

своевременная санация патологии сустава ведет к поражению хрящевых структур и костной ткани с выраженным нарушением функции сустава. Широкое внедрение в клиническую практику эндоскопических технологий дает возможность с помощью миниинвазивного вмешательства расширить диагностические и лечебные манипуляции на коленном суставе. Диагностика патологии сустава проводилась на основании опроса пациента, осмотра, проведения функциональных проб, рентгенологического обследования, при необходимости проводилась эндоскопическая верификация патологии коленного сустава.

За пять лет в факультетской хирургической клинике выполнено 573 артроскопических вмешательств на коленном суставе. Мужчин было 453 (73,9 %), женщин — 150 (26,1 %). Средний возраст составил 35,1 года.

Болевой синдром отмечен у 91,3 % пациентов, его усиление при «нагрузочных пробах» отмечено у 60,9 %. Увеличение объема сустава было в 45,7 %, гипотрофия мышц бедра — в 19,5 %, положительный симптом Байкова — в 79,3 %, положительные ротационные пробы — в 58,7 %, боль по ходу суставной щели — в 17,4 %, симптом «щелчка» в 19,7 %, баллотирование надколенника — в 10,7 % и симптом «переднего выдвижного ящика» — в 8,7 % наблюдений.

В выборе анестезиологического пособия играет роль кратковременность вмешательства, отсутствие необходимости глубокой релаксации, наличие кровоостанавливающего жгута на бедре. Современные фармакологические препараты дают возможность обеспечить адекватное обезболивание без риска для жизни пациента. Если оперативное пособие превышало 30 минут, пациенту рас-

пускался жгут на бедре на 5–7 минут и затем вновь накладывался до завершения пособия.

В своей практике мы широко использовали для непродолжительных вмешательств диприван в комбинации с наркотическими анальгетиками (68,3 %). При этом получали адекватную глубину наркоза. Основные витальные параметры на протяжении всей операции были стабильными. Короткая постнаркозная депрессия обеспечивала возможность раннего перевода пациента из палаты интенсивной терапии с активизацией пациента. Высокая себестоимость препарата ограничивает его широкое применение в клинической практике.

Кроме того, мы использовали для анестезиологического пособия (8,4 %) кетамин. Практически во всех случаях в постнаркозном периоде отмечалась выраженная психомоторная реакция с галлюцинаторным синдромом. Пациенты требовали наблюдения в течение 2–6 часов, для купирования реакции приходилось прибегать к седативной терапии в стандартных дозировках.

В 23,3 % наблюдений для наркоза использовали традиционно барбитураты, в основном, тиопентал натрия в обычных дозировках. Если глубина наркоза при применении данных препаратов была достаточной, то «управляемость» наркозом имела определенные сложности. Отмечалась длительная постнаркозная депрессия, требующая постоянного наблюдения за пациентом.

Методом выбора при анестезиологическом обеспечении миниинвазивных вмешательств на коленном суставе является использование дипривана и его аналогов в сочетании с наркотическими анальгетиками.

УДК 616.727.2:616.717.2]:615.357.453

В.Ф. Найданов, Н.Ю. Никонов, Н.В. Захаров

ВЛИЯНИЕ ИНЪЕКЦИЙ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НА РЕЗУЛЬТАТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДАКРОМИАЛЬНЫМ ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМОМ ПЛЕЧА

МЛПУ Медико-санитарная часть «Строитель» (Томск)

Импинджмент-синдром является наиболее общим и универсальным проявлением многих заболеваний и повреждений плечевого сустава. При его лечении обычно применяется противовоспалительная терапия, методы физиотерапии и локальная инъекционная терапия по методике Нира. Нами были подвергнуты ретроспективному анализу 72 истории болезни пациентов с субакромиальным импинджмент-синдромом. 32 пациента получали инъекционную терапию с применением глюкокортикоидов, а 40 — без их использования. Анализ показал отсутствие статистически значимых различий в результатах лечения пациентов исследуемых групп. Это подтверждает тот факт, что импинджмент-синдром — это явление не воспалительного генеза, а функциональное.

Ключевые слова: субакромиальный импинджмент синдром, вращающая манжета плеча, локальная инъекционная терапия

INFLUENCE OF GLUCOCORTICOID INJECTIONS ON THE RESULT OF CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH SUBACROMIAL IMPINGEMENT-SYNDROME OF HUMERUS

V.F. Naydanov, N.Yu. Nikonov, N.V. Zakharov

Medical-sanitary unit «Stroitel», Tomsk

Subacromial impingement is a most common syndrome in patients with painful shoulder. Anti-inflammatory, physical and local injection therapy by Neer method usually use in these cases. Some authors recommend to

use glucocorticoids for local injection therapy. The retrospective analysis of 72 case reports of patients with subacromial impingement was made. 32 of them have received local injection therapy with glucocorticoids. 40 patients have received local injection therapy with out of glucocorticoids. In this analysis we didn't find any different in results of treatment between these groups of patients. It confirm our opinion that subacromial impingement has a functional, but not inflammatory genesis.

Key words: subacromial impingement-syndrome, rotatory cuff of the humerus, local injection therapy

Импинджмент-синдром является наиболее общим и универсальным проявлением многих заболеваний и повреждений плечевого сустава. Среди них наиболее часто встречаются полные и частичные разрывы вращающей манжеты плеча, тендиноз и кальцифицирующий тендиноз вращающей манжеты плеча, остеоартроз, легкие и средние степени замороженного плеча (тугоподвижности плечевого сустава). Как правило, лечение большинства случаев этой патологии проводится консервативно, включает противовоспалительную терапию, специальные методики лечебной физкультуры, массаж, различные методы физиотерапии. Одним из основных методов является локальная инъекционная терапия – подакромияльные блокады с анестетиком по методике I. Neer [1]. При этом многими авторами рекомендуется дополнительное введение глюкокортикоидов, таких как дипроспан, дексаметазон [2, 3]. Считается, что данные препараты, сокращающие сроки лечения и приводящие к более быстрому и полному восстановлению функции, обладают выраженным противовоспалительным эффектом.

Мы провели ретроспективный анализ 72 историй болезни пациентов с патологией плечевого сустава за период с 2000 по 2004 гг. включительно. В выборку попали пациенты, находившиеся на консервативном лечении с основным клиническим проявлением патологии плечевого сустава – импинджмент-синдромом. Одним из основных методов лечения у данных пациентов были подакромияльные блокады по I. Neer. Среди нозологических форм в данной группе пациентов отмечены: полные разрывы вращающей манжеты плеча (ВМП), отказы от оперативного лечения; частичные разрывы ВМП; кальцифицирующий и простой тендиноз ВМП; деформирующий остеоартроз; легкие и средние степени замороженного плеча. Все пациенты были разделены на две группы. В первую попали 32 пациента, которым проводились стандартные блокады по I. Neer. Во вторую группу попали 40 больных, которым проводились блокады

по I. Neer с добавлением дексаметазона в средней дозировке 8 мг на одно введение. Обе группы оказались однородными по полу, возрасту, структуре нозологических единиц. Средний возраст составил в первой группе 53,5 лет; во второй – 52,6 лет. Среднее количество выполненных блокад за период лечения составило в первой группе – 5,6; во второй – 5,9. Трудоспособных пациентов было в первой 18 человек (56,2%), во второй – 26 (65%). Средний койко-день периода лечения составил в первой группе 20,6; во второй – 18,9. Осложнений не было получено ни в одной из групп. С улучшением выписаны все пациенты обеих групп. Трудоспособность была полностью восстановлена у 14 пациентов из первой группы (77,7% от всех трудоспособных больных) и у 19 из второй группы (73,1%).

Мы не нашли достоверных различий в результатах лечения этих двух групп больных с импинджмент-синдромом как основным клиническим проявлением патологии плечевого сустава. Это подтверждает тот факт, что импинджмент-синдром – это явление не воспалительного генеза, а функциональное. Именно за счет дискоординации мышечной деятельности, прежде всего, вращающей манжеты плеча, возникает и персистирует акромиально-бугорковый конфликт. Данное заключение требует дополнительного исследования на основе анализа отдаленных результатов лечения пациентов этих групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Charles S. Shoulder reconstruction / S. Charles, I. Neer. – Harcourt Brace Jovanovich. – 1990.
2. Kotaro Y. The targeting accuracy of subacromial injection to the shoulder: An arthrographic evaluation / Y. Kotaro // J. of Arthroscopic and Related Surgery. – 2002. – N 8, Vol. 18. – P. 887 – 891.
3. Louis U. Current Concepts Review – Subacromial Impingement Syndrome / U. Louis, N. William, B. Levine // J. Bone Joint Surgery. – 1997. – N 79. – P. 1854 – 1868.