также для этих целей возможен прием препаратов, содержащих коэнзим Q10 (кудесан, нобен), и антиоксидантов (танакан, мексидол).

4. При наличии сопутствующей сосудистой патологии (атеросклероз, варикозная болезнь) назначаются вазоактивные препараты (трентал, троксевазин, детралекс).

5. Лечебной физкультурой необходимо заниматься, начиная с ранних сроков после травмы (операции), обычно с 3-4-х суток, когда уменьшаются боли и спадает отек. Сначала рекомендуют изотонические мышечные сокращения в гипсе, затем, после снятия гипсовой иммобилизации и достижения полноценной консолидации, назначается разработка движений в суставе, массаж и постепенная нагрузка на сустав.

6. Физиолечение можно начинать с 1-2-х суток в виде сочетания магнито- и лазеротерапии. Это сочетание имеет минимум противопоказаний, кроме, пожалуй, наличия у больного злокачественных новообразований, тяжелых психических заболеваний, водителя сердечного ритма. Комбинирование этих двух видов физиолечения особенно эффективно улучшает микроциркуляцию в пораженном суставе, а, следовательно, создаются условия для восстановления суставного хряща.

Диспансеризация заключается в повторении данных курсов лечения через 6 месяцев, затем через год, далее – по необходимости (возникновение боли, даже минимальной).

ВЫВОДЫ

1. Профилактикой тяжелого ПДОА необходимо заниматься на ранних сроках после травмы (оперативного лечения).

2. Приоритет в комплексном предотвращении тяжелого ПДОА необходимо признать за внутри- и околосоуставным введением хондропротекторов.

3. Основная нагрузка по профилактике тяжелого

ПДОА ложится на амбулаторных травматологов-ортопедов, а при отсутствии таковых – хирургов.

4. Внутрисуставное введение КС, ввиду механизма их действия, ускоряет развитие ПДОА, поэтому применение их при внутрисуставных переломах нецелесообразно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритмы фармакотерапии : практ. рук. для врачей, провизоров и студентов мед. и фармац. вузов. М. : Триада-фарм, 2007. 798 с.
2. Анкин Л. Н., Анкин Н. Л. Практическая травматология : европейские стандарты лечения. М. : «Медицина», 2002. 478 с.
3. Применение лазера в комплексном лечении деформирующего артроза крупных суставов / В. А. Ворончихин [и др.] // Применение низкочастотных лазеров в экспериментальной и клинической медицине : тез. докл. науч.-практ. конф. Ижевск, 1994. С. 18-19.
4. Голубева Л. В., Зубкова Н. С. Использование лазеротерапии суставов в комплексном лечении больных деформирующим остеоартрозом // Применение низкочастотных лазеров в экспериментальной и клинической медицине : тез. докл. науч.-практ. конф. Ижевск, 1994. С. 18-19.
5. Дубровский В. И. Лечебная физкультура и врачебный контроль : учеб. для студентов мед. вузов. М. : ООО «Мед информац. агентство», 2006. С. 224-272.
6. Медицинская реабилитация : рук. для врачей / под ред. В. А. Елифанова. М. : МЕДпресс-информ, 2005. С. 265-267.
7. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России : справочник. М. : АстраФармСервис, 2003. 1488 с.
8. Регистр лекарственных средств в России РЛС : энциклопедия лекарств. Вып. 17-й / под ред. Г. Л. Вышковского. М. : «РЛС-2009», 2008. 1440 с.
9. Травматология и ортопедия : рук. для врачей : в 3 т. / под ред. Ю. Г. Шапошникова. М. : «Медицина», 1997. Т. 2. С. 382-409.
10. Травматология и ортопедия : учеб. пособие для вузов / под ред. Г. Н. Ковалевского. М. : Academia, 2005.

Рукопись поступила 18.01.12.

Сведения об авторах:

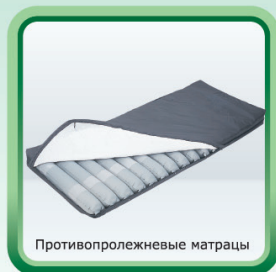
1. Самодай Валерий Григорьевич – ВГМА им. Н.Н.Бурденко, зав. кафедрой травматологии и ортопедии, д.м.н., профессор.
2. Губанов Александр Владимирович – ВГМА им. Н.Н.Бурденко, соискатель кафедры травматологии и ортопедии.



ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ



Инвалидные коляски для взрослых



Противопролежневые матрасы



Инвалидные коляски для детей



Трости и костыли



Санитарные приспособления



Ходунки



ООО «НИКАМЕД»
Россия, 127015, Москва, Бумажный проезд, 14, стр. 2
Отдел продаж: (495) 609-63-33 (многоканальный), факс: (495) 609-62-02
E-mail: sales@nikamed.ru
www.nikamed.ru



ЕДИНАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СПРАВОЧНАЯ
Москва: (495) 77-55-000
Санкт-Петербург: (812) 333-11-33
www.orteka.ru