

ВРАЧ

ежемесячный научно-практический и публицистический журнал

Издается с мая 1990 года

№ 7

XIX век



XX век



XXI век



Авторитет и традиции — из века в век

- Неалкогольная жировая болезнь печени
- Профессиональные поражения органа зрения
- Противовоспалительная терапия при остеоартрозе: поиски оптимального пути
- Цитосберегающая ультразвуковая липосакция
- Коморбидность и полипрагмазия
- Противовирусная терапия у трудных пациентов с HCV-инфекцией
- Влияние кровопотери на микроциркуляцию
- Качество жизни у больных хроническими заболеваниями кожи

В

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ
ДОМ
«РУССКИЙ ВРАЧ»

www.rusvrach.ru

ИЮЛЬ

2017

12. Бородулина Е.В. Вегетативная дисрегуляция при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2003; с. 156.

13. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Рецидив острых гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2003; 7: 42–3.

14. Ермолов А.С., Пахомова Г.В., Утешев Н.С. и др. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии как проблема современной хирургии. Организационные, диагностические и лечебные проблемы неотложных состояний. Т. 1 / М., Омск, 2000; с. 164–72.

IMPACT OF BLOOD LOSS ON MICROCIRCULATION

Professor **E. Lipnitsky, MD; M. Gasanov**

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)

The hemodynamics in the microcirculatory bed (MCB) as a response to blood loss was studied at the clinical bases of the Department of Surgery, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, together with the staff of the State Research Center of the Russian Federation the Institute of Biomedical Problems, Russian Academy of Sciences. The studies were conducted in 66 donors aged 21 to 42 years. MCB blood flow parameters measured by Doppler ultrasound were recorded and analyzed.

The body's response to decreased circulating blood volume in the vascular bed was universal and identical in both healthy individuals and patients.

Key words: surgery, blood loss, microcirculation, blood flow parameters.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

- Мультидисциплинарный подход к оказанию помощи больным с сочетанной травмой
- Неотложная хирургия при сочетанной травме: абдоминальная и торакальная травма
- Командное взаимодействие травматолога и анестезиолога-реаниматолога
- Повреждения таза и вертлужной впадины
- Изолированные и множественные повреждения конечностей и их последствия
- Современное применение технологий наружной фиксации
- Заболевания и повреждения суставов
- Травматология и ортопедия пожилого возраста
- Особенности диагностики повреждений у больных с сочетанной травмой
- Непрерывное обучение в травматологии, ортопедии: от студента к специалисту

МЕЖДУНАРОДНАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ

ТРАВМА
2017
TRAUMA

INTERNATIONAL
CONFERENCE

ТРАВМА 2017:
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

МОСКВА
3-4 НОЯБРЯ 2017 ГОДА
КРОКУС ЭКСПО

WWW.2017.TRAUMA.PRO

СЕКРЕТАРИАТ

117049, Москва, Ленинский пр-д, д. 8, корп. 7, ГКБ №1
Коробушкин Плеб Владимирович
телефон: +7 (495) 952-54-61
электронная почта: traumaRSMU@gmail.com



ТЕХНИЧЕСКИЙ ОРГАНИЗАТОР

Eventarium

телефон: +7 (926) 965-25-05
электронная почта: mail@eventarium.pro

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

А. Лубенец

Первая городская больница им. Н.И. Пирогова, Севастополь

E-mail: lubenets79@mail.ru

Оценивается степень коррекции расстройств репаративной регенерации при использовании комбинированного препарата Остеомед Форте у пациентов старшей возрастной группы с повреждениями проксимального отдела бедренной кости.

Ключевые слова: травматология и ортопедия, пациенты старшей возрастной группы, остеопороз, расстройства репаративной регенерации, Остеомед Форте.

Проблема лечения повреждений проксимального отдела бедренной кости по-прежнему актуальна. Практически у всех пациентов пожилого и старческого возраста такие переломы являются клиническим маркером остеопороза (ОП) и связанных с ним нарушений репаративной регенерации. При травматическом повреждении одной из костей скелета развивается системный остеопенический синдром, т.е. на перелом отдельной кости реагирует костная система в целом, а не только поврежденный сегмент скелета [1, 2], с чем связана необходимость эффективной коррекции остеопении при травмах.

На сегодня один из самых эффективных методов лечения переломов проксимального отдела бедренной кости — хирургический. Восстановление бедренной кости с применением разных методов остеосинтеза, адекватное послеоперационное и восстановительное лечение позволяют существенно уменьшить общий срок лечения и улучшить функциональный исход.

В отдельных случаях мы продолжаем использовать консервативный метод, несмотря на его недостатки (увеличение срока пребывания больного в стационаре и длительный реабилитационный период). При консервативном лечении отмечаются также осложнения, связанные с вынужденной гиподинамией: разнообразные остаточные деформации бедренной кости; усугубление ОП; контрактуры тазобедренного и смежных суставов нижней конечности разной выраженности.

ОП представляет собой неблагоприятный фон у таких больных [3]. Резкое снижение или отсутствие нагрузки на травмированную конечность как в до-, так и в послеоперационном периоде усугубляет явления регионарного ОП и ухудшает репаративную регенерацию в зоне повреждения. Разнообразие техник хирургического лечения при таких переломах и наличие большого числа различных имплантатов не исключают осложнений (замедленное сращение переломов, образование ложного сустава, миграция металлоконструкций и т.д.) [3]. У больных с остеопеническими

III КОНКУРС НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ РАБОТ. ОБЩАЯ СУММА ГРАНТОВ — 1 000 000 РУБ.

Компания «ПАРАФАРМ» приглашает специалистов принять участие в конкурсе
**На лучшую научно-практическую работу по применению препаратов
Остеомед, Остеомед Форте, Osteo-Вит D3 в медицинской, спортивной и реабилитационной практиках.**

**В рамках конкурса выделяется 20 грантов по 50 000 руб. участникам,
темы исследований которых наиболее перспективны.**

ЦЕЛИ КОНКУРСА:

- 1** Развитие научных исследований по применению в медицинской практике препаратов Остеомед, Остеомед Форте, Osteo-Вит D3 при видах патологии обусловленных дефицитом витамина D, кальция, а также возрастом.
- 2** Поддержка ученых и врачей, проводящих исследования и применяющих препараты Остеомед, Остеомед Форте, Osteo-Вит D3 в профессиональной практике.

К участию в конкурсе приглашаются ученые и врачи-практики России и стран СНГ, работающие в разных областях клинической медицины. Принимаются как индивидуальные, так и коллективно выполненные работы, посвященные исследованию и практическому применению препаратов Остеомед, Остеомед Форте, Osteo-Вит D3 в травматологии, ортопедии, стоматологии, ревматологии, педиатрии, эндокринологии, гинекологии, спортивной медицине и других областях клинической медицины.

ЗАЯВКИ НА ГРАНТ ПРИНИМАЮТСЯ С 1 МАЯ ПО 1 ДЕКАБРЯ 2017 Г.

Премии победителям конкурса:

1-е – 3000 \$

2-е – 2 премии по 2000 \$

3-е – 3 премии по 1000 \$

Срок подачи заявок на конкурс – до 1 сентября 2018 г.

Лучшие работы будут направлены для публикации в ведущих рецензируемых журналах: «Врач», «Фармация». Каждому участнику конкурса бесплатно предоставляется изданный сборник работ.

Требования к оформлению представляемых на конкурс работ:

1. Фамилия, имя и отчество автора (соавторов).
2. Название работы (например: «Болевой синдром при артрозах и его динамика при использовании Osteo-Вит D3). Указать: «На конкурс», наименование учреждения, адрес, телефон, электронную почту.
3. Введение (актуальность работы).
4. Цель работы.
5. Материал и методы исследования.
6. Результаты исследования и их обсуждение.
7. Резюме и выводы.
8. Список литературы (не более 5 — 7 источников).

Работы направляются конкурсной комиссии по адресу:
440023, Пенза, ул. Пархоменко, 6, «ПАРАФАРМ», с пометкой «Конкурс», или по электронной почте: dge117@mail.ru

Дополнительную информацию об условиях конкурса можно получить по телефону: 8 (902) 343-23-83
E-mail: dge117@mail.ru Сайты: OSTEOMED.SU, OSTEO-VIT.RU Телефон бесплатной линии: 8 (800) 200-58-98
Информационный партнер конкурса — журнал «Врач»

изменениями костной ткани – а это практически все пациенты старческого возраста – для оптимизации процессов консолидации костной ткани и лечения ОП очень важна своевременная коррекция расстройств репаративного остеогенеза [3, 4]. Основные задачи при лечении таких больных – их скорейшая активизация, оптимизация консолидации переломов, профилактика расстройств репаративного остеогенеза.

Нами проанализированы результаты лечения больных старшей возрастной группы разными методами и оценена степень коррекции расстройств репаративной регенерации с применением комбинированного препарата Остеомед Форте.

При хирургическом лечении повреждений бедренной кости используют адекватные повреждению металлоконструкции. Надежность фиксации отломков зависит от структуры костной ткани и типа повреждения. И если в острый период травмы на качество кости и геометрию излома отломков хирург повлиять не может, то репозиция отломков, выбор имплантата и корректное расположение фиксатора полностью зависят от него. Проводимая в послеоперационном периоде коррекция репаративной регенерации препаратами кальция может в значительной мере нивелировать исходно плохое качество костной ткани у пациентов старшей возрастной группы [4].

Мы проанализировали по историям болезни результаты терапии 98 пациентов (мужчин – 24, женщин – 74; возраст – от 59 до 89 лет), находившихся на лечении в городском ортопедо-травматологическом отделении в связи с изолированными переломами проксимального отдела бедренной кости в период с 2015 по 2017 г. Превалировал (91% случаев) низкоэнергетический механизм травмы. Пациентов 1-й группы (n=80) лечили оперативным путем, 2-й (n=18) – консервативно. Больные обеих групп получали препарат Остеомед Форте для коррекции остеопенического синдрома и нивелирования расстройств репаративной регенерации.

За контроль приняли результаты ретроспективного анализа историй болезни и амбулаторных карт пациентов с подобными повреждениями проксимального отдела бедренной кости; эти больные пролечены ранее консервативно и хирургически и не получали в процессе лечения препараты кальция. Кроме того, результаты лечения пациентов обеих групп сравнивали с приведенными в литературе сведениями о сроках консолидации отломков проксимального отдела бедренной кости.

При невозможности применить хирургическое или выbranное по показаниям консервативное лечение пациентов с повреждениями вертельной зоны лечили методом постоянного скелетного вытяжения.

В 1-й группе оперативное лечение применяли сразу после стабилизации общего состояния и коррекции соматической патологии (в среднем в срок от 2 до 19 сут после травмы). У больных с переломами шейки бедра в возрасте от 59 до 65 лет при отсутствии признаков выраженного ОП применяли остеосинтез. Для предоперационного планирования использовали классификации Гарден и Пауэлс [6] и универсальную классификацию переломов АО [6, 7]. Повреждения вертельной зоны также классифицировали по системе АО.

Согласно классификации АО, переломы вертельной зоны типов А1 и А2.1 относили к стабильным, а А2.2, А2.3 и всю группу переломов А3 – к нестабильным. Фиксатор подбирали в соответствии с типом повреждения. Использовали канюлированные спонгиозные винты, фиксаторы DHS,

проксимальные бедренные штифты PFN-A. При стабильных повреждениях применяли фиксаторы DHS, при нестабильных – интрамедуллярные блокированные штифты PFN-A. ОП оценивали по данным рентгенографии с определением индекса Сингха [5, 8], так как денситометрическая оценка у больных, находящихся в стационаре, технически невозможна.

Системный и регионарный ОП отмечен у больных обеих групп. Пациенты получали препарат Остеомед Форте (компания ООО «Парафарм», Пенза) по 2 таблетки 2 раза в день на протяжении не менее 60 дней. В 1-й группе этапные осмотры и рентгеновский контроль проводили через 1, 2, 3 и 6 мес с момента оперативного вмешательства, во 2-й группе – через 1, 2, 3 и 6 мес с момента травмы. Оценивали также уровень кальция в сыворотке крови при поступлении в стационар и через 2 мес после травмы.

Полученные цифровые данные обрабатывали методами вариационной статистики с использованием пакета программ Statistica 5.11 for Windows. Для оценки результатов лечения в отдаленные сроки использовали шкалу Харриса, для оценки боли – визуальную аналоговую шкалу. Выполняли рентгенографию таза с захватом обоих тазобедренных суставов и по данным рентгенографии определяли степень выраженности ОП на поврежденной и интактной стороне, а также степень консолидации зоны перелома, индекс Сингха [6], по которому судили о выраженности регионарного ОП. Кроме того, сравнивали сроки консолидации отломков у пациентов со средними статистическими.

У 70% больных обеих групп при поступлении в стационар определялись повышенный индекс Сингха и проявления регионарного ОП, а содержание кальция в сыворотке крови было снижено до субнормальных значений – в среднем в 1-й и 2-й группах – соответственно 2,10 и 2,15 ммоль/л.

Алиментарный дефицит кальция – один из факторов риска развития ОП и нарушений репаративной регенерации у лиц пожилого и старческого возраста. Прием препарата Остеомед Форте в дозе 2 таблетки 2 раза в день компенсирует дефицит кальция в организме, корректирует механизм ремоделирования кости и формирующегося регенерата. В клинике оптимизация регенерации кости и ремоделирования проявляются приближением срока консолидации переломов у лиц старческого возраста к норме при данной нозологии, увеличением объема и массы компактной и губчатой костной ткани, что способствует адекватной фиксации имплантатов.

При оперативном лечении пациентов, у которых оно сочеталось с коррекцией дефицита кальция препаратом Остеомед Форте, консолидация отломков происходила в сроки меньше среднестатистических на 20 дней и в среднем на 17 дней достоверно меньше, чем в контрольной группе.

При использовании фиксаторов DHS хорошие и удовлетворительные результаты получены у 89% пациентов, лечившихся по данной методике, при интрамедуллярном остеосинтезе – у 92%; при остеосинтезе винтами хорошие отдаленные результаты и консолидацию отломков наблюдали у 68% пациентов. Средний срок лечения во 2-й группе был меньше среднестатистического на 15 дней.

После приема препарата Остеомед Форте через 2 мес наблюдалась нормализация концентрации кальция в сыворотке крови, в среднем она составила в 1-й и 2-й группах соответственно 2,30 и 2,38 ммоль/л.

К 60-му дню лечения степень нивелирования отклонений от нормы уровня кальция в сыворотке крови у больных, полу-

чавших Остеомед Форте, была максимальной и большей, чем в контроле. Следует отметить также, что сниженный уровень кальция в сыворотке крови регистрировался у лиц, принимающих Остеомед Форте, на протяжении меньшего периода, чем у пациентов, не принимавших препарат.

Сокращение срока консолидации отломков у пациентов, принимавших Остеомед Форте, в среднем на 15–20 дней по сравнению со среднестатистическим и показателем контрольной группы показывает, что препарат Остеомед Форте способствует репаративной регенерации переломов бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста и стимулирует процесс консолидации отломков [4, 5, 9, 10]. Сравнительно быстрая коррекция уровня кальция в сыворотке крови у больных с системным остеопеническим синдромом к 60-му дню приема препарата Остеомед Форте до 2,30–2,38 ммоль/л указывает также на эффективность препарата и его высокую биодоступность.

Таким образом, препарат Остеомед Форте – эффективное средство терапии состояний, связанных с дефицитом кальция и ОП у лиц пожилого и старческого возраста. Снижение сроков лечения позволяет пациентам раньше вернуться к обычной жизни, что чрезвычайно важно для лиц старшей возрастной группы.

Остеомед Форте использовался у пациентов с повреждениями проксимального отдела бедренной кости как эффективное лекарственное средство, ускоряющее социальную реабилитацию больных. Препарат особенно показан пожилым людям с системным остеопеническим синдромом и снижением уровня кальция в крови.

Литература

1. Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение. Монография. Акад. мед. наук Украины. Под ред. Н.А. Коржа / Х.: Золотые страницы, 2002; 648 с.
2. Cattermole H., Cook J., Fordham J. et al. Bone mineral changes during tibial fracture healing // Clin. Orthop. – 1997; 339: 190–6.
3. Ершова О.Б., Семенова О.В., Дегтярев А.А. Результаты проспективного изучения исходов переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста // Остеопороз и остеопатия. – 2000; 1: 9–12.
4. Колондаев А.Ф., Родионова С.С., Солод Э.И. Комбинированное лечение переломов шейки бедренной кости на фоне остеопороза // Рус. мед. журн. – 2004; 12 (24): 1388–92.
5. Дедов И.И., Рожинская Л.Я., Марова Е.И. Остеопороз: патогенез, диагностика, принципы профилактики и лечения / М., 1999; с. 60–4.
6. Гиршин С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии / М. 2004; с. 127.
7. Руди Т.П., Бакли Т.Е., Моран К.Т. АО – принципы лечения переломов / Германия, 2013; Т. 1: с. 176.
8. Смирнов, А.В. Рентгенологическая диагностика первичного остеопороза // Современная ревматология. – 2011; 1: 48.
9. Струков В.И., Катюшина Ю.Г., Филиппова О.В. Остеомед – эффективный регулятор минеральной плотности костей и закрытия полостных образований при лечении пресенильного и сенильного остеопороза // Поликлиника. – 2013; 1 (1): 90–1.
10. Струков В., Кислов А., Елистратов Д. и др. Персонализированный подход в терапии остеопороза у пожилых // Врач. – 2015; 6: 51–3.

TREATMENT OF PROXIMAL FEMUR INJURIES IN OLDER AGE GROUP PATIENTS

A. Lubenets

N.I. Pirogov First City Hospital, Sevastopol

The degree of correction of reparative regeneration disorders is estimated in the use of the combined drug Osteomed Forte in older age group patients with proximal femur injuries.

Key words: traumatology and orthopedics, older age group patients, osteoporosis, reparative regeneration disorders, Osteomed Forte.

МЕЗОДИЭНЦЕФАЛЬНАЯ МОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЛОССАЛГИИ

А. Юмашев,

А. Утюж, кандидат медицинских наук,

И. Нефедова

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

E-mail: umalex99@gmail.com

В статье дано теоретико-практическое обоснование применения метода мезодиэнцефальной модуляции при лечении глоссалгии с оценкой его результатов.

Ключевые слова: стоматология, неврология, глоссалгия, синдром жжения языка, мезодиэнцефальная модуляция, клинический эксперимент, ксеростомия, физиотерапия.

Глоссалгия (синонимы: синдром жжения языка, глоссодиния, глоссопироз, вегетоз языка) – полиэтиологическое заболевание ротовой полости, при котором болевой и (или) парестетический синдром лингвальной локализации сочетается с отсутствием визуально определяемых патологических изменений в области языка. Лечение больных с синдромом жжения языка – одна из актуальных проблем современной стоматологии и неврологии [1, 2, 6].

На смену прежним терапевтическим подходам, предусматривавшим преимущественно местную терапию глоссалгии, пришли современные методы, основанные на знании основных механизмов развития этого заболевания и комплексном его лечении.

Этиология и патогенез глоссалгии остаются малоизученными, хотя они очень важны для понимания природы заболевания и поиска эффективных терапевтических средств его лечения [3–5, 7, 8].

Один из ключевых механизмов формирования глоссалгии – стрессовой. Ранее нами было обнаружено высокое сродство механизма действия физиотерапевтической методики мезодиэнцефальной модуляции (МДМ) на про- и антистрессорные регуляторные комплексы [9–11], что послужило отправной точкой для предположения о возможной эффективности данного метода при глоссалгии.

Экспериментальная стадия исследования выполнена на базе профильного медицинского центра «МДМ centrum» (Москва), применяющего методику МДМ в системной терапии различных патологических состояний. Методика разработана на кафедре ортопедической стоматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (нами получен патент на изобретение РФ №2614209 «Способ физиотерапевтического лечения глоссалгии»). Сеансы МДМ-терапии проводили с использованием прибора «МДМ-2000/1». Осуществлялась импульсная стимуляция подкорково-стволовой (мезодиэнцефальной) области головного мозга токами с несущей частотой 10 000 Гц, модулированными в низкочастотном диапазоне от 20 до 100 Гц. Сила подаваемого тока составляла от 0,5 до 4 мА, длительность каждой процедуры – 30 мин. Лечебные