

3. Мищенко Н. Тревожные расстройства: прерогатива терапевтов или психиатров? // Здоров'я України. – 2006. – № 13–14 (146–147). – С. 1–3.
4. Подкорытов В. С., Серикова О. И. Пароксетин в терапии тревожных и депрессивных расстройств у соматических больных // Medicus Amicus. – 2006. – №1. – С. 8–9.

5. Сергеев И. И. Психотерапия невротических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т.5. – № 6. – С. 1–14.
6. Goddard AW, Mason GF, Almai A. et al. // Archives Gen Psychiatry 2001; 58: 556.



УДК 616.717.5+616.433] – 001 – 089.23 – 053.9

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Л. Ю. Науменко¹, А. А. Винник², О. В. Погребной³

¹ ДЗ «Днепропетровская государственная медицинская академия»

²Городская клиническая больница № 2, г. Днепропетровск

³Днепропетровский национальный университет

Резюме

Проведено порівнювальний аналіз лікування переломів дистального метаепіфіза променевої кістки з урахуванням інтенсивності травмуючого фактора. Вивчен вплив часу звернення за медичною допомогою на результати лікування. Визначено негативний вплив відкладеного звернення за кваліфікованою допомогою на результати лікування при низькоенергетичній травмі. Знайдена формула для встановлення межі значних розбіжностей у результатах лікування для х клінічних груп, які вивчаються, та підтверджено необхідність диференційованого підходу до лікування пацієнтів у залежності від інтенсивності травмуючого фактора. Використання раннього функціонального навантаження в умовах фіксації переломів дистального метаепіфіза променевої кістки функціональною шиною сприяє досягненню більш високих результатів лікування порівняно з традиційними методами лікування.

Ключові слова: променева кістка, перелом дистального метаепіфізу, інтенсивність травмуючого фактора, функціональний метод лікування, порівнювальний аналіз, старший вік.

Summary

The comparative analysis of treatment the damaged distal radius epimetaphysis with taking into account an intensity of traumatic factor was fulfilled. The influence of request period for medical help on the treatment results was investigated. The negative influence of postponed request for qualified help on the treatment results under trauma with low energy was revealed. The formula for determination of region of significant differences of treatment results for studied clinical groups was found. The necessity of differential approach to patient treatment in dependency on the intensity of traumatic factor was confirmed. The use of early functionality in conditions of fracture fixation by functional splint achieves better treatment results in comparison with traditional methods.

Key words: radius bone, fracture of distal radius epimetaphysis, intensity of traumatic factor, functional method of treatment, comparative analysis, aged patients.

После 50-летнего возраста каждая вторая женщина и каждый третий мужчина рискуют получить перелом на почве остеопении и остеопороза [13,14,16]. Среди этих травм немалая доля принадлежит повреждениям дистального метаэпифиза лучевой кости (ДМЭЛК) [1,13]. Так, в США их частота достигает 150–200 тысяч случаев в год [16]; до 20% пострадавших, поступающих в лечебные учреждения по поводу переломов, имеют травму данной локализации. Пострадавшие чаще всего представлены двумя возрастными группами – лица молодого возраста и лица старшего возраста [16]. При этом повреждения у людей старшего возраста, в большинстве случаев, вызваны травмирующим фактором малой интенсивности. По статистике эти повреждения у лиц старших возрастных групп имеют два возрастных пика: 60–64 года и 70–79 лет [3,10].

Большинство подходов к оценке результатов исходов лечения рассматриваемых повреждений характеризуется разнообразием критериев, что отчасти объясняется многообразием имеющихся смещений и отсутствием единых подходов.

Цель работы – провести сравнительный анализ результатов лечения пациентов с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости при травмах различной интенсивности.

Материалы и методы

Проведено лечение 128 пациентов с диагнозом перелом ДМЭЛК [6,9]. В процессе лечения использовались гипсовые повязки, аппараты внешней фиксации (АВФ), а также оригинальная методика, предполагающая замену гипсовой повязки функциональной шиной [6,12]. Преимуществом данного метода является возможность осуществления пассивных движений в лучезапястном суставе при стабильной иммобилизации отломков.

Все наблюдаемые пациенты разделены на две группы по признаку интенсивности травмирующего фактора. Первую группу составили пациенты, у которых повреждение ДМЭЛК вызвано низкоэнергетической травмой – 85 (66,41%) больных. К низкоэнергетической травме относили воздействие травмирующего фактора малой ин-

тенсивности, например, падение на кисть с небольшой высоты, резкая опора на кисть. Средний возраст пациентов составил 59,6 лет.

Во вторую группу вошли 43 (33,59%) пациента с повреждением ДМЭЛК в результате высокоэнергетической травмы. Высокоэнергетическая травма вызвана в 25 случаях падением с лестниц, 13 случаях – падением при занятиях спортом (лыжи, сноуборд, коньки). Средний возраст пациентов составил 47,9 лет.

Результаты лечения оценены у 115 (89,84%) больных: 78 (67,83%) больных 1-й группы и 37 (32,17%) больных 2-й группы. Распределение пациентов в зависимости от типа перелома [9] представлено на рис. 1.

Очевидно преобладающее количество пациентов с внесуставными и неполными внутрисуставными переломами.

Для оценки восстановления функции верхней конечности при повреждении ДМЭЛК мы выделили группу показателей, характеризующих различные аспекты функции кисти, как рабочего органа: внешний вид травмированной конечности, подвижность в суставах, отечность, сила кисти, состояние мышц кисти, боль в травмированной конечности, трудоспособность.

Оценка проводилась по 4-балльной шкале, где 4 баллам соответствовало полное восстановление функции, наименьшим количеством баллов (1 балл) оценивалась неудовлетворительная функция кисти [2,4]. Максимальная оценка результата составляет 28 баллов, минимальная – 7. Фактически результаты исследования варьировали от 11 до 28 баллов.

Результаты и их обсуждение

Хорошие результаты (восстановление объема движений в лучезапястном суставе 75% и более от нормы, отсутствие болевых ощущений при движениях, отсутствие деформации или деформация, не влияющая на функцию) получены у 75 человек (65,22%): 51 больной 1-й группы и 24 больных 2-й группы.

Осложнения отмечены у 26 больных: контрактуры пальцев кисти: у 3 (4,54%) пациентов в первой группе и у 8 (27,59%) во

второй группе. Легко выраженный вегето-дистрофический синдром наблюдался у 8 больных (6,25%): у 5 больных 1-й группы и 3 больных 2-й группы. Боль средней и выраженной интенсивности при движениях наблюдалась у 15 (22,72%) пациентов первой группы и у 11 (37,93%) пациентов второй группы.

Удовлетворительные результаты (незначительное ограничение движений, незначительная деформация) получены у 33

человек (28,7%): 22 больных 1-й группы и 11 больных 2-й группы.

Неудовлетворительные результаты (выраженная деформация, постоянные боли, резкое ограничение функции лучезапястного сустава и кисти, ослабление силы) отмечены у 7 больных (6,08%): 5 больных 1-й группы и 2 больных 2-й группы (табл. 1).

Положительные результаты при консервативном лечении составили 94,25%, при оперативном – 98,12%.

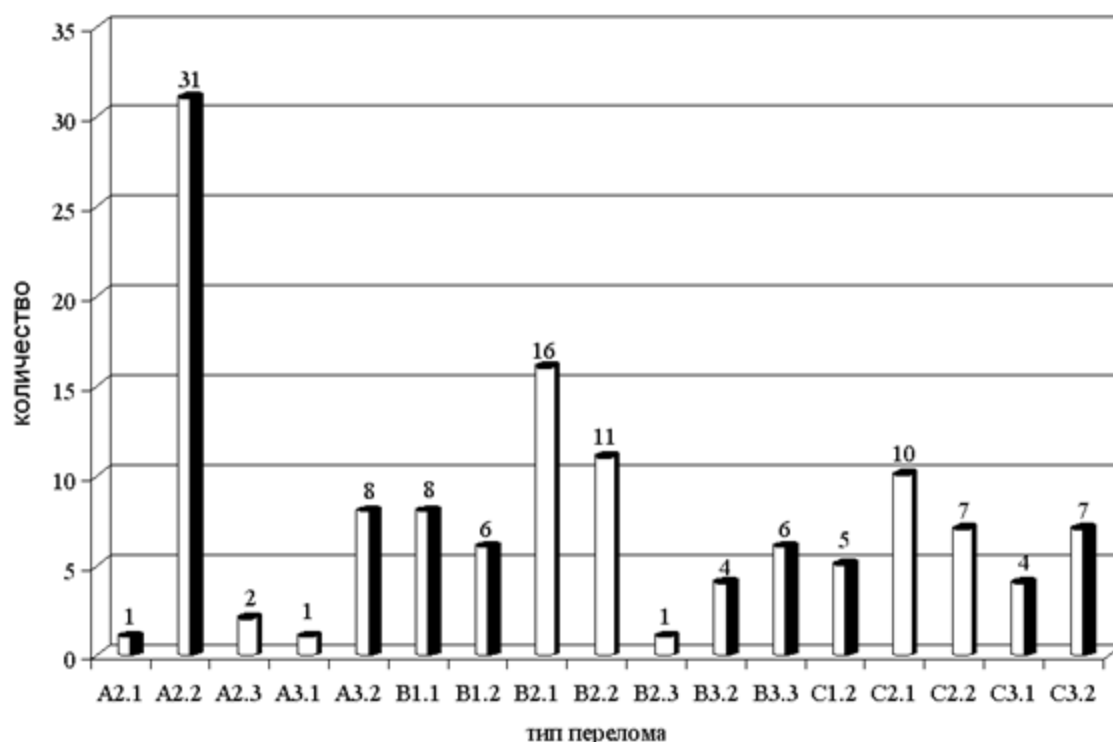


Рис. 1. Распределение количества всех пациентов в зависимости от типа перелома

Таблица 1

Результаты лечения больных с повреждением
дистального метаэпифиза лучевой кости

Группа Результат	1-я группа		2-я группа		Всего	
	количество пациентов	%	количество пациентов	%	количество пациентов	%
Хорошие	51	44,35	24	20,87	75	65,22
Удовлетворительные	22	19,13	11	9,57	33	28,70
Неудовлетворительные	5	4,35	2	1,73	7	6,08
Всего	78	67,83	37	32,17	115	100

Оценены результаты лечения больных с переломами ДМЭЛК и их зависимость от времени обращения, типа перелома, типа травмы, метода лечения, а также проведен анализ результатов у больных обеих групп в зависимости от возраста.

Время обращения за медицинской помощью было разделено на 3 интервала: 1-й – в течение первых суток с момента травмы (95 больных), 2-й – 2–3 суток с момента травмы (23 больных), 3-й – более 3-х суток с момента травмы (8 больных).

Результаты лечения в зависимости от времени обращения за медицинской помощью представлены на рис. 2. Различие между результатами лечения в 1-м и 2-м временных интервалах составляет 2,62% (0,61 балла), в то же время разница между 1-м и 3-м временными интервалами составляет 5,95% (1,38 балла). Ухудшение результатов лечения в зависимости от времени обращения после получения травмы до оказания медицинской помощи не зависит от применяемых методов лечения и имеет негативную тенденцию. Очевидно, что существенное улучшение результатов лечения может быть достигнуто путем немедленного оказания необходимой помощи, что, в свою очередь, во многом зависит от своевременного обращения за ней самих пациентов.

Дополнительно изучалось возможное влияние характера повреждения на результаты лечения с учетом времени обращения за помощью. На рис. 3 представлены данные о распределении результатов лечения по типам переломов в соответствующих временных интервалах.

В первом временном интервале результаты лечения при полностью внутрисуставных переломах значительно, на 11,78% и 13,74%, ниже результатов при переломах типов А и В соответственно.

Во втором временном интервале наилучшие результаты получены при переломах типа А (25,5). Разница значений при переломах типа В и С составила 18,04% (4,6 балла) и 7,84% (2 балла) соответственно.

В третьем временном интервале наилучший результат также зафиксирован при переломах типа А (23 балла). При пе-

реломах типа В и С разница в результатах незначительна. Несмотря на наличие в некоторых случаях значительных различий в результатах лечения для рассматриваемых типов переломов, наличие общих тенденций в зависимости от времени обращения за медицинской помощью не обнаружено.

Изучено влияние времени обращения за медицинской помощью на результаты лечения для двух рассматриваемых клинических групп. Данные о распределении результатов лечения по клиническим группам и временным интервалам представлены на рис. 4.

В 1-й клинической группе лучший результат получен при обращении в 1-м временном интервале – 23,37 балла. Разница между результатами, полученными при обращении во 2-м и 3-м временных интервалах, составила 2,74% (0,64 балла) и 12,96% (3,03 балла). Отметим наличие негативной тенденции при увеличении времени до оказания медицинской помощи.

Во 2-й клинической группе лучший результат получен в 3-м интервале – 25,33 балла, разница между результатами для 1 и 2 временных интервалов незначительна. Характерная для первой клинической группы негативная тенденция, для второй клинической группы не обнаружена.

Описанные различия результатов в наблюдаемых группах, по нашему мнению, обусловлены статистическими различиями регистрируемых типов переломов у пациентов разного возраста [11].

На рис. 5 представлены данные о зависимости результатов лечения в зависимости от применявшегося метода лечения. Различие в результатах при использовании гипсовой повязки и АВФ незначительны. Результаты, полученные благодаря применению оригинального метода (функциональной шины), превосходят результаты, полученные при использовании традиционных методов на 11% и 10,8% для гипсовой повязки и АВФ соответственно. Применение функциональной шины при обращении пациентов в 1-м и 2-м временном интервалах позволило добиться лучших результатов по сравнению с традиционными методами: от 6,8% до 16%.

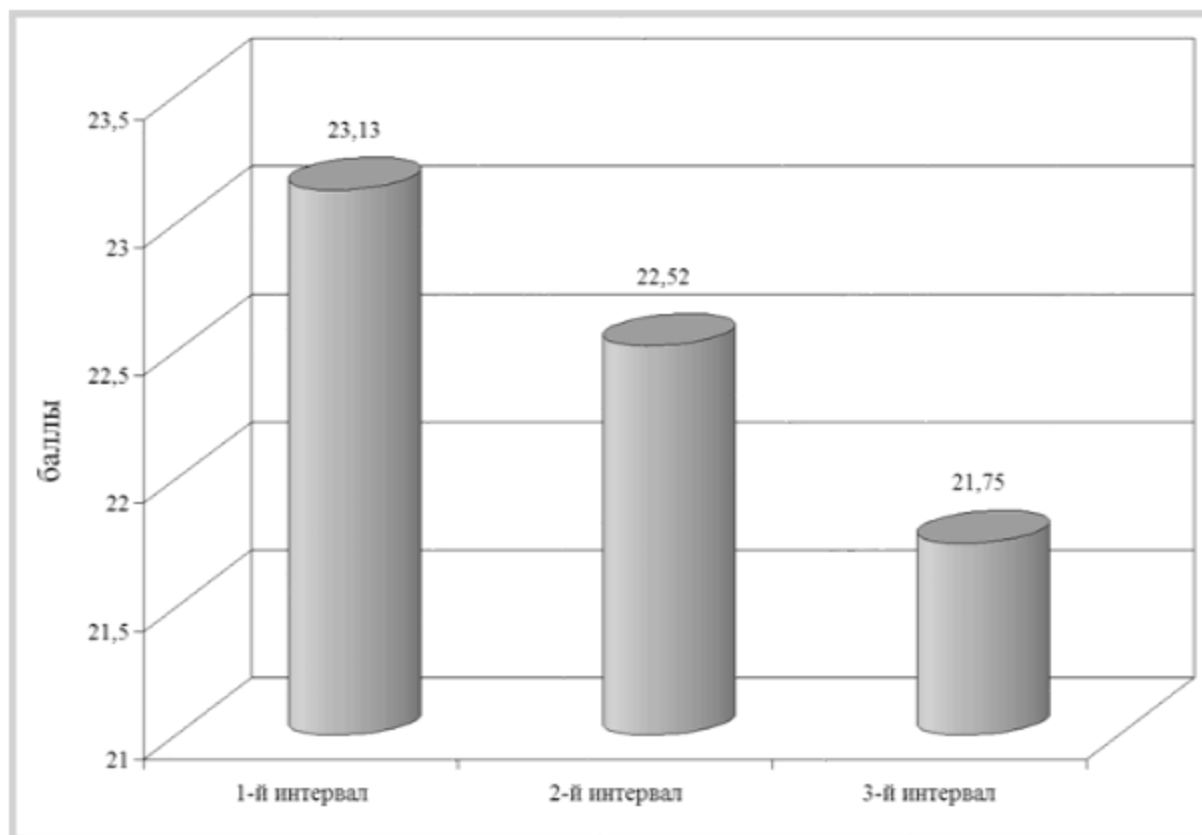


Рис. 2. Результаты лечения пациентов с переломами ДМЭЛК в зависимости от времени обращения за медицинской помощью

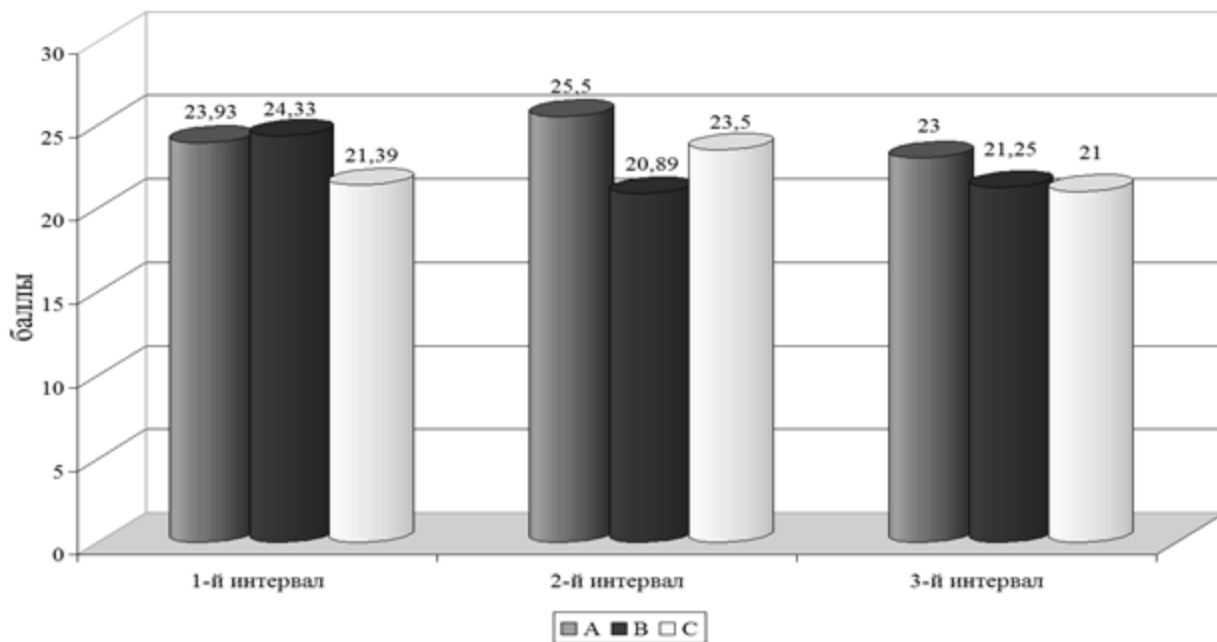


Рис. 3. Результаты лечения пациентов с переломами ДМЭЛК в зависимости от типа перелома и времени обращения

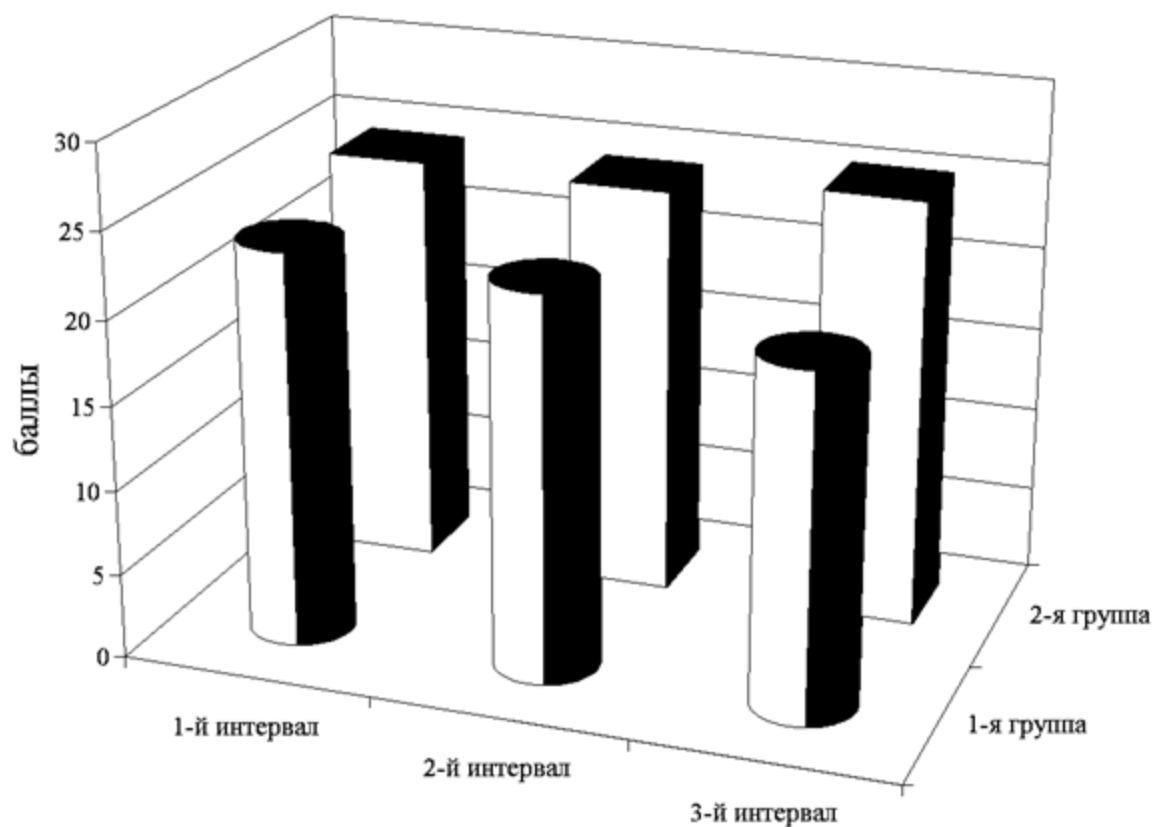


Рис. 4. Результаты лечения в зависимости от типа травмы и времени обращения

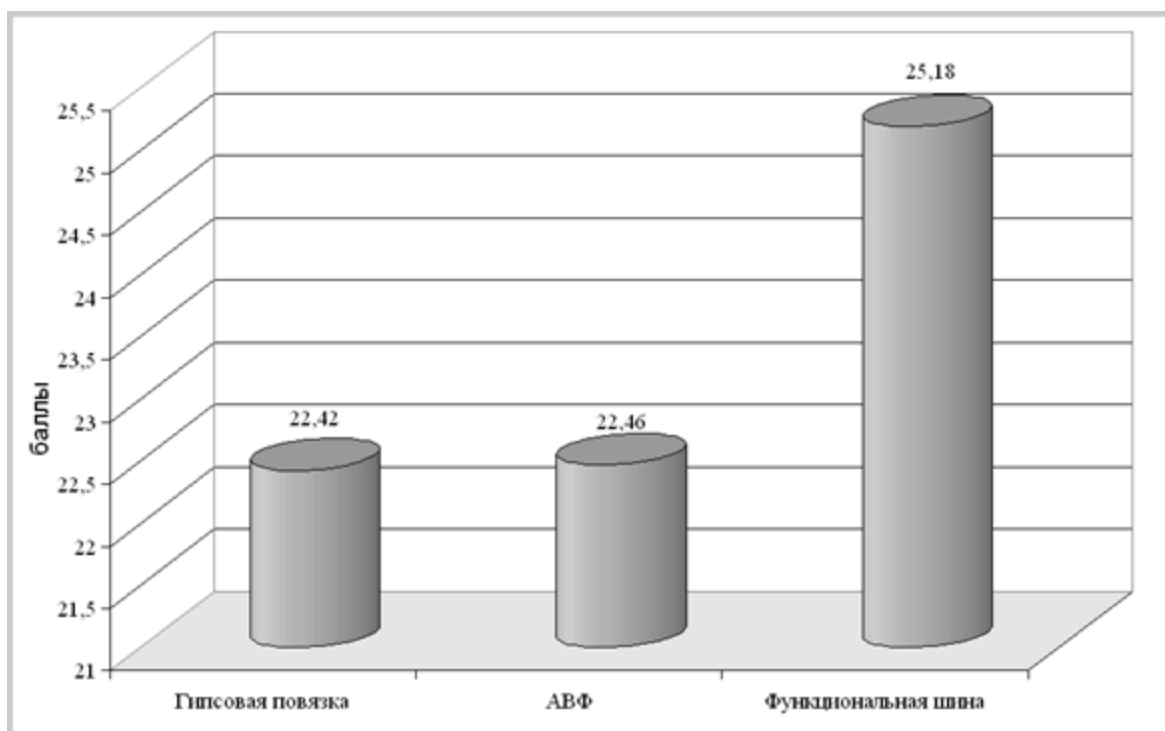


Рис. 5. Результаты лечения в зависимости от метода лечения

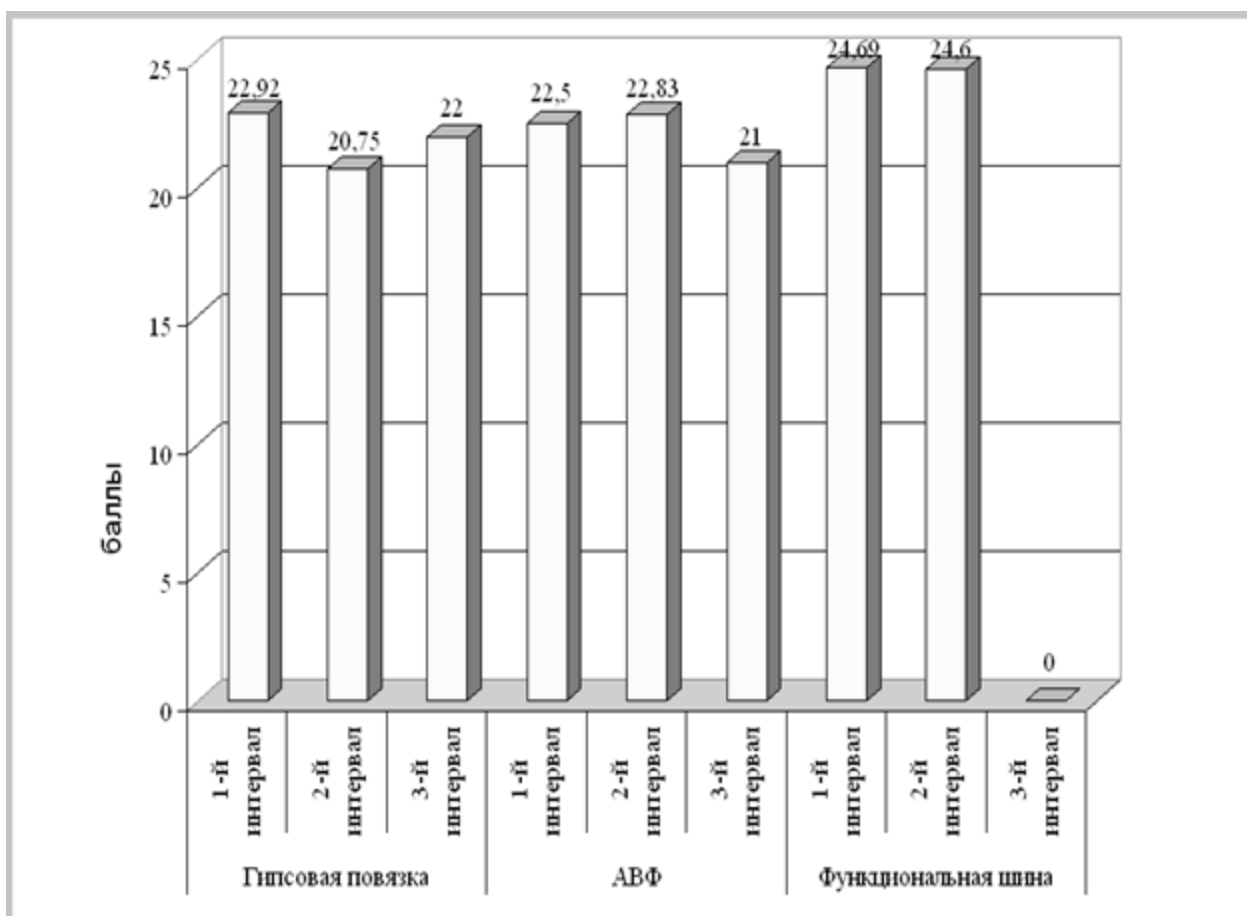


Рис. 6. Результаты лечения в зависимости от времени обращения и метода лечения

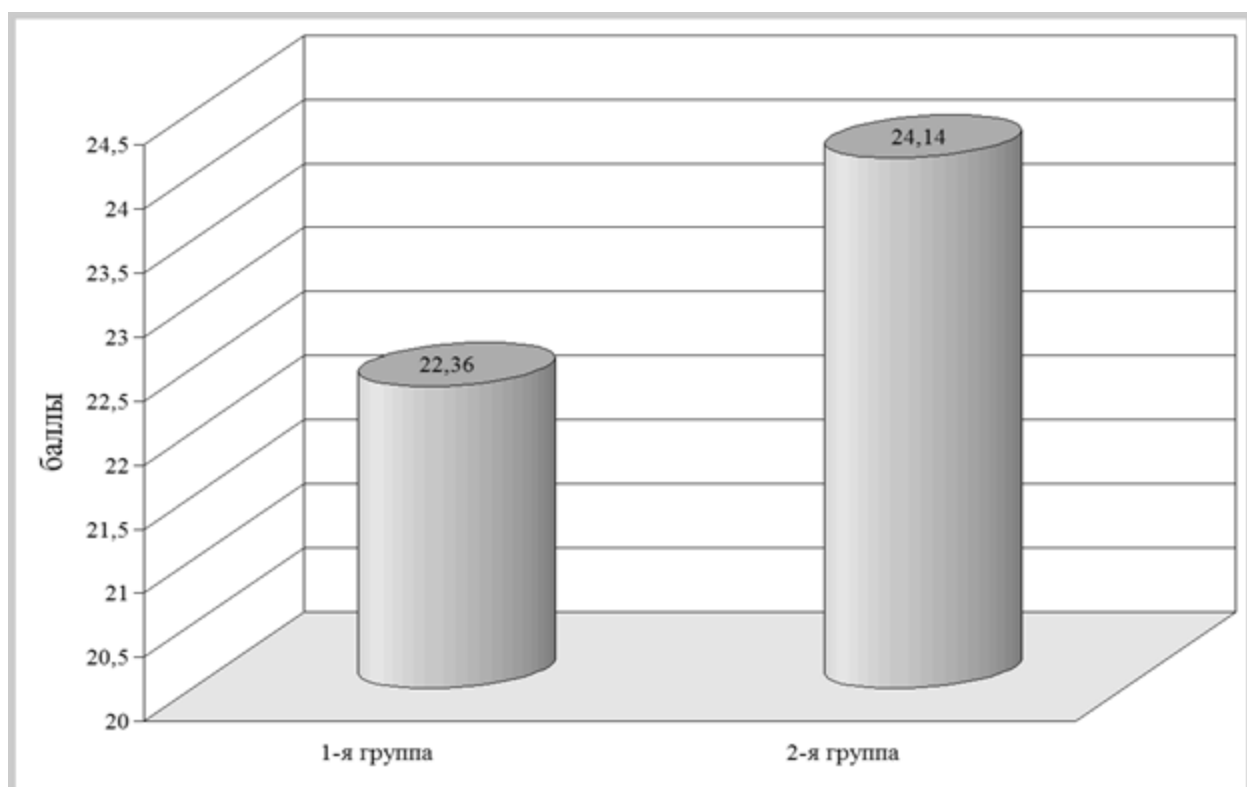


Рис. 7. Результаты лечения в зависимости от типа травмы

Поскольку количественный и качественный состав переломов ДМЭЛК неодинаков для различных возрастных групп [11], проведена сравнительная оценка результатов лечения в обеих группах (рис. 7). Изучена также зависимость метода лечения с учетом времени обращения за помощью. Полученные данные представлены на рис. 6.

Сравнение показателей результатов лечения показывает снижение показателей на 7,96% (1,79 балла) в 1-й клинической группе.

Ввиду ранее выявленных возрастных особенностей переломов ДМЭЛК [6] нами были оценены результаты лечения больных в обеих клинических группах в зависимости от возраста (рис. 8). Построены линии тренда, описывающие характерные тенденции для описываемых групп. Возраст пациентов в 1-й клинической группе (■) изменялся в пределах от 27 до 78 лет, во 2-й (○) – от 20 до 71 года. Минимальное значение (сумма 11 баллов) отмечено у пациентки женского пола 72 лет в 1-й группе и переломом типа В 2.2.

Максимально возможная сумма баллов – 28, соответствующая хорошему результату зафиксирована неоднократно: 4 случая в 1-й клинической группе и 3 случая при 2-й клинической группе.

При описании результатов в 1-й клинической группе линия тренда сплошная с уравнением $y = -0,139x + 30,402$, для 2-й – пунктирная с уравнением $y = -0,081x + 28,477$. Для обоих уравнений приведены значения достоверности аппроксимации R^2 : 0,3259 и 0,2138.

Линии тренда пересекаются в точке со значением 33,19 года (25,79 балла). Слева от этой точки, согласно расположению линий тренда, результаты лечения в 1-й группе несколько выше. Справа от точки пересечения результаты лечения в 1-й группе значительно хуже результатов лечения во 2-й группе. Максимальное различие в результатах между группами, с учетом возраста, составляет 13,29% (для 78 лет). Разница в результатах лечения внутри групп составила: при низкоэнергетической травме – 29,21%, при высокоэнергетиче-

ской – 15,37%. Данное различие можно объяснить экспериментально доказанным уменьшением содержания спонгиозной костной ткани вдоль продольной оси кости на уровне дистального метаэпифиза лучевой кости [7], что, в свою очередь, с увеличением возраста пациентов влияет на качественный состав переломов и их исходы.

Построенное аналитическое описание результатов лечения от возраста пациентов (линий тренда) позволяет определить возрастную границу, начиная с которой различия в результатах лечения для рассматриваемых клинических групп становятся существенными.

Для этого необходимо задать минимальное значение в баллах или процентах, начиная с которого различия будут рассматриваться как существенные, и воспользоваться следующей формулой: Для этого необходимо задать минимальное значение в баллах (n) или процентах

$$\left(\frac{n}{100} \right): Age \geq \frac{n - BH + BL}{AH - AL},$$

где n – минимальное значение в баллах или процентах; $AH = -0,081$, $BH = 28,477$, $AL = -0,139$, $BL = 30,402$ – коэффициенты в уравнениях линий тренда (рис. 8), Age – определяемая возрастная граница. Значение возраста, начиная с которого различия превышают 5%, вычисленное по формуле, составляет 53,04 года (рис. 8).

Таким образом, при анализе результатов лечения больных с переломами ДМЭЛК различной интенсивности, разница в результатах при обращении в разные сроки с момента травмы составляет от 2,62 до 5,95%, что, в свою очередь, разница в группе с низкоэнергетической травмой составила 2,74 и 12,96%.

Применение функционального метода лечения показало более высокие результаты в разные сроки обращения по сравнению с традиционными методами лечения. Разница в результатах лечения внутри групп составила: при низкоэнергетической травме – 29,21%, при высокоэнергетической – 15,37%. Максимальное различие в

результатах между группами, с учетом возраста, составляет 13,29% (для 78 лет).

Построены линейные аппроксимации результатов лечения в зависимости от возраста пациентов (линии тренда), найдена формула для определения области суще-

ственных различий в результатах лечения для изучаемых клинических групп, что подтверждает необходимость дифференцированного подхода к лечению пациентов в зависимости от интенсивности травмирующего фактора.

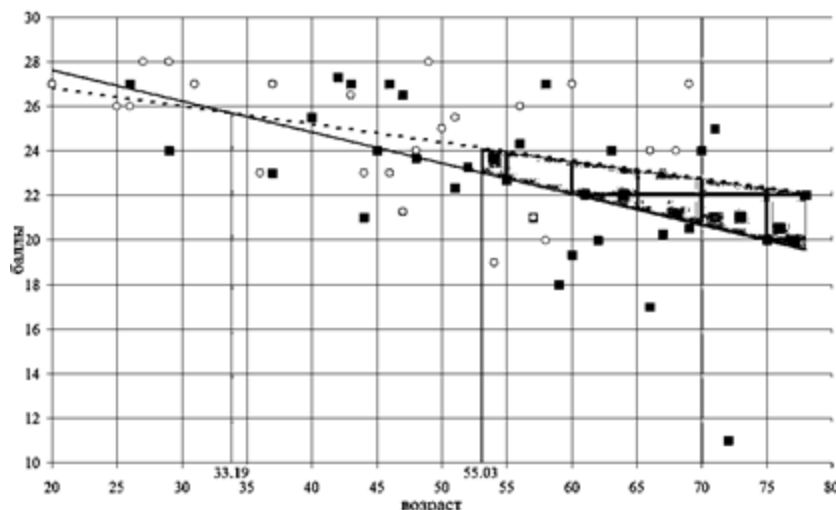


Рис. 8. Результаты лечения пациентов с переломами ДМЭЛК в зависимости от возраста

Выводы

1. Сравнительный анализ результатов лечения повреждений дистального метаэпифиза лучевой кости показал необходимость учитывать возрастные особенности переломов в процессе лечения, поскольку различие в результатах лечения при низкоэнергетической и высокоэнергетической травмах достигает 7,96%, при этом разница внутри групп составляет 29,21 и 15,37% соответственно.

2. Ранняя функциональная нагрузка в условиях фиксации переломов дистального метаэпифиза лучевой кости функциональной шиной позволила достичь более высоких результатов лечения по сравнению с иммобилизацией гипсовыми повязками и аппаратами внешней фиксации с разницей 11,0 и 10,8% соответственно.

3. По данным сравнительного анализа установлено, что разница в результатах лечения варьирует в пределах 2,62% – 5,95% в зависимости от времени обращения после получения травмы до оказания медицинской помощи и не зависит от применяемых методов лечения.

Литература

1. Афаунов А. И. Внеочаговый анкерно-спицевой остеосинтез при внутрисуставных переломах дистального метаэпифиза лучевой кости / А. И. Афаунов, А. А. Афаунов, З. Х. Тлевцев, Р. Ю. Духу // Человек и его здоровье: Материалы / Российский национальный конгресс. - СПб., 2003. - С. 36.
2. Колонтай Ю. Ю. Хірургія пошкоджень кисті: Монографія./ Колонтай Ю. Ю., Науменко Л. Ю., Милославський Ф. А., Головаха Н. Д. - Дніпропетровськ: Пороги, 1997. - 460 с.
3. Костюк В. Г. Остеопороз и переломы костей дистального отдела предплечья у людей разного возраста: автореф. дис. канд. мед. наук. - Винница, 2001. - 24 с.
4. Мензорова Н. В. Высокотехнологичные протезно-ортопедические изделия и периартериальная криосимпатодеструкция в комплексном лечении переломов дистального отдела предплечья: автореф. дис. канд. мед. наук: Перм. гос. мед. акад. - Пермь, 2005 - 26 с.
5. Мюллер М. Е. Руководство по внутреннему остеосинтезу: методика, рекомендованная группой АО (Швейцария) / М. Е. Мюллер, М. Альговер, Р. Шнайдер, Х. Виллинеггер. - М.: Ad Marginem, 1996. - 750 с.
6. Науменко Л. Ю. Результаты лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости/ Науменко Л. Ю., Винник А. А. // Травма. - 2011. - Т.12, № 3.- С. 25-29.

7. Наumenко Л. Ю. Морфометрическая характеристика твердых биологических тканей применительно к дистальному отделу лучевой кости/ Наumenко Л. Ю., Погребной О. В., Винник А. А. // Травма.- 2010.- Т.11, № 4. - С. 398-404.

8. Наumenко Л. Ю. Рентгеноморфометрические характеристики дистального метаэпифиза лучевой кости при переломах в классическом месте / Наumenко Л. Ю., Погребной О. В., Винник А. А. // Український морфологічний альманах.- 2010. - Т.8, № 3. - С. 93-97.

9. Наumenко Л. Ю. Тактика лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости у больных старшего возраста при низкоэнергетической травме/ Л. Ю. Наumenко, А. А. Винник // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання хірургії верхньої кінцівки». - Київ, 2010. - с. 182-183.

10. Наumenко Л. Ю. Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости у лиц старшей возрастной группы в структуре ургентной патологии опорно-двигательного аппарата/ Наumenко Л. Ю., Винник А. А. // Збірник наукових праць XV з'їзду ортопедів-травматологів України. - Д.: Ліра, 2010. - С. 60.

11. Наumenко Л. Ю. Применение методов непараметрической статистики в изучении переломов дистального метаэпифиза лучевой кости / Л. Ю. Наumenко, О. В. Погребной, А. А. Винник //

Вісник морської медицини. - 2011. - №2. - С. 137-144.

12. Патент на винахід № 75245 Україна, МПК А 61 F 5/04. Імобілізуюча шина [Текст] / Наumenко Л. Ю., Винник О. О., Ігнаткін І. С., Рожко В. Ф., Буряк А. Н.; заяв. 26.04.2004; опуб. 15.03.2006; Бюл. № 3.

13. Akmal B. The 9th conference of the international Society for Fracture Repair / B. Akmal // J. Ortop. Trauma. - 2005. - V.19, № 6. - P. 433 - 434.

14. Kreder H. J. Indirect reduction and percutaneous fixation versus open reduction and internal fixation for displaced intra-articular fractures of distal radius / H. J. Kreder, D. P. Hanel, J. Angtl et al. // J. Bone Joint Surg. - 2005. - V. 87 - A, № 6 - P. 829-836.

15. Owen R. A. Incidence of Colles' fractures in North American community / R. A. Owen, J. J. Melton // Am. J. Publ. Health. - 1982. - V. 72. - P. 605-607.

17. Riggs B. L. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology / B. L. Riggs, L. J. Melton // Bone - 1995. - V. 17, Suppl. 5. - P. 505-511.

18. Rosenthal T. D. Survival among elderly patients after fractures of the distal radius / T. D. Rosenthal, C. C. Branas, D. J. Rozentka, P. K. Beredjiklian // J. Hand Surg. - 2002. V. 27 - A, № 6. - P. 948-952.



УДК 6160.89.1:347.440.16

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЮРИДИЧЕСКОГО И МЕДИЦИНСКОГО МИРОВОЗЗРЕНИЯ ЭВРИСТИЧЕСКИХ И ЭРИСТИЧЕСКИХ УМОЗАКЛЮЧЕНИЙ (СОФИЗМОВ) В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

Профессор А. В. Ипатов, Ю. И. Коробкин, Е. Н. Мороз, В. А. Голик,
И. Я. Ханюкова, Н. С. Бевзнюк, Г. Г. Колесниченко, Е. О. Игнатенко,
Ю. А. Полубабкина, Г. П. Семириков

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск.

Резюме

Останнім часом збільшилася активність громадян у сфері захисту своїх прав, що відображувалося на зростанні кількості скарг, пропозицій, звернень до різних інстанцій. У даній статті представлені юридичні аспекти складання листів, скарг, пропозицій і заяв, їх реєстрації, діловодства. Для якнайкращого розуміння важливості правильного розгляду звернень громадян до органів виконавчої влади місцевого самоврядування, установи охорони здоров'я, інших організацій, в статті проаналізована існуюча законодавча база, виділені основні сторони, що беруть участь у розгляді таких звернень і терміни. При підготовці відповідей