

degeneration. The transition to the nephrotic and then, to the cachectic stage results in the further aggravation of the state of the myocardium.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бриккер Р. Н. Тер. арх., 1960, 12, с. 72.
2. Галстян А. А., Джавари Ф. А., Захарян С. А., Казарян Ф. Г. Кровообращение АН АрмССР, 1975, т. 8, 1, с. 24.
3. Карпман В. Л. Кардиол., 1961, 5, с. 74.
4. Кипшидзе Н. Н., Чумбуридзе И. Т., Твилдиани Д. Д., Думбадзе З. Г. Кардиол., 1963, 3, с. 27.
5. Лецинский Л. А. Клин. мед., 1960, 12, с. 65.
6. Шонова Н. Г., Джавари Ф. А. В сб.: Тезисы 9-й научно-практической конференции детских врачей. Ереван, 1975, с. 71.

УДК 616.718—089+616.72—089

И. А. ОСЕПЯН, А. Г. ЕСАЯН, Ш. М. АГАЗАРЯН, А. М. ОГАНЕСЯН

К ДИНАМИКЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗУДЕКА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРИАРТЕРИАЛЬНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ПОДМЫШЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Дан анализ клиничко-функциональных изменений у больных с синдромом Зудека, у которых в комплексе лечения производилась периаптерияльная симпатэктомия подмышечной артерии, приведшая к улучшению клиничко-функциональных показателей. Некоторое отставание восстановления костной структуры пораженной области не отражается на исходе лечения.

Причиной развития синдрома Зудека может быть любая травма костей (чаще переломы лучевой кости в классическом месте), мягких тканей, воспалительные процессы в кисти. В патогенезе этого заболевания, на наш взгляд, доминирующее место занимает прогрессирующий дистрофический процесс, возникающий в результате дисбаланса функции вегетативной нервной системы в сторону превалирования симпатикотропного эффекта.

Нами проведены исследования клиничко-функциональных изменений у 20 больных с синдромом Зудека, у которых в комплексе лечения производилась периаптерияльная симпатэктомия подмышечной артерии на поврежденной стороне. Среди больных было 12 женщин и 18 мужчин в возрасте от 40 до 65 лет. Причиной возникновения синдрома Зудека у 16 больных был перелом лучевой кости в классическом месте, у 3—переломы пястных костей, у 1—ушиб кисти. Оперативное вмешательство производилось в период от 8 до 10 недель от начала возникновения травмы или воспалительного процесса.

Основные жалобы больных сводились к непрекращающимся болям в поврежденной конечности. Суставы пальцев и кисти были неподвижны, отечны, попытки пассивных движений вызывали сильную боль. Кисть цианотична, холодна. Часто отмечалось повышенное потоотделение и усиленный рост волос на кисти. У всех больных в послеоперационном

периоде производились функциональные исследования периферического кровотока предплечья и кисти и рентгенография.

На реовазограммах отмечалось снижение реовазографического индекса от 0,05 до 0,2. При электромиографическом исследовании выявлено выраженное снижение амплитуды биопотенциалов на больной стороне при произвольном сокращении мышц без качественных изменений. Данные кожной электротермометрии показывали повышение температуры на пораженной стороне в пределах 0,5—1,0°C. При капилляроскопии выявлено уменьшение общего числа капилляров с замедленным кровотоком, незначительная извитость капилляров.

До последнего времени рентгенография была основным методом диагностирования синдрома Зудека. Даже при явных клинических данных многие врачи не ставили диагноз при отсутствии классических рентгенологических признаков, хотя клинические признаки всегда предшествуют рентгенологическим в среднем на 4—6 недель. Как известно, основным патологическим изменением костей при синдроме Зудека является радиологическая гиперпросвечиваемость кости или остеопения. Самое характерное изображение создается «пятнистым» или вакуолярным остеопорозом. Пятнистость состоит обычно из отдельных круглых или овальных изображений без четко очерченных границ. Часто бывают также диффузные области, создающие впечатление, будто архитектура кости в некоторых местах неравномерно стерта. Иногда встречается «разжижение» кости, создающее однородную повышенную просвечиваемость, для определения которой требуется сравнение со здоровой контрлатеральной стороной. Трабекуляция кости может также почти исчезнуть, как будто кость лишается различной структуры, приобретая мутную, неясную архитектуру.

В первые 2—3 недели после операции, когда отек полностью спадает, боли исчезают, и больные могут активно двигать пораженными суставами. Рентгенологических изменений в структуре кости, кроме первоначальных, не было обнаружено. Однако данные функциональных исследований уже на 3-й день после периапериартериальной симпатэктомии подмышечной артерии претерпевают значительные изменения в лучшую сторону. К концу первой недели после операции показатели реовазографии, электромиографии и кожной термометрии на обеих верхних конечностях становятся идентичными. При капилляроскопии отмечается значительное увеличение числа капилляров с нормализацией кровотока.

К 4—5-й неделе после операции движения в суставах кисти полностью восстанавливаются, сила ее значительно возрастает, и кисть приобретает нормальный вид. В этот период обнаружено некоторое улучшение костной структуры у 14 больных с вакуолярным видом остеопороза костей кисти по сравнению с контрлатеральной стороной. Полное восстановление структуры кости наступает к 3—4-му месяцу. Динамическое обследование 6 больных с синдромом Зудека, у которых имелся диффузный вид остеопороза, показало, что несмотря на хорошие клинические результаты структура кости восстановилась у них лишь частично к 6—7-му месяцу после операции.

Таким образом, изучение динамики клинических, рентгенологических изменений и данных функциональных исследований после периаптериальной симпатэктомии подмышечной артерии на пораженной стороне при синдроме Зудека показало, что клинически прогрессивное восстановление функции конечности соответствует данным функциональных исследований. Рентгенологическая степень регрессии остеопороза отстает от фактического выздоровления больного. Структура костей восстанавливается значительно позже и не может быть критерием практического выздоровления больных с синдромом Зудека после периаптериальной симпатэктомии подмышечной артерии.

Ереванский НИИ травматологии и ортопедии
им. проф. Х. А. Петросяна

Поступила 17/1 1985 г.

Ի. Հ. ՀՈՎՍԵՓՅԱՆ, Ա. Գ. ԵՍԱՅԱՆ, Շ. Մ. ԱԳԱԶԱՐՅԱՆ, Ա. Մ. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

**ՎԵՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅՔՆԵՐԻ ԶՈՒԴԵԿԻ ՍԻՆԴՐՈՄՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՄՈՏ
ԹԵՎԱՏԱԿԱՅԻՆ ԶԱՐԿԵՐԱԿԻ ՀԱՐՋԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՍԻՄՔԻՍՏՈՄԻԱՅԻՑ
ՀԵՏՈ ԿԼԻՆԻԿՈ-ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ**

Ուսումնասիրվել են Զուդեկի սինդրոմով տառապող 20 հիվանդներ, որոնց կատարվել է թևատակային զարկերակի հարդարկերակային սիմպաթէկտոմիա: Դինամիկայում ուսումնասիրվել են կլինիկական ցուցանիշները (ալցուց, ցավ, շարժման սահմանները, թաթի ուժը և այլն), ինչպես նաև մաշկի շերտավորումը, մաշկանոթների դիտումը, էլեկտրամկանագիրը և վնասված վերջույթի ռենտգենյան փոփոխությունը: Դինամիկ հետազոտության ժամանակ եզրակացվել է, որ սիմպաթէկտոմիայից հետո վերջույթի ֆունկցիայի վերականգնումը համապատասխանում է ֆունկցիոնալ հետազոտությունների տվյալներին:

Ոսկորի կառուցվածքը վերականգնվում է զգալի ուշ և չի կարող ծառայել որպես սահման Զուդեկի սինդրոմով տառապող հիվանդների պրակտիկ առողջացման համար բուժման այս եղանակի դեպքում:

I. A. HOSEPIAN, A. G. YESAYAN, Sh. M. AGHAZARIAN, A. M. HOVANESSIAN

**ON THE DYNAMICS OF CLINICOFUNCTIONAL CHANGES IN
PATIENTS WITH SUDECK'S SYNDROME OF THE UPPER
EXTREMITIES AFTER PERIARTERIAL SYMPATHOECTOMY OF THE
AXILLARY ARTERY**

It has been carried out the analysis of the clinicofunctional changes in 20 patients with the Sudeck's syndrome, who had undergone the periartricular sympathoectomy of the axillary artery. The improvement of the clinicofunctional indices in such patients has been observed. Some lag of the bone structure recovery of the affected region, does not influence the outcome.