

4 нед при отсутствии жалоб и полном восстановлении функции пальца пациент выписан на работу.

Обсуждение. В доступной литературе мы нашли лишь одно сообщение о неврвправимом вывихе дистальной фаланги II пальца стопы: японские хирурги описали трех больных с подобным повреждением [1]. Это были молодые (как и наш пациент) люди. Двое из них в момент травмы были босиком (как и в нашем наблюдении). Ни в одном случае вправить вывих закрыто не удалось, так как этому мешала ущемленная в суставе подошвенная фиброзная пластинка. Последняя отрывается от места своего проксимального прикрепления на средней фаланге в момент переразгибания дистальной. Несложная операция из тыльного доступа оказалась эффективной во всех наблюдениях.

Безусловно, подобное повреждение возможно и в дистальном межфаланговом суставе других пальцев стопы, но встречается, по-ви-

димому, еще реже. Ранимость II пальца стопы связана, вероятно, с его анатомическими особенностями. Древние скульпторы и художники различали три формы стопы: «греческую» (II палец стопы длиннее I), «египетскую» (II палец короче I) и «квадратную» (оба пальца одинаковой длины) [2]. Однако у большинства людей, даже на «египетской» стопе, дистальный межфаланговый сустав II пальца располагается впереди других и первым встречает препятствие (в нашем наблюдении — выступающая половина).

Таким образом, неврвправимый вывих дистальной фаланги II пальца стопы — очень редкое, но весьма специфическое повреждение с характерным анамнезом и клиникой, требующее оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Katayama M., Murakami Y., Takahashi H. // J. Bone Jt Surg. — 1988. — Vol. 70A, N 5. — P. 769–770.
2. Viladot A. // Orthop. Clin. North. Am. — 1973. — Vol. 4, N 1. — P. 165–166.



ИНФОРМАЦИЯ

Отчет о Всероссийской конференции с международным участием «Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии»

Конференция состоялась 16–17 февраля 2000 г. в Центральном институте травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. В ее организации, помимо ЦИТО и Минздрава РФ, активное участие приняло Московское отделение Российской ассоциации по остеопорозу. Столь широкомасштабное мероприятие по проблеме остеопороза среди ортопедов и травматологов проводилось впервые и вызвало огромный интерес, о чем свидетельствуют его «география» (были представлены большинство регионов России, Украина, Белоруссия, Литва) и число участников (209 человек).

Во вступительном докладе проф. С.Т. Зацепин коснулся истории изучения остеопороза в нашей стране, проанализировал его современное состояние, отметил большое значение исследований генетического аппарата и экспрессии генов у больных с различными формами остеопороза. Генетические исследования — то направление, с которым все больше связывают надежды на прогресс в ранней диагностике и эффективном лечении остеопороза, так как 60–80% случаев заболевания обусловлены генетической предрасположенностью. Эта точка зрения нашла подтверждение в докладе М.В. Асеева и соавт. (Санкт-Петербург), отметивших повышенную

частоту неполноценных аллелей генов VDR3 и COLLA1 при уже развившемся первичном остеопорозе у взрослых и детей. В докладе В.К. Ильиной и соавт. (Москва) были представлены результаты изучения эффективности клонирования клеток-предшественников остеобластов у пациентов с ювенильной и идиопатической формами остеопороза. Выявленные нарушения гистогенеза клеток-предшественников, по мнению авторов, генетически предопределены.

В докладе С.П. Миронова и С.С. Родионовой (Москва) остеопороз был представлен как одна из важных проблем травматологии и ортопедии: 94,6% случаев переломов шейки бедренной кости происходят на фоне остеопороза, в 27% случаев это заболевание становится причиной несращения переломов. Разрежение костных структур, ломкость трабекул, истончение кортикального слоя, характерные для остеопороза, ограничивают возможности стабильного остеосинтеза, становятся причиной развития нестабильности эндопротезов тазобедренного и коленного суставов в раннем и позднем послеоперационном периоде. Своевременно начатое консервативное лечение стимулирующими костеобразование и антирезорбтивными препаратами не только уменьшает потерю костной ткани вокруг имплантатов, но в ряде случаев позволяет ее предотвратить. По мнению авторов, успешное лечение переломов и развитие эндопротезирования возможны лишь

в том случае, если наряду с совершенствованием технологий остеосинтеза и дизайна эндопротезов будет проводиться эффективная фармакологическая коррекция ремоделирования костной ткани и разрабатываться меры профилактики ее рассасывания вокруг имплантатов. Поэтому перспективным направлением в изучении остеопороза наряду с эпидемиологией переломов, изучением их патогенеза является разработка стандартов фармакологической коррекции как составной части комбинированного лечения.

Н.В. Корнилов и соавт. (Санкт-Петербург) показали, что сдвиги нейрогуморальной регуляции и метаболизма отражаются на структуре формирующейся костной ткани. Изменение механических напряжений расценивается как разрешающий фактор, определяющий особенности процесса перестройки костной ткани.

К.И. Шапиро и соавт. (Санкт-Петербург), Е.А. Назаров и соавт. (Рязань) привели данные об эпидемиологии переломов на фоне остеопороза. Резкое увеличение с возрастом удельного веса переломов в структуре обращаемости подчеркивает социальную значимость проблемы.

В докладе А.К. Морозова и соавт. (Москва) впервые были представлены сведения о минеральной плотности костной ткани у здоровых жителей Москвы и Московской области. Выявленные расхождения абсолютных значений этого показателя в возрастной динамике у россиян и белых американцев являются, по мнению авторов, основанием для проведения аналогичных популяционных исследований по той же схеме в крупных регионах (там, где есть денситометры). Обобщенные результаты этих исследований целесообразно направить фирмам-производителям денситометров с целью организации программного обеспечения ими с учетом особенностей российской популяции.

В.В. Поворознюк (Киев) отметил важность ультразвуковой денситометрии в скрининге групп риска развития остеопоротических переломов у женщин разного возраста.

Что касается роли неинвазивных методов исследования, то большинство выступавших считают обязательной обзорную рентгенографию, которая хотя и уступает рентгеновской и ультразвуковой денситометрии в чувствительности выявления потери костной массы, но позволяет проводить дифференциальную диагностику остеопороза с метастатическим поражением костей, миеломной болезнью и другими метаболическими остеопатиями.

На пленарном заседании «Остеопороз у детей» были представлены доклады об остеопорозе и остеопении при ортопедических заболеваниях у детей (С.Д. Шевченко, Харьков), влиянии этой метаболической остеопатии на течение врожденных и приобретенных заболеваний опорно-двигательного аппарата (А.П. Крысь-Пугач и соавт., Киев). Предложен комплекс профилактических мер, улучшающих формирование костной ткани растущего организма. А.В. Жигачева и соавт. (Москва) дали анализ особенностей переломов тел позвонков при ювенильном остеопорозе, что важно в его дифференциальной диагностике с болезнью Шейермана—Мау.

На заседании «Остеопороз позвоночника», помимо вопросов диагностики, обсуждалась роль остеопороза в симптомокомплексе сколиоза (С.А. Михайлов и соавт., Санкт-Петербург), остеохондропатий (В.А. Колесниченко, Харьков). Новый подход к проблеме остеопороза предложили С.Т. Ветрилэ и соавт. (Москва),

Х.Г. Грунтовский и соавт. (Харьков). Обсуждались вопросы оперативного лечения, в частности транспедикулярной фиксации, при переломах тел позвонков на фоне остеопороза. Общим было мнение, что с учетом системности поражения оперативное лечение показано при наличии неврологической симптоматики и оно должно дополняться фармакотерапией, направленной не только на увеличение массы кости, но прежде всего на нормализацию метаболизма, что снизит риск возникновения новых переломов.

Наибольшее число докладов было представлено на секции «Диагностика и лечение переломов на фоне остеопороза». Обсуждались факторы риска переломов шейки бедренной кости — самой частой и опасной их локализации. В докладе С.С. Родионовой и соавт. (Москва) было показано, что, кроме потери массы кости, риск развития переломов в значительной степени связан с геометрическими параметрами проксимального отдела бедренной кости; это определяет целесообразность измерения данных показателей у лиц из групп риска развития остеопороза.

Впервые были представлены результаты фармакологической коррекции метаболизма костной ткани у пострадавших с сочетанной и множественной травмой (В.А. Соколов и соавт., Москва). О необходимости комплексного подхода к лечению переломов на фоне остеопороза (операция и фармакотерапия) говорили Э.И. Солода и соавт. (Москва), О.И. Рыбачук и соавт. (Киев), Д.И. Глазырин и соавт. (Екатеринбург).

А.Ф. Колондаев и соавт. (Москва) дали сравнительную оценку влияния фармпрепаратов на разные отделы скелета, подчеркнув, что для объективного суждения об их действии на состояние костной ткани и течение переломов необходимо проведение комплексных многоцентровых исследований.

Обсуждались вопросы количественной оценки регионарного остеопороза в динамике лечения ложных суставов чрескостным методом (С.В. Гюльназарова и соавт., Екатеринбург) и особенности морфологии биоптатов из области несросшихся переломов (Н.В. Дедух и соавт., Харьков). При остеопорозе перестройка костной ткани протекает по неактивному типу, что требует фармакологической коррекции. То же мнение высказывалось на секции «Остеопороз и эндопротезирование». В.И. Нуждин и соавт. (Москва), А.В. Балберкин и соавт. (Москва) показали, что при остеопорозе риск нестабильности имплантатов увеличивается. Ускоренную потерю костной ткани, обусловленную стрессовым ремоделированием, как показали исследования (С.С. Родионова и соавт., Москва), можно предотвратить с помощью препаратов, влияющих на интенсивность процессов резорбции и костеобразования. Представлены доказательства целесообразности использования антирезорбтивных препаратов (миакальцик) в первые 6 мес после операции эндопротезирования.

Практически во всех докладах прозвучало, что остеопороз осложняет течение любой патологии опорно-двигательного аппарата. Назрела необходимость разработки стандартов лечения. Эту задачу можно решить только объединенными усилиями клиницистов, рентгенологов, морфологов. Обязательным условием является улучшение обеспеченности населения фармпрепаратами, которую в настоящее время нельзя признать удовлетворительной.

С.С. Родионова, А.Ф. Колондаев (Москва)