

Заключение. Предложенные диагностические алгоритмы помогают практикующему врачу, в том числе и на этапе первичного звена здравоохранения, в ранние сроки заподозрить возможность развития у больного внебольничной пневмонией нежелательных осложнений. Это позволяет своевременно скорректировать лечебно-диагностическую тактику, избежать неблагоприятных последствий, и тем самым улучшить результаты лечения больных пневмонией, уменьшить сроки пребывания больного в стационаре.

Литература

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Стречунский [и др.] // Клини. микробиол. и антимикроб. химиотер. – 2006. – Т. 8, № 1. – С. 54 – 86.
2. Community-acquired pneumonia in adults: guidelines for diagnosis, treatment and prevention / A.G. Chuchalin, A.I. Sinopalnikov, L.S. Strachounski [et al.] // Clin. Microbiology and antimicrobial chemotherapy. – 2006. – Vol. 8, № 1. – P. 54 – 86.
3. Гучев И.А. Пневмонии в военных коллективах / И.А. Гучев, А.И. Синопальников // Клини. микробиол. и антимикроб. химиотер. – 2001. – Т. 3, № 1 – 2. – С. 25 – 29.
4. Guchev I.A. Pneumonia in military bands / I.A. Guchev, A.I. Sinopalnikov // Clin. Microbiology and antimicrobial chemotherapy. – 2001. – Vol. 3, № 1 – 2. – P. 25 – 29.
5. Диагностика, лечение и профилактика внебольничной пневмонии у военнослужащих МО РФ: методические указания ГВМУ МО РФ / под ред. А. Б. Белевитина. – М., 2009. – 53 с.
6. Diagnosis, treatment and prevention of community-acquired pneumonia in service men of the Russian Federation Ministry of Defense: Defense guidelines Main Military Medical Management of the Russian Federation Ministry of Defense / ed. A.B. Belevitin. – М.: 2009. – 53 p.
7. Жоголев С.Д. Эпидемиологический анализ заболеваемости внебольничной пневмонией в войсках / С.Д. Жоголев, П.И. Огарков, П.И. Мельниченко // Воен.-мед. журн. – 2004. – Т. 325, № 3. – С. 16 – 21.
8. Zhogolev S.D. Epidemiological analysis of the incidence of community-acquired pneumonia in the Army / S.D. Zhogolev, P.I. Ogarcov, P.I. Melnichenko // Voen.-med. journal. – 2004. – Vol. 325, № 3. – P. 16 – 21.
9. Казанцев В. А. Пневмония: Руководство для врачей / В. А. Казанцев, Б. Б. Удальцов. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 118 с.
10. Kazantsev V.A. Pneumonia: A Guide for Physicians / V.A. Kazantsev, B.B. Udaltsov. – St. Petersburg.: SpetsLit, 2002. – 118 p.
11. Клинические рекомендации: пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 238 с.
12. Clinical guidelines: Pulmonology / ed. A.G. Chuchalin. – М.: GEOTAR Media, 2006. – 238 p.
13. Синопальников А.И. Внебольничные инфекции дыхательных путей: диагностика и лечение: руководство для врачей / А.И. Синопальников, Р.С. Козлов // Воен.-мед. журн. Приложение. – М.: ООО «Издательский дом «М-Вести», 2008. – Т.329. – 272 с.
14. Sinopalnikov A.I. Community-acquired respiratory tract infections: Diagnosis and Treatment: A Guide for Physicians / A.I. Sinopalnikov, R.S. Kozlov // Voen.-med. journal. Suppl. – М.: Ltd. «Publishing House» M-News, 2008. – Vol.329. – 272 p.
15. Синопальников А. И. Анализ состояния пульмонологической помощи в Вооружённых Силах и пути её улучшения / А. И. Синопальников, А. А. Зайцев // Воен.-мед. журн. – 2008. – Т. 329, № 8. – С. 31 – 40.
16. Sinopalnikov A.I. Analysis of the pulmonary care state in the Armed Forces and ways of improving / A.I. Sinopalnikov, A.A. Zaitsev // Voen.-med. journal. – 2008. – Vol. 329. – № 8. – P. 31 – 40.
17. Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с неспецифическими заболеваниями лёгких: приказ МЗ РФ от 9. 10. 1998 г, № 300 // Библиотека журнала «Качество медицинской помощи». – М.: Грантъ, 1999. – № 1. – 40 с.
18. Standards (protocols) of diagnosis and treatment of patients with nonspecific lung diseases: an order of the Russian Ministry of Health 9.10.1998 № 300 // (Library Journal, «Quality of medical care». – М.: Grant, 1999, № 1. – 40 p.

В.В. Епанов, Г.А. Пальшин, А.А. Епанова, А.Н. Комиссаров, П.В. Марков, О.В. Кюндяйцева, С.С. Стручкова

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА И РОЛЬ ВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ГОНАРТРОЗЕ В г. ЯКУТСКЕ

УДК 611.728.3: 616 – 079.7

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении с 2009 по 2010 г., которым было проведено артроскопическое вмешательство при застарелых повреждениях менисков коленного сустава. МРТ-диагностика при повреждениях коленного сустава является одним из достоверных методов. Качество жизни в послеоперационном периоде с посттравматическими артрозами ниже, чем у пациентов без изменения суставной поверхности.

Ключевые слова: МР-диагностика коленного сустава, артроскопия коленного сустава, артроз коленного сустава.

A retrospective analysis of case histories of 41 patients hospitalized from 2009 to 2010, undergone arthroscopic intervention for chronic meniscus injuries of the knee joint, was reported. MRI diagnosis of lesions in the knee joint is one of the reliable methods. Quality of life in the postoperative period with post-traumatic arthrosis is lower than in patients without changes in the articular surface.

Keywords: MRI diagnosis of knee, knee arthroscopy, knee arthrosis.

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова: **ЕПАНОВ Виктор Владимирович** – к.м.н., доцент, orthos.med@rambler.ru, **ПАЛЬШИН Геннадий Анатольевич** – д.м.н., проф., зам. директора по НИР, palgasv@mail.ru, **ЕПАНОВА Анастасия Александровна** – к.м.н., доцент, **КЮНДЯЙЦЕВА Ольга Васильевна** – студентка 6 курса, Kundyay89@yandex.ru, **СТРУЧКОВА Сардана Семеновна** – студентка 6 курса, shardane1988@mail.ru; **КОМИССАРОВ Анатолий Николаевич** – к.м.н., зав. отделением ТОО РБ №2-ЦЭМП; **МАРКОВ Петр Валентинович** – к.м.н., врач травматолог-ортопед ТОО РБ №2-ЦЭМП.

Введение. Травматические повреждения коленного сустава являются одной из наиболее часто встречающейся патологией, которая вызывает сложности в диагностике и предоперационном планировании. При этом повреждения мягкотканых образований (связочно-капсульного аппарата, менисков и суставного гиалинового хряща), которые зачастую требуют оперативного вмешательства, составляют до 85% всех травм коленного сустава.

Выявляемая при осмотре клиническая картина часто не соответствует истинному объему повреждений. Так, по разным данным точность диагностики повреждений структур коленного сустава при физикальном осмотре колеблется в пределах 33-96% [6,7]. В связи с этим возросла потребность в неинвазивных точных методах лучевой диагностики повреждений крупных суставов. Эффективность магнитно-резонансной томографии (МРТ) коленного сустава

позволяет с точностью от 79 до 100% оценить степень повреждения, сократить сроки постановки диагноза и тем самым увеличить эффективность лечения травматических повреждений коленного сустава [3]. В то же время зачастую травматологи-ортопеды сталкиваются со значительными расхождениями предоперационного диагноза (по данным МРТ) и артроскопической картины.

Преимущества МРТ – возможность получить изображение мениска в нескольких плоскостях и отсутствие ионизирующего излучения. К недостаткам МРТ относятся дороговизна и возможность неверной трактовки изменений с вытекающими дополнительными исследованиями [1,4]. Нормальный мениск при всех импульсных последовательностях дает слабый однородный сигнал.

Для диагностики разрыва можно ориентироваться и на форму мениска. Обычно на снимках в сагитальной плоскости мениск имеет форму бабочки. Любая другая форма может быть признаком разрыва. Признаком разрыва служит и симптом «двойная задняя крестообразная связка» (или «третья крестообразная связка»), когда в результате смещения мениск оказывается в межмыщелковой ямке бедренной кости и прилежит к задней крестообразной связке.

Основной признак разрыва мениска – боль в коленном суставе, возникающая или усиливающаяся при определенном движении. Выраженность боли зависит от места, в котором произошел разрыв мениска (тело, задний рог, передний рог мениска), размера разрыва, времени, прошедшего с момента травмы [2].

Дегенеративный разрыв может произойти ночью, когда человек спит, и проявиться болью утром, при вставании с постели. Часто дегенеративные разрывы происходят и при вставании с низкого кресла.

Цель исследования – определить роль визуальных методов исследования в диагностике повреждений менисков и посттравматического гонартроза.

Задачи:

1. Изучить достоверность результатов МРТ диагностики и данные артроскопии.
2. Изучить отдаленные результаты артроскопического вмешательства при повреждении менисков коленного сустава.
3. Изучить отдаленные результаты

лечения хондропротекторами у больных с посттравматическим гонартрозом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 41 пациента, находившихся на стационарном лечении в травматолого-ортопедическом отделении РБ №2 ЦЭМП с 2009 по 2010 г., которым было проведено артроскопическое вмешательство при застарелых повреждениях менисков коленного сустава. Средний возраст пациентов составил $38 \pm$ лет. Преобладали лица трудоспособного возраста. Женщин было 18 (44%), мужчин – 23 (56%).

МРТ-исследование коленного сустава (рис.1- 2) проведено в предоперационном периоде у 30 (73,2%) пациентов. У 11 (27%) пациентов диагноз установлен при физикальном обследовании.

Проведен анализ заключений МРТ-исследования коленного сустава и

протоколов артроскопического вмешательства у 41 пациента.

У 21 пациента не удалось проследить отдаленные результаты из-за смены мест жительства. Исследуемые пациенты разделены на две группы: 1 группа (n-10) – без изменения суставной поверхности, 2 группа (n-10) – с изменением суставной поверхности (артроз коленного сустава). Для оценки отдаленных результатов проведено анкетирование пациентов 1-й и 2-й групп с помощью анкеты SF-36 (Ware J.E., 1992), было изучено качество жизни пациентов. Опросник SF-36 был создан для того, чтобы удовлетворить минимальные психометрические стандарты, необходимые для групповых сравнений. Методика предназначена для изучения всех компонентов качества жизни. Включает следующие шкалы: 1 – физическое функционирование (PF), 2 – ролевое (физическое) функционирование (RP), 3 – боль (P), 4

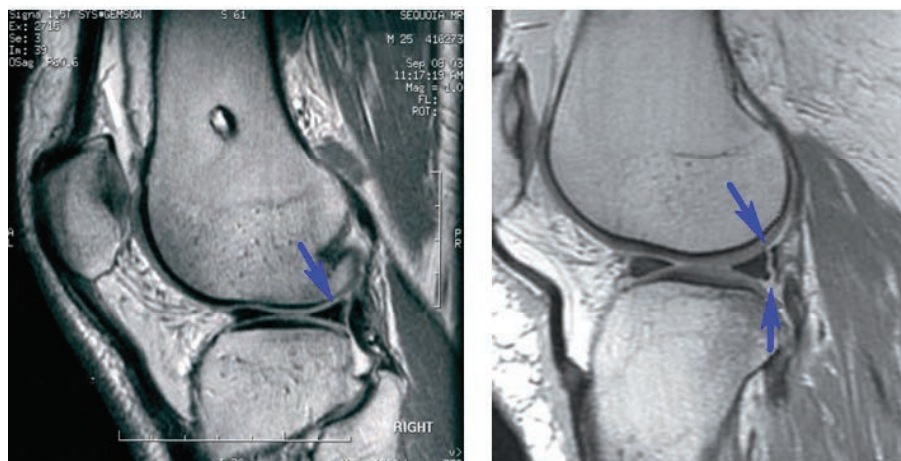


Рис.1. Магнитно-резонансная томография. Слева – нормальный неповрежденный мениск (синяя стрелка). Справа – разрыв заднего рога мениска (две синие стрелки)

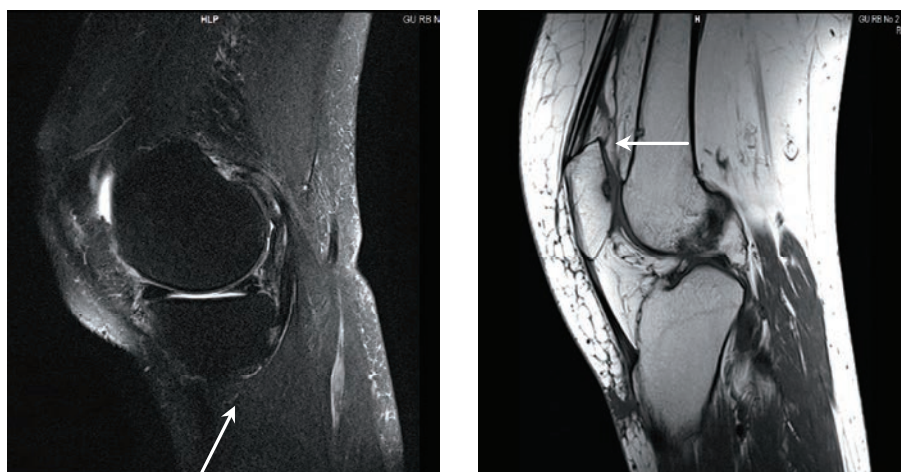


Рис.2. Магнитно-резонансная томография. Слева – разрыв заднего рога мениска. Справа – участок субхондрального некроза по задней поверхности надколенника, диаметром до 0,5 см.

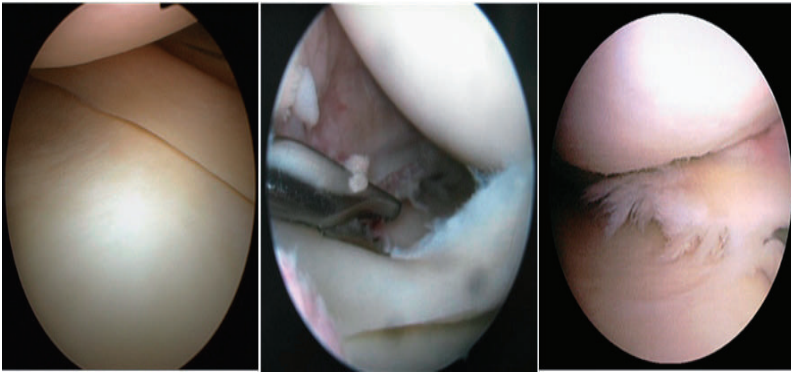


Рис.3. При артроскопическом вмешательстве слева – травматический разрыв мениска (края мениска ровные, мениск не разволокнен), справа – дегенеративный разрыв мениска (края мениска разволокнены)

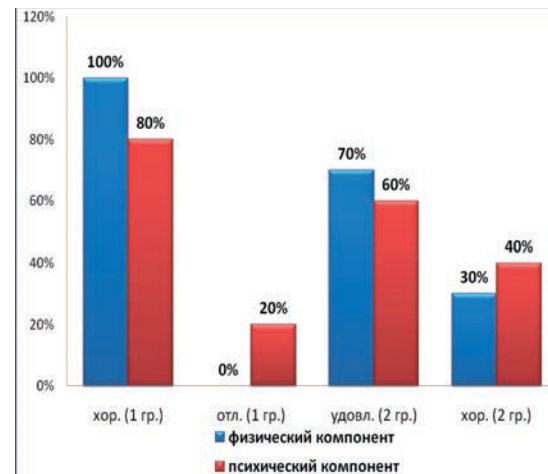


Рис.4. Результаты опросника SF-36

– общее здоровье (GH), 5 – жизнеспособность (VT), 6 – социальное функционирование (SF), 7 – эмоциональное функционирование (RE), 8 – психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы).

В послеоперационном периоде всем пациентам назначены производные гиалуроновой кислоты.

Результаты и обсуждение. У 30 пациентов по данным МРТ в 28 (90%) случаях было выявлено повреждение менисков.

У 2 (10%) пациентов по данным МРТ были выявлены дегенеративно-дистрофические изменения менисков, а при артроскопическом вмешательстве этих же больных был обнаружен разрыв мениска (рис. 3).

Признаки посттравматического гонартроза (изменение суставной поверхности) выявлены при артроскопии у 11 (36,7%) пациентов, которые не обнаружены при МРТ-диагностике.

После артроскопической резекции менисков коленного сустава всем пациентам рекомендованы хондропротекторы. 10% пациентов 1 группы (n - 1) не получали лечения, 80 (n - 8) – получали одномоментное введение хондропротекторов, 10% (n - 1) проводили курсы лечения. Из 2-й группы хондропротекторы получали курсами 30% пациентов (n - 3), а 70% (n - 7) получали одномоментное введение хондропротекторов.

Анализ оценки качества жизни пациентов проводился по двум компонентам: физический и психический. Результаты опросника оценивались по следующим показателям: 0-25% –

неудовлетворительный, 26-50 – удовлетворительный, 51-75 – хороший, 76-100% – отличный. При заполнения опросника пациентами 1-й группы на физический компонент пришлось 100% (хорошо), на психический компонент – 80 (хорошо) и 20% (отлично); из 2-й группы на физический компонент пришлось 30 (хорошо) и 70% (удовлетворительно), на психический – 40 (хорошо) и 60% (удовлетворительно) (рис. 4).

Следует отметить, что показатели качества жизни по физическому компоненту у 30% (n - 3) пациентов 2-й группы, получающих лечение хондропротекторами курсами, были выше, чем у остальных 70 % (n - 7) пациентов.

Таким образом, МРТ-диагностика при повреждениях коленного сустава является одним из достоверных методов. Качество жизни в послеоперационном периоде с посттравматическими артрозами ниже, чем у пациентов без изменения суставной поверхности, так как болевой синдром сохраняется в отдаленных результатах.

Выводы:

1. МРТ-диагностика в 90% (n - 28) случаев позволила достоверно оценить повреждение менисков. В 36,7% (n - 11) случаев не выявила признаков посттравматического гонартроза.

2. Показатели качества жизни после артроскопического вмешательства у пациентов 1 группы были выше по физическому компоненту на 40%, по психическому – на 20%, чем у пациентов 2-й группы.

3. У 30% пациентов с посттравматическим гонартрозом, получающих лечение хондропротекторами, показатели качества жизни были выше, чем у остальных 70% пациентов.

Литература

1. Абдулова А.У. Магнитно-резонансная томография в диагностике повреждений менисков и крестообразных связок коленного сустава / А.У. Абдулова // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - М., 2007. - №1. - С 34 - 36.
2. Абдулова А.У. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of meniscus injury and cruciate ligaments of the knee joint / A.U. Abdurlova // Journal of Traumatology and Orthopedics named after N. Priorov. - М., 2007. - № 1. - P. 34 - 36.
3. Лисицын М.П. Артроскопическая диагностика и лечение острых и хронических повреждений капсульно – связочных структур коленного сустава у спортсменов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.П. Лисицын. - М., 1996. - 25 с.
4. Лисицын М.П. Arthroscopic diagnosis and treatment of acute and chronic damage to the capsule - ligamentous structures of the knee in athletes: PhD (med.) diss. / M.P. Lisitsyn. - М., 1996. - 25 p.
5. Морозов С.П. Магнитно-резонансной томографии в диагностике повреждений коленного и плечевого суставов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С.П. Морозов - М., 2010. - 41 с.
6. Морозов С.П. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of injuries of the knee and shoulder joints: MD diss. / S.P. Morozov. - М., 2010. - 41 p.
7. Роль высокопольной магнитно-резонансной томографии и ультразвукового исследования в диагностике травм коленного сустава. / Н.А. Еськин [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - М., 2010. - №4. - С 44 - 48.
8. Role of high-field magnetic resonance imaging and ultrasound in the diagnosis of injuries of the knee / N.A. Eskin [et al.] // Journal of Traumatology and Orthopedics named after N. Priorov. - 2010. - № 4. - P. 44 - 48.
9. Трачук А.П. Основы диагностической артроскопии коленного сустава / А.П. Трачук, В.М. Шаповалов, Р.М. Тихонов - СПб., 2000. - 85 с.
10. Trachuk A.P. Fundamentals of diagnostic arthroscopy of the knee / A.P. Trachuk, V.M. Shapovalov, P.M. Tikhonov. - SPb., 2000. - 85 p.
11. Nevsimal L. Clinical examination of menisci in the era of arthroscopy / L. Nevsimal, M. Skotak, P. Mika, J. Behounek // Acta Chir Orthop Traumatol Cech. - 69(2) - 2002. - P.88-94.
12. Yawn B.P. Isolated acute knee injuries in the general population / B.P. Yawn, P. Amadio, W.S. Harmsen, J. Hill, D. Ilstrup, S. Gabriel // J Trauma. - 48(4) - 2000. - P. 19-23.

М.Ю. Ежов

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЛЮСНЕФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ

УДК: 617.586-007.5-089.85

Проведен анализ лечения 122 больных с дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов стопы с целью оценки эффективности лечения пациентов новыми, в том числе, высокотехнологичными методами. Отмечено, что хорошие и отличные исходы у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями плюснефаланговых суставов были достигнуты в 90,74% наблюдений. Дифференцированный подход к выбору хирургического лечения переднего отдела стопы в специализированном стационаре позволяет исключить необоснованные операции, а следовательно, и осложнения и повысить эффективность лечения.

Ключевые слова: плюснефаланговые суставы, эндопротезирование, остеотомии.

The treatment of patients with degenerative-dystrophic lesions of the foot joints in order to assess the effectiveness of treatment of patients with new, including the high-tech methods, was analyzed. It was noted that good and excellent outcomes in patients with degenerative-dystrophic diseases of the metatarsophalangeal joints were achieved in 90.74% of cases. Differentiated approach to the choice of surgical treatment of the forefoot in a specialized hospital allows to avoid unwarranted operations, and hence the complications and improve efficiency.

Keywords: metatarsophalangeal joints, joint replacement, osteotomies.

Патология стопы весьма разнообразна. К дегенеративно-дистрофическим поражениям переднего отдела относятся многие заболевания, в том числе статические: поперечное плоскостопие, hallux valgus, hallux rigidus, hallux varus, деформирующий остеоартроз различной этиологии (диспластический, посттравматический, подагрический, постинфекционный, ятрогенный), молоткообразная деформация пальцев стопы, метатарзалгия, болезнь Мортон. Следует подчеркнуть, что каждое из этих заболеваний развивается не изолированно, а сопровождается изменениями в других суставах стопы.

Несмотря на обилие предложенных методик лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний стопы [1, 2, 4, 5] и подробное изучение ее анатомических особенностей [3], количество неудовлетворительных результатов лечения порой превышает 50% случаев.

Цель исследования: оценка эффективности лечения пациентов новыми, в том числе, высокотехнологичными методами.

Материал и методы. Из 122 пациентов, находившихся под нашим наблюдением, 14 имели деформирующий остеоартроз первого плюснефалангового сустава 3 ст., (9 – диспластический, 3 – посттравматический, 1 – ятрогенный, 1 – подагрический). У 108 больных дегенеративно-дистрофические поражения сопро-

вождались молоткообразной деформацией пальцев стопы, из них у 88 больных была отмечена деформация II пальца, у 10 – II-III пальцев, у троих – деформация затрагивала II-V пальцы с вывихом II пальца, у двух пациентов был отмечен выраженный остеопороз в сочетании с метатарзалгией, у пяти – выраженная метатарзалгия.

Всем пациентам выполнены различные операции в зависимости от характера заболевания.

Пациентам (52) с молоткообразной деформацией второго и третьего пальцев и выраженной сгибательной контрактурой выполнена резекция основания проксимальной фаланги с последующей трансартикулярной фиксацией спицей. Двум пациентам с нефиксированной деформацией (без выраженной контрактуры) выполнена аналогичная операция, но с аллопластикой резецированной фаланги деминерализованным костным аллотрансплантатом с целью восстановления сочленяющихся суставных поверхностей, создания конгруентности и биостимулирующего воздействия.

Сегментарная резекция диафиза основной фаланги с последующим остеосинтезом спицей выполнена 44 пациентам при отсутствии выраженной контрактуры в плюснефаланговом суставе. Эта операция обеспечивает сохранение суставных тканей.

Трем пациентам с деформацией всех пальцев (вывих, сгибательная контрактура второго пальца, нефиксированная молоткообразная деформация III-V пальцев) выполнена резекция основания основной фаланги второго пальца, вправление вывиха, редрессация III-V плюснефаланговых суставов,

удлиняющая тенопластика сгибателей III-V пальцев, фиксация спицами.

Двум пациентам с выраженным остеопорозом и метатарзалгией было невозможно осуществить стандартную реконструкцию оси пальцев в связи с чрезвычайной хрупкостью костной ткани. Головки плюсневых костей макроскопически были подобны сахару, имели выраженные остеофиты на подошвенной поверхности. В связи с этим было решено резецировать головки, устранив тем самым причину болей.

Пятерым пациентам с выраженной метатарзалгией выполнена капсулотомия II-III плюснефаланговых суставов, краевая моделирующая резекция головок плюсневых костей. Этим приемом были устранены выраженные остеофиты, оказывающие значительное давление на подошву стопы и вызывающие резкие боли (рис. 1).

С целью формирования арки поперечного свода стопы (нормальное существование которого подтверждено компьютерными томограммами здоровых добровольцев) двум пациентам выполнена корригирующая остеотомия проксимального метаэпифиза второй плюсневой кости с дорсальным основанием резецируемого клина (рис. 2). После тыльной флексии дистального фрагмента плюсневой кости и мануальной коррекции поперечного свода осуществлялся остеосинтез винтом. Область головки плюсневой кости смещали к тылу, освобождая от повышенного давления подошвенную поверхность стопы, создавая поперечный свод стопы.

По поводу дегенеративно-дистрофического поражения первого плюс-