

нок наявності рецепторів прогестерону.

6. Рецептори естрогену та прогестерону мають обмежене прогностичне значення, яке нівелюється через 5 років.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Заболевания молочной железы* / В. В. Грубник, В. В. Степула, В. Н. Соколов и др. — Одесса: Астропринт, 2001. — 222 с.

2. *Клиническое значение рецепторов эпидермального фактора роста у больных распространенным раком молочной железы* / Е. С. Герштейн, Л. А. Андросова, В. П. Летягин, Н. Е. Кушлинский // Пятый симпозиум, посвященный 10-летию московского городского маммологического диспансера «Актуальные проблемы маммологии». Москва (Россия). — М., 2000. — С. 175-186.

3. *Prognostic significance of liver metastases as first site of generalization in patients with breast cancer* —

a retrospective analyses / Martina Baur, O. Schappack, L. Havelec et al. // *Acta. Med. austr.* — 2001. — Vol. 28, N 5. — P. 135-140.

4. *Prognostic significance of biological markers in node-negative breast cancer patients: A prospective study* / O. Nanni, A. Volpi, F. De Paola et al. // *Int. J. Biol. Markers.* — 2000. — Vol. 15, N 3. — P. 269.

5. *Dependencia temporal del valor pronostico de los receptores esteroides en el cancer de mama* / Francisco Canizares, Manuel De Las Heras, Millan Perez et al. // *Med. clin.* — 2001. — Vol. 117, N 20. — P. 761-765.

6. *The prognostic value of hormone receptor detection by enzyme immunoassay and immunohistochemistry: A prospective study in patients with early breast cancer* / W. E. Fiets, M. A. Blankenstein, H. Struikmans et al. // *Int. J. Biol. Markers.* — 2002. — Vol. 17, N 1. — P. 24-32.

7. *Deng Jun, Tian Huai-gao Zhongliu fangzhi zazhi* // *China J. Cancer*

*Prev. and Treat.* — 2001. — Vol. 8, N 4. — P. 389-390.

8. *Ricci S. Basso. Long-term relapses of breast cancer: A neglected but important issue* // *Med. Hypotheses.* — 2000. — Vol. 54, N 3. — P. 425-426.

9. *Ricci S. Basso. Long-term relapses of breast cancer: Questions, interpretations and hypotheses* // *Panminerva med.* — 2000. — Vol. 42, N 3. — P. 171-173.

10. *Natural history of estrogen receptor-negative, progesterone receptor-positive breast cancer* / D. Nikolic-Vukosavljevic, K. Kanjer, Z. Neskovic-Konstantinovic, D. Vukotic // *Int. J. Biol. Markers.* — 2002. — Vol. 17, N 3. — P. 196-200.

11. *Лапач С. Н., Губенко А. В., Бабич П. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Морион, 2001. — 408 с.

12. *Пилипенко М. І., Радзішевська Є. Б., Книгавко В. Г.* Лекції з математичної статистики для лікарів. — Харків, 2001. — 88 с.

УДК 617.584-001.5

Халед Абу Захра

## ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ДОБАВКИ «ОСТЕОВИТ»

Одесский государственный медицинский университет,  
Городская клиническая больница № 11, Одесса

Переломы костей голени — наиболее частая причина госпитализации пострадавших с переломами костей [1–3].

Лечение переломов костей голени со смещением, в основном, хирургическое — остеосинтез накладной параосальной пластиной [4; 7].

Однако у 10–15 % больных отмечается замедленное сращение переломов, а у 2–5 % развивается ложный сустав костей голени [4; 7]. Одна из важнейших причин этих ос-

ложнений — нарушение фосфорно-кальциевого метаболизма, отмечающееся у 20–30 % пострадавших, в особенности старше 50 лет [4; 5], которое проявляется выраженным остеопорозом [2; 6–8].

Для нормализации гомеостаза и метаболизма у пострадавших используются препараты кальция, фосфора и витамин D [5; 6], однако медикаментозное лечение требует дальнейшего изучения [5; 10].

**Цель** исследования — обобщить опыт лечения пострадавших с переломами костей голени при включении в комплекс лечения биологически активной добавки «Остеовит».

#### Материалы и методы исследования

Под наблюдением в период с 2001 г. по первое полугодие 2005 г. находилось 284 больных с закрытыми переломами костей голени со смещением



отломков. Оперативное лечение происходило на кафедре травматологии, ортопедии и ВМХ ОГМУ на базе ГКБ № 11. Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, механизму травмы и методике хирургического лечения. Основная группа — 104 пострадавших, которые лечились в период с 2004 г. по первое полугодие 2005 г., контрольная — 180 пострадавших в период 2001–2003 гг.

Среди пострадавших было 164 мужчины, 120 женщин. В возрасте от 18 до 30 лет было 69 пациентов, от 31 до 40 лет — 58, от 41 до 50 лет — 74, от 50 до 68 лет — 83 пациента. Все больные обследованы по методике, принятой в клинике на базе ГКБ № 11. Данные обследования внесены в разработанную на нашей кафедре специальную карту для компьютерной обработки, авторами которой являются проф. В. Ф. Венгер с сотрудниками (1993). Биохимические, клинические, рентгенологические и денситометрические показатели анализировались с помощью программы «ОССИС».

Большинство больных пострадало в дорожно-транспортных происшествиях, как свидетельствуют статистические показатели нашей больницы. В наблюдении и лечении больных в 2003–2005 гг. мы принимали непосредственное участие. Результаты и методика лечения пострадавших, лечившихся в 2001–2002 гг., изучены по архивным материалам и при контрольном вызове в больницу в 2004–2005 гг.

Отличие в лечении больных основной и контрольной групп заключалось в том, что больные основной группы принимали биологически активную добавку «Остеовит», разработанную в НПО «Одеська біотехнологія» Института стоматологии АМНУ, которая включает сухой экстракт сои, сульфат кальция, сульфат

цинка и витамин D3. Кроме того, больным рекомендовали включать в режим питания молочные продукты — творог, сметану, кефир, твердые сыры.

«Остеовит» рекомендовался сразу после госпитализации в клинику по 1–2 таблетки 3 раза в день после еды. Больным с диагностированной на основании денситометрии или рентгенологических исследований остеопорозом либо факторами риска назначали 2 таблетки 3 раза в день в течение всего периода лечения перелома (3 мес), остальным — по 2 таблетки 3 раза в день в первые 1,5 мес и по 1 таблетке — в последующие 1,5 мес [9; 11]. Если биохимические анализы крови и мочи выявляли нарушение минерального обмена или существовали другие факторы риска нарушения репаративного остеогенеза, больные первые 2 нед принимали экспрессные дозы препарата по 2 таблетки 4–5 раз в сутки, а в последующем — по 2 таблетки 3 раза в сутки.

### Результаты исследования и их обсуждение

Нами сравнивались продолжительность временной нетрудоспособности, процент осложнений, замедленной консолидации и формирования ложного сустава в основной и контрольной группах. Для пациентов, которые не работали и, следовательно, не получали больничный лист, сравнивался срок разрешения дозированной и полной нагрузки конечности.

Такое осложнение, как нагноение, одинаково часто —  $(0,35 \pm 0,22)$  % — встречалось у больных контрольной и основной групп. Больные, в процессе лечения которых отмечены технические ошибки при выполнении остеосинтеза либо в послеоперационном ведении, или пациенты, нарушавшие назначенный режим, бы-

ли исключены из данного анализа, так как наше исследование было направлено на определение роли нарушений метаболизма для сроков и качества сращения переломов, в данном случае переломов костей голени, их предупреждение и лечение.

Больные обеих групп были разделены на подгруппы. Подгруппа А — с нарушением метаболизма фосфора и кальция (снижением содержания кальция, фосфора и щелочной фосфатазы и соотношением Ca:PН до  $(1,80 \pm 0,07)$  вместо  $(2,00 \pm 0,05)$  в норме;  $P < 0,05$ ), остеопорозом либо факторами риска остеопороза (контрольная группа). Подгруппа В — без выявленного биохимически, рентгенологически или денситометрически нарушения метаболизма и без факторов риска.

При оценке факторов риска мы воспользовались данными Г. В. Гайко и соавторов (2001).

В среднем процент больных с замедленной консолидацией перелома составлял 6,7 %, а ложный сустав сформировался у 2,8 % пациентов.

В контрольной группе процент больных с замедленной консолидацией и ложными суставами составил 11,1 %, в том числе в подгруппе А — 20 % и в подгруппе В — 6,3 %. В основной группе процент больных с замедленными сращениями и ложными суставами составил 6,7 %, в том числе в подгруппе А — 12,2 %, в подгруппе В — 3,9 %. Следовательно, уменьшение процента больных с замедленной консолидацией и ложными суставами на 4,4 % в основной группе по сравнению с контрольной происходило за счет подгруппы А —  $(20,0 \pm 2,2)$  % против  $(12,2 \pm 2,5)$  % в контрольной ( $P < 0,05$ ). В подгруппе В различие было не столь существенным, не отмечено ни одного случая ложного сустава. Средний срок разрешения



больным нагрузки на конечность в основной группе был меньше, чем в контрольной, на  $(1,50 \pm 0,44)$  мес ( $P < 0,05$ ). Результаты лечения приведены в таблице.

У больных контрольной группы не проводились биохимические исследования и целенаправленное выявление факторов риска нарушения репаративного остеогенеза. Поэтому подгруппа риска включает только 15,6 % пострадавших против 63,3 % основной группы. Важнейшим показателем эффективности лечения является его конечный результат, особенно процент неудовлетворительных результатов — фактически неудач лечения. Неудовлетворительные результаты отмечены у 28,8 % пациентов подгруппы риска контрольной группы, против среднего показателя 10,6 %. В основной группе, как мы полагаем, благодаря лечению «Остеовитом», неудовлетворительные результаты в подгруппе риска составили 4,5 % при среднем показателе всех групп 3,8 %. Различия контрольной и ос-

новной групп статистически достоверны ( $P < 0,05$ ). Мы сравниваем процент неудач, так как они наиболее достоверно характеризуют эффективность лечения.

Биохимические исследования проводились только в основной группе. Характерным для подгруппы А было приближение уровня показателей к норме через 2,5–3 мес.

Рентгенологически и денситометрически существенных изменений динамики остеопороза не выявлено в обеих подгруппах. В подгруппе В биохимические и денситометрические показатели существенно не изменялись.

По иному протекали метаболические процессы у пациентов с осложненным течением процесса консолидации. В подгруппе А биохимические показатели оставались стабильными (патологическими), в подгруппе В — имели тенденцию к ухудшению, как и показатели, характеризующие остеопороз.

В контрольной группе было отмечено 6 случаев развития ложного сустава костей гол-

ни (3,3 %), в основной — только один (1 %) у пострадавшего 57 лет с выраженной соматической патологией.

Эти данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности применения биологической добавки «Остеовит».

Все больные с ложными суставами были с успехом прооперированы повторно с использованием костной пластики и приемом в пред- и послеоперационном периоде «Остеовита».

### Выводы

1. У 50,9 % пострадавших с переломами костей голени отмечается нарушение метаболизма кальция и фосфора или остеопороз костей.

2. У пострадавших с нарушением метаболизма или остеопорозом процесс репаративной регенерации нарушен, достоверно чаще отмечается замедленная консолидация и развитие ложных суставов.

3. Применение «Остеовита» достоверно способствует нормализации репаративной регенерации и снижает про-

Таблица

**Результаты лечения пациентов с переломами костей голени в зависимости от факторов риска нарушения репаративного остеогенеза и нарушения метаболизма**

Группа наблюдения	Факторы риска			Результат					
	Наличие или отсутствие	n	%	Хороший		Удовлетворительный		Неудовлетворительный*	
				n	%	n	%	n	%
Контрольная, n=180	нет	49	27,2	31	63,3	14	28,6	4	8,2
	1	103	57,2	60	58,3	36	35,0	7	6,8
	2 и более	28	15,6	11	39,3	9	32,1	8	28,6
Всего по группе		180	100	102	56,7	59	32,8	19	10,6
Основная, n=104	нет	19	18,3	15	78,9	4	21,1	—	—
	1	19	18,3	12	63,2	6	31,6	1	5,3
	2 и более и/или нарушение метаболизма	66	63,3	41	62,1	22	33,3	3	4,5
Всего по группе		104	100	68	65,4	32	30,8	4	3,8
Всего по двум группам		284	100	170	59,9	91	32,0	23	8,1

*Примечание.* \* — к неудовлетворительным результатам отнесены: формирование ложного сустава, повторные операции, резкое ограничение функции конечности.



цент замедленної консолідації і образования ложных сус-тавов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Білик С. В. Динаміка загоєння діафізарного перелому в умовах застосування подвійної деротаційної пластини // Вісн. ортопед., травматол. та протезування. — 2004. — Т. 40, № 1. — С. 35-39.

2. Венгер В. Ф., Сайед Мухсен, Пчеляков А. В. Вибір способу остеосинтезу діафізарних переломів кісток гомілки за допомогою комп'ютерної програми «ОССИС» // Матер. XII з'їзду травматологів та ортопедів України. — К., 1996. — С. 30-31.

3. Горидова Л. Д., Романенко К. К. Тактика лечения больных с переломами длинных костей на фоне остеопороза // Пробл. остеологии. — 2001. — Т. 4, № 1-2. — С. 49-50.

4. Гюльназарова С. В., Котлов А. Т., Мамаев В. И. О диагностике посттравматического остеопороза при несращениях костей конечности // Пробл. остеологии. — 2001. — Т. 4, № 1-2. — С. 55-56.

5. Герцен Г. И., Малкави А., Буштрук А. И. Проблемы стабильного остеосинтеза переломов длинных костей в пожилом и старческом возрасте // Зб. наук. праць конф., присвяченої 25-річчю кафедр травматології і вертебрології ХМАПО. — Харків, 2003. — С. 125-128.

6. Калашников А. В. Розлади репаративного остеосинтезу у хворих із переломами довгих кісток: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К.: ІТО АМНУ, 2003. — 35 с.

7. Причини виникнення ускладненого перебігу репаративного остеосинтезу після переломів кісток кінцівок / О. І. Рибачук, А. В. Калашников, В. П. Торчинський, С. М. Бесе-

динський // Матеріали пленуму ортопедів-травматологів України 21–22 травня 1998 р. — К.; Одеса, 1998. — С. 357-359.

8. Экспериментальное определение усилий крепления на костных фиксаторов / И. М. Рубленик, С. В. Билык, А. Г. Шайко-Шайковский, К. В. Гуцуляк // Труды Междунар. симп. «Надежность и качество». — Пенза, 2003. — С. 389-392.

9. Франке Ю., Рунге Г. Остеопороз. — М.: Медицина, 1995. — 300 с.

10. Оценка риска переломов и ее применение для скрининга постменопаузального остеопороза // Доклад Рабочей группы ВОЗ, серия техн. докладов. — 1994. — № 843. — 183 с.

11. Grampp S., Steiner E., Imhof H. Radiological diagnosis of osteoporosis // Eur. Radiol. — 1997. — Vol. 7 (Supp 1.2). — P. 11-19.

УДК 618.41-174-055.2:616-002.3

Е. В. Шамік

## ПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯПОЛОГОВИХ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Одеський державний медичний університет

Проблема післяпологових гнійно-септичних ускладнень (ГСУ) залишається актуальною в сучасному акушерстві, не дивлячись на досягнуті успіхи в діагностиці, профілактиці та лікуванні, що зумовлено їх значною поширеністю та місцем у структурі материнської смертності [1]. Причиною інфекційних ускладнень є не тільки наявність бактеріальної загрози, але й несприятливий соціальний та медичний фон.

У сучасних умовах гнійно-септичні процеси характеризуються низкою особливостей: зміною етіологічної структури, підвищенням антибіотикорезистентності мікроорганізмів,

трансформацією клінічної симптоматики в бік стертих форм й атипового перебігу, що спричиняє пізню діагностику та запізнення з початком лікування, відсутність покращання внаслідок лікування. Необхідно враховувати, що інфекційна патологія часто приховується за такими діагнозами, як внутрішньоутробна гіпоксія, асфіксія, пологова травма плода. Кількість дітей із вираженими наслідками перинатальних інфекцій у вигляді перебігаючого патологічного процесу, залишкових явищ і стійких вроджених структурних дефектів значно перевищує кількість діагностованих внут-

рішньоутробних інфекцій у періоді новонародженості. Серед запальних ускладнень переважає ендометрит [1]. Однією з найважливіших причин розвитку інфекційного процесу є наявність достатньої кількості збудників. Дискутабельними залишаються механізми подолання мікроорганізмом гістогематичних бар'єрів. Важливе значення мають такі фактори, як підвищена вірулентність, наявність коактивних ферментів і токсинів, недостатність імунних реакцій, несприятливий алергічний фон, підвищена індивідуальна чутливість макроорганізму, неадекватний початок лікування

