

(Окончание. Начало в № 23 от 04.04.2012.)

У пациента после травмы возникает боль, которая не совсем адекватна травме. Например, после умеренной травмы кисти возникает боль, которая, как правило, не соответствует месту травмы. Так, при травме в боковой части кисти боль возникает в области лучезапястного сустава. Она может распространяться на мышцы плеча. Часто это острая, пронизывающая боль, которая возникает в момент движения и успокаивается в покое. Может развиваться отек кисти, сустава, который также не соответствует степени травмы. Боль может быть ровной или нарастать.

Боль ведет к нарушению функции конечности, ограничению движений, еще большей невротизации нервной системы, если она была и до этого.

Все эти явления могут вести к различным, порой очень серьезным последствиям. Невозможность активных физических движений и такие лечебные мероприятия, как гипсование, могут вести к дистрофическим явлениям в кисти, мышцах, сухожилиях, наступлению трофических нарушений. В исходе пациента может ждать потеря функций конечности.

Единственным постоянным признаком начального периода дистрофии является болевой синдром различной степени выраженности. Вазомоторные нарушения сопровождаются массивным отеком тыльной стороны кисти и часто нижней трети предплечья, гиперемией, повышением температуры кожи. Во второй стадии наступает постепенное уменьшение боли, характерны комбинированные контрактуры с выраженным артрогенным компонентом, кожа истончается, бледнеет и атрофируется, возникает ее глянецовитость, часто гипертрихоз и гиперкератоз. На третьей стадии наступает атрофия всех тканей с контрактурами в суставах смешанного генеза. В тяжелых случаях и при отсутствии соответствующего лечения это приводит к фиброзу анкилозу.

При тяжелом и длительном течении болезни, естественно, может развиваться остеопороз. Следует сказать, что ряд авторов различают 2 вида остеопороза при синдроме Зудека. С одной стороны, это остеопороз, связанный с иммобилизацией и длительным лишением функций конечности. С другой – быстро развивающийся и достаточно выраженный, который считают обязательным самому синдрому Зудека. Такой остеопороз рентгенологи обозначают как «пегий», или «пятнистый», и выявляется он к 3-4-й неделе у 80% больных. При прогрессировании болезни остеопороз может стать более диффузным.

Этот признак обычно используется в диагностике болезни, хотя для достижения такой цели нужны динамические наблюдения и высокая квалификация рентгенолога.

В диагностике предлагается также использовать радиоактивные изотопы, хотя что-либо специфического этот метод не дает.

Поэтому в диагностике болезни в основном, как и во многих других случаях в медицине, основную роль играет клиника.

Для определения степени нарушения функции часто применяют доплериметрию, термографию, динамометрию.

**Профилактика** болезни очень сложна. Нет никаких критериев, по которым можно было бы сказать, что у данного травмированного разовьется синдром Зудека, а у другого – нет.

Определенную профилактическую направленность имеет грамотно оказанная первая помощь травмированным пациентам – ее экстренность, достаточная и умелая анальгезия, безболезненное и грамотное проведение необходимых вмешательств, возможно, психологическая помощь – деонтологические воздействия, раннее назначение транквилизаторов и т.д.

**Лечение.** Разумеется, что там, где она показана, в первую очередь применяется хирургическая помощь – сопоставление отломков костей, их фиксация разными способами и другие показанные манипуляции. И всё же консервативная помощь играет важнейшую роль.

Прежде всего, нужна психотерапевтическая работа с больным, детальное разъяснение пациенту сути его болезни, максимальное внимание к нему, особенно в первые недели.

На втором месте стоит создание для пораженной конечности покоя. Эту цель может выполнить гипсовая повязка. В зависимости от степени травмы, причины развития синдрома (просто травма или перелом), может быть наложена полуповязка или полностью охвачена кисть с фиксацией суставов пальцев, пястных и лучезапястного суставов. Желательно, чтобы такая повязка делалась из современных легких гипсов, что, к сожалению, мало распространено в России. При этом очень важно добиться того, чтобы фиксация не сопровождалась сдавлением ткани кисти.

Важно помнить, что, несмотря на все наши старания и умения, нередко в следующие от наложения гипсовой повязки дни, в травмированной конечности возникает отек и повязка начинает сдавливать ткани. Поэтому обязательно в первую и даже вторую неделю

# Синдром Зудека

периодически давать пациенту мочегонные – фуросемид по 40 мг 2 или 3 раза в неделю или торасемид 5 или 10 мг так же. Верошпирон (по 50 мг 1 раз в день, 15-20 дней), действуя медленно и равномерно в течение суток, хорошо дополняет более сильные диуретики и обеспечивает устойчивое снятие отека. Если, несмотря на это, пациент чувствует сдавление тканей кисти, может потребоваться некоторое механическое расширение гипсовой повязки.

Одновременно с этими манипуляциями следует назначить противовоспалительно-аналгезирующую терапию. Хотя синдром называется дистрофическим, всё же здесь обязательно применение противовоспалительных средств с выраженным анальгезирующим эффектом. Для этих целей подходят действенные современные неспецифические противовоспалительные средства (НПВС). Это может быть лорноксикам 8 мг, диклофенак 100 мг, или мелоксикам 7,5 мг 1 раз в сутки, или нимесулид 50-100 мг 2 раза в сутки, или другие НПВС, современные комбинированные препараты типа залдиара (2-3 таб. в сутки) или новые препараты типа флупиртина (до 3-4 таб. в день). При сильных болях в первые дни (недели) возможно парентеральное (внутримышечное или внутривенное) введение лорноксикама 8 мг, кеторолака 30 мг или баралгина 5 мл (2,5 г) либо других препаратов. От наркотических анальгетиков следует воздержаться, ибо вышеуказанными препаратами при грамотном их использовании можно добиться достаточного эффекта.

Следующей группой препаратов для лечения этих пациентов являются транквилизаторы, антидепрессанты и препараты, воздействующие на нейродистрофические процессы.

Одним из лучших современных транквилизаторов безрецептурного отпуска является тофизопам. Его назначают по 50 мг утром натощак, в 12 и 16 часов в течение 6-8 недель. Препарат не вызывает сонливости, обладает достаточно мощным успокаивающим эффектом, хорошо переносится. Может длительно применяться в поддерживающей дозировке – 1 таб. в день.

Из антидепрессантов доступным, действенным и хорошо изученным препаратом является amitриптилин. Наш большой клинический опыт свидетельствует о том, что в терапевтической практике вполне достаточны, хорошо переносятся и действительны минимальные дозы по 10 мг утром после еды и в 16-17 часов. Единственным условием остается достаточная длительность его применения. Известно, что его действие имеет отсроченный эффект, начинается с конца недели приема, оптимально проявляется через месяц и закрепляется в пределах 3 месяцев, каковым и (и даже дольше) должен быть срок применения этого препарата.

Для воздействия на нейродистрофический процесс можно применить ипидакрин. Его положительным свойством является и то, что он уменьшает миастенические явления, которые несомненно имеют место при синдроме Зудека. Доза препарата 20 мг в таблетках 3 раза в день независимо от еды, также 2-3 месяца. Препаратом, способствующим улучшению функций нервов, является мильгамма (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> и В<sub>12</sub> в одной ампуле). Вводится препарат по 2 мл внутримышечно, 1 раз в день, 20 дней, а затем 1-2 таблетки в день независимо от приема пищи еще 2-3 месяца. Вместо него может быть применен рег ос нейромультивит в дозе 1-2 таблетки в день после еды 3-4 месяца.

У нас нет опыта в этом направлении по синдрому Зудека, но есть большой опыт по лечению остеохондроза современными препаратами тизанидином и габапентином. Поскольку они оказываются достаточно высокоэффективными в лечении остеохондроза, где дистрофические явления в нервах играют немалую роль, то представляется возможным их применение и при синдроме Зудека. Тизанидин следует давать по 4 мг 3 раза в день до еды, 1-1,5 месяца. Габапентин по 300 мг 1 таб. 1 раз в первый день, 2 раза во второй, 3 раза на третий и затем по 2 таб. 3 раза в день 1-1,5 месяца.

Нельзя забывать и о лечении и профилактике остеопороза. Наилучшим препаратом для профилактики остеопороза является алендронат. Этот препарат назначается внутрь, независимо от еды, по 10 мг ежедневно, дополняя его 70 мг каждый седьмой день. Может быть назначена ибандроновая кислота 150 мг 1 раз в месяц внутрь.

Если гипсовая повязка не глухая и есть доступ к кисти (стопе), суставу, то в эти доступные места с первого дня следует втирать различные комбинации мазей (димексид с гепарином) и кремы кетонал или долгит. Мази наносятся в небольшом количестве и осторожно втираются с легким отводящим массажем. Димексид приводит к глубокому проникновению в ткани гепарина и НПВС,

обезболивающему, противоотечному и лечебному эффекту.

Несколько слов о средствах, тонизирующих нервную систему, – женьшене и мумие, которым народ приписывает заживляющие раны и переломы свойства. Мы не можем рекомендовать мумие, так как со стопроцентной достоверностью можно утверждать, что то средство, которое ныне продается в аптеках под названием «мумие», не имеет к данному препарату никакого отношения. В мире просто нет и одной миллионной доли такого количества естественного мумие. А поскольку женьшень ныне выращивается на плантациях, в его подлинности есть хотя бы небольшая уверенность. Поэтому мы рекомендуем при синдроме Зудека принимать 1 капсулу женьшеня в день несколько месяцев.

Нам представляется, что в лечении синдрома Зудека должно найти также применение однократное введение в место болей препарата ботокс (ботулотоксин, тип А). Рекомендуюема в конечность доза – до 300 ЕД. Этот современный мощный фактор снятия боли может оказаться весьма полезным в лечении синдрома Зудека.

С самого начала болезни необходимо проводить и физиотерапевтическое лечение. Если есть доступ к коже кисти или стопы, можно проводить лечение ультразвуком с гидрокортизоном ежедневно, 12-14 сеансов. В более поздние сроки можно применить магнитотерапию, которую, кстати, можно делать и через гипсовую повязку.

При улучшении состояния после снятия гипсовой повязки пациенту необходимо проводить двигательную терапию. Здесь основное место принадлежит как очень осторожному массажу с помощью специалиста, так и самомассажу. Необходимо убедить больного в его большой целесообразности и обучить его приемам самомассажа, а также в необходимости активно проводить двигательную гимнастику ежедневно, соразмеряя ее с усилением болей. Если во время гимнастики боли появляются или нарастают, то следует уменьшать интенсивность тренировок и наоборот.

В литературе можно найти рекомендации и более агрессивных методов лечения – блокад симпатических ганглиев, внутрикостных блокад, невролиза, невротомии, экстирпации звездчатого узла и т.д. Всё же не мешает помнить, что они могут иметь место лишь в том случае, если действительно проведено достаточное и упорное комплексное консервативное лечение и оно не дает эффекта.

В заключение приводим описание одного случая синдрома Зудека.

Пациент Ш.Р., 1965 г. р. До заболевания имели место стрессовые ситуации бытового характера. В начале августа 2010 г. случайно умеренно травмировал правую кисть у основания большого пальца. Вскоре появились умеренные боли у основания пальца в этой кисти. 20 августа случилась повторная травма, уже кисти, также примерно у основания большого пальца по тыльной поверхности. После этого уже появились достаточно выраженные острые боли в кисти, лучезапястном суставе и тянущие боли выше по локтевой стороне, тугоподвижность всех пальцев, рука потеряла работоспособность.

Обратился к травматологу в травмпункт. Был сделан рентгенологический снимок, костные повреждения не выявлены. Травматолог просто посоветовал фиксирующую повязку, мазь кетопрофен и ванночки с морской солью. Самостоятельно в эти же дни (22 или 23 августа) сделал горячую местную ванну, после которой также втирал мазь. Ванна привела к выраженному усилению болей по пястно-запястной области, по большому пальцу, в лучезапястном суставе, по ходу предплечья, больше в локтевой части, отечности.

После этого обратился ко мне. По моему совету в область болей стал втирать гель долгит, гидрокортизоновую мазь и крем долгит, а внутрь принимать диклофенак ретард по 100 мг 1 раз в день утром сразу после еды. Боли несколько поутикли, отечность уменьшилась, однако существенного улучшения не было. Вновь был повторен рентгеновский снимок, на котором повреждения костей также не выявлено. Консультирован профессором травматологом и невропатологом, которые поставили диагноз синдрома Зудека. Травматолог выявил некоторую излишнюю подвижность в пястно-фаланговом суставе большого пальца кисти, считал, что имеется повреждение связок запястно-пястного сустава и рекомендовал наложить гипсовую повязку для иммобилизации большого пальца и запястья, что и было сделано 3 сентября.

Пациент имеет склонность к пылевой аллергии, частым ОРВИ.

Одновременно с фиксацией сустава по поводу синдрома Зудека и склонности к аллергии были сделаны лекарственные назначения:

1. Ипидакрин по 20 мг 3 раза в день.
2. Диклофенак ретард по 100 мг 1 раз утром после завтрака.
3. Нейромультивит 1 драже сразу после обеда.
4. Тофизопам 1 таб. утром натощак, в 13 и 16 часов.
5. Физиопроцедуры на область кисти – магнитотерапия 15 сеансов.

6. Противоаллергические средства – лоратадин утром 1 таб., а на ночь – хифенадин 25 мг и фамотидин 40 мг.

7. Амитриптилин 10 мг 1 таб. на ночь. Поначалу боли вроде бы стали меньше, затем, особенно по ночам, стали усиливаться, распирающие боли в большом и указательном пальцах и некоторая отечность кисти. В связи с этим 20 сентября травматолог слегка раздвинул гипс, снял сжатие у основания большого пальца и рекомендовал упражнения – сгибания и разгибания пальцев. В тот же день (20 сентября) сделан общий анализ крови, в котором отклонений от нормы нет – гемоглобин 151 г/л, лейкоциты 4,1х10<sup>9</sup>/л, тромбоциты 183х10<sup>9</sup>/л, формула в норме, СОЭ 7 мм/час.

Лечение продолжено то же. Кроме того, в связи с некоторой отечностью сустава был назначен фуросемид 40 мг 2 раза в неделю, а доза амитриптилина увеличена и изменено время приема – 10 мг утром натощак и в 17 часов. Физиопроцедуры продолжены.

На фоне этой терапии отечность кисти уменьшилась, распирающие боли в большом и указательном пальцах уменьшились, упражнения пальцев привели к улучшению их подвижности, боли не усиливались. В целом состояние руки также стало лучше, но полной нормализации не было.

Гипсовая повязка снята 2 октября. Имеется некоторое улучшение – меньше отечности у основания большого пальца, в кисти. Однако боли при движении кисти в суставе, особенно по ходу локтевой кости (нерва?) держатся. Кроме того, развился, по-видимому, сухожильный анкилоз в области большого пальца кисти – он не сгибается. Остальные пальцы также полностью не сгибаются, даже в большей степени, чем до наложения гипса.

Продолжено лечение вышеуказанными препаратами и начата разработка пальцев – постоянные сгибания и разгибания. Кроме того, по разрешению травматолога возобновлены физиопроцедуры – ультразвук с гидрокортизоном. Возобновлены втирания в кисть и плечо геля долгит и крема долгит.

10 октября выявлено улучшение – большой палец сгибается, хотя и не полностью, остальные пальцы также стали сгибаться полнее, боли стали менее выраженными. Восстанавливается функция кисти – может переносить легкие вещи, делать легкую работу недлительного характера.

Лекарственное лечение продолжено в полном объеме.

17 октября: состояние продолжает улучшаться – болей меньше, функция кисти улучшилась – может работать с компьютерной мышью, водить машину.

Всё же решено лечение продлить еще 1-1,5 месяца. Рекомендовано продолжить:

1. Ипидакрин по 20 мг 1 раз в день.
2. Диклофенак ретард по 100 мг утром после завтрака через день или 2 раза в неделю и т.д. – по болевому синдрому – также еще 1-1,5 месяца.
3. Нейромультивит 1 драже через день 1 месяц, 2 раза в неделю – несколько месяцев.
4. Тофизопам 1 таб. утром натощак и 1 в 3-4 часа дня еще месяц, затем 1 раз утром 1-2 месяца по потребности.
5. Противоаллергические средства – лоратадин утром 1 таб., а на ночь – хифенадин 25 мг и фамотидин 40 мг еще 2-3 месяца.
6. Амитриптилин 10 мг утром натощак и в 6-7 часов вечера – еще 2 месяца, далее – по состоянию.

7. 1 таб. женьшеня длительно.

8. Местно периодически втирать гель долгит и крем долгит.

Таким образом, можно видеть, что у данного пациента за двухмесячный срок удалось достичь почти полного излечения синдрома Зудека.

Пациент осмотрен мной и в последующем. Наступило практически полное выздоровление, кисть работает в полном объеме, болей нет.

Следует отметить, что данное заболевание, по сути дела, попадает в разряд «ничейных». Это не чисто ортопедо-травматологическая патология и тем более не только неврологическая проблема. Она как бы пограничная между ними. Но, кроме того, учитывая психологические проблемы, нередко поражение суставов, в лечении не может не участвовать терапевт. Лечить таких больных должен этот триумвират. И в таком случае есть надежда на успех в излечении этой не очень ясной и нередко инвалидизирующей болезни.

**Ибрагим ШАМОВ,**  
профессор.

Дагестанская государственная  
медицинская академия.