

На основании полученных клинико-лабораторных и рентгеновских данных поставлен диагноз алкаптонурии — аутосомно-рецессивного наследственного нарушения обмена.

Описанный случай интересен как пример последовательного предположения и отвержения более частой нозологии при редком заболевании по неполному симптомокомплексу от остеохондроза, болезни Бехтерева, гиперпаратиреоза до истинного диагноза. Это наблюдение показывает необходимость повышения уровня знаний по медицинской и клинической генетике среди практических врачей, более широкого применения специальных генетических методов исследования для выявления врожденных ферментопатий.

УДК 616.314—001.4—084

Л. М. Демнер, А. П. Залиган (Казань). Профилактика бруксизма и его осложнений

Бруксизм, проявляющийся ночным скрежетанием зубов, их сжатием и другими нефизиологическими движениями нижней челюсти, является патологией, при которой привычные жевательные движения из физиологических превращаются в неуправляемую травматическую нагрузку, повреждающую зубочелюстную систему. Длительное время бруксизм рассматривался как вредная привычка или парафункция. Такое представление привело к недостаточному вниманию к этой патологии и способствовало возникновению осложнений со стороны органов и тканей зубочелюстной системы: патологической стертости зубов, заболеваний пародонта и височно-нижнечелюстных суставов. В большинстве случаев бруксизм имеет скрытое течение и не диагностируется.

Целью работы являлось уточнение причин бруксизма для разработки профилактических мероприятий по устранению его последствий и осложнений.

Обследовали 1022 рабочих и служащих обувного объединения в возрасте от 19 до 60 лет, не связанных с вредными факторами производства, а также 156 детей, страдающих глистной инвазией, в возрасте от 3 до 7 лет в детских садах г. Ставрополя и 54 ребенка — без данной патологии. Бруксизм был обнаружен у 54 (5,3%) взрослых и у 43 (27,6%) детей. У женщин бруксизм встречался достоверно чаще (6,5%), чем у мужчин (3,2%; $P < 0,01$).

Из 102 больных бруксизмом (54 выявлены при обследовании и 48 — из числа посетивших клинику с целью протезирования) только 3 человека обратились к стоматологу по поводу ночного скрежетания зубами; 27 лиц знали об этом явлении от родственников, но значения ему не придавали. После рекомендованного самоконтроля больные стали обращать внимание на сжатие зубов в дневное время.

У детей, перенесших родовую внутричерепную травму, бруксизм встречается чаще (67,8%), чем у детей без нее (18,8%; $P < 0,001$). Не совсем обоснованным оказалось распространенное мнение о том, что основной причиной ночного скрежетания зубами у детей является глистная инвазия. Обследование показало, что у детей без инвазии бруксизм наблюдается чаще (42,6%), чем у детей с данной патологией (19,6%; $P < 0,001$). Однако это не означает, что мы отвергаем возможность участия данного фактора в патогенезе бруксизма, особенно при длительной интоксикации. Как и у взрослых, бруксизм у детей имеет место чаще при ортогнатическом и глубоком прикусах (11,5%; $P < 0,05$). Со слов родителей, у 16 (37,2%) детей ночное скрежетание появилось с момента прорезывания зубов, но они, не придавая ему значения, к врачу не обращались.

Во время первичного и повторного обследования больных бруксизмом было установлено, что наиболее частыми его причинами являются нервно-психические факторы и стрессовые ситуации. Наибольшая частота бруксизма у детей и взрослых при глубоком прикусе, а также 8 из 12 случаев рецидива заболевания объясняются, вероятно, повышенным тонусом мышц, поднимающих нижнюю челюсть.

Факты несвоевременного обнаружения бруксизма у обследованных свидетельствуют о необходимости широкой информации населения о данном нервно-мышечном расстройстве, его возможных последствиях и осложнениях. Меры профилактики бруксизма и его последствий заключаются в устранении предрасполагающих факторов, способствующих его возникновению (неправильный выбор профессии, нерациональная организация труда, несоответствие профессии состоянию нервной системы).

С целью предупреждения бруксизма у детей целесообразно проводить следующие мероприятия:

- 1) санитарное просвещение родителей и работников дошкольных учреждений; 2) устранение факторов риска (острые края кариозных зубов, аномалии положения зубов, зубных рядов и прикуса, недостаточное физиологическое стирание зубов); 3) профилактика и раннее лечение глистной инвазии; 4) устранение вредных привычек; 5) профилактика внутричерепных родовых травм.

УДК 616.717.4—001.5—089.84

А. Н. Каралин (Чебоксары). К методике остеосинтеза плечевой кости

Предлагаем следующую методику интрамедуллярного остеосинтеза плеча. Большой лежит на здоровом боку. Поврежденная конечность находится в положении максимального разгибания. При закрытом остеосинтезе костномозговой канал вскрывается перфоратором из прокола кожи и мягких тканей по переднему краю акромиального отростка лопатки, где проецируется верхний полюс головки. При открытом ретроградном остеосинтезе в этот же отдел вводится перфоратор.

После остеосинтеза выступающий конец конструкции, введенный под акромиальный отросток лопатки, не препятствует восстановлению функции в плечевом суставе.

Удаление конструкции осуществляется при таком же положении конечности и самого больного.

УДК 617.58—007.29—089.8

А. В. Барский, Н. П. Семенов (Куйбышев). Опыт лечения посттравматических деформаций трубчатых костей нижних конечностей

Авторы наблюдали 189 больных (мужчин — 152, женщин — 37) в возрасте от 3 до 74 лет. У 62 пациентов были ложные суставы, у 20 — дефекты костей, у 76 — несросшиеся переломы, у 31 — неправильно сросшиеся переломы. У 62 больных указанная патология развилась после огнестрельных и открытых переломов, у 127 — после закрытых переломов.

Преимущественные причины развившейся патологии: недостаточная иммобилизация костных отломков (у 34), перерастяжение отломков при скелетном вытяжении (у 10), преждевременная нагрузка конечности (у 12), интерпозиция мягких тканей (у 14), обширные повреждения мягких тканей (у 6), нерациональный подбор металлических конструкций (у 10), перелом металлического стержня (у 7), инфекция — хронический остеомиелит (у 10). У остальных 86 больных основной причиной несращения переломов явилось отсутствие общей стимулирующей терапии.

При оперативном лечении ложных суставов, дефектов костей и несросшихся переломов у 72 больных мы применили внутрикостный остеосинтез металлическим стержнем в сочетании с костной аутопластикой, а у 19 больных с неправильно сросшимися переломами после экономного освежения отломков и их сопоставления произвели остеосинтез металлическим стержнем без костной аутопластики.

Из этих двух групп больных у 13 лиц сращения костей не наступило, и они были подвергнуты повторному оперативному вмешательству. Неудачи были связаны не только со снижением регенеративных способностей склерозированных тканей, но и с тем, что внутрикостный остеосинтез не всегда обеспечивает плотный контакт костных фрагментов.

С 1966 г. мы используем различные металлические компрессирующие конструкции, позволяющие добиться одновременно плотного контакта и полной неподвижности костных отломков.

У 7 больных с псевдоартрозами и несросшимися переломами костей голени был применен внутрикостный остеосинтез металлическим стержнем в сочетании с внеочаговой компрессией аппаратом Г. А. Илизарова, а у 5 — без внутрикостной фиксации. Сращение не наступило только у одного больного.

У 45 больных с ложными суставами и несросшимися переломами бедра использован погружной компрессирующий фиксатор, представляющий собой видоизмененный фиксатор В. И. ФISHкина с анкерным устройством. Сращение перелома было отмечено у всех больных.

При лечении 24 пациентов с ложными суставами голени была выполнена костная аутопластика с последующим наложением гипсовой повязки. У 5 лиц сращения не последовало, и в дальнейшем они были подвергнуты повторному оперативному вмешательству с применением внеочагового компрессионного остеосинтеза.

Из ранних послеоперационных осложнений у 9 больных развилось воспаление мягких тканей, излеченное местным введением антибиотиков. У 17 пациентов обострился хронический остеомиелит, что потребовало внутриартериальной инфузии антибиотиков. В результате у 12 лиц воспалительный процесс был купирован.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 мес до 6 лет у 157 больных. Отличный функциональный результат был получен у 67 больных, хороший — у 54, удовлетворительный — у 21, плохой — у 15. Опыт оперативного лечения посттравматических деформаций костей голени и бедра позволяет рекомендовать сочетание костной аутопластики с применением внутрикостных, боковых или внеочаговых компрессирующих конструкций.

УДК 618.39—089.888.14—02:616.43/45

Г. А. Гатина, Л. П. Бакулева, Т. И. Кузьмина (Москва). Влияние искусственного аборта на нейроэндокринную систему женщины

Целью исследования являлось изучение влияния искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины.

Под наблюдением в течение 3—9 месяцев находились 67 женщин после искусственного прерывания беременности в I триместре. В процессе наблюдения измеряли АД и частоту пульса в динамике; проводили клинические анализы крови, мочи и вегетативные пробы; определяли гирсутое число Голлвея — Ферримана, морфограммы и обследовали по тестам функциональной диагностики.

При общеклиническом обследовании у всех женщин патологии не обнаружено. У 51 из 67 женщин выявлены нейроэндокринные сдвиги, которые подразделились на эмоционально-вегетативные изменения, расстройство мотивации (анорексия, булимия, жажда, повышение или понижение либидо), вегетососудистые расстройства с дисфункцией кардиоваскулярной системы, вегетососудистые расстройства с дисфункцией желудочно-кишечного тракта, вегетососудистые расстройства с нарушением терморегуляции, аллергические проявления, обменно-эндокринные расстройства. Данные сдвиги существовали до аборта и оставались без изменения после него у 20 из 51 женщины, возникли впервые после перенесенной