Таблица 2

Частота наблюдаемых осложнений в подгруппах (n=60)

Подгруппы больных	Без осложнений		С осложнениями	
	n	%	n	%
IA (n=16)	9	56,3	7	43,7
IБ (n=16)	8	50	8	50
IIA (n=14)	10	85,7	4	28,5
IIБ (n=14)	14	100	-	-

Таблица 3

Осложнения в подгруппах (n=60)

Вид осложнения	IA (n=16)	IБ (n=16)	IIA (n=14)	IIБ (n=14)
Нагноение раны	2	3	-	-
Инфильтрат брюшной полости	1	2	-	-
Парез кишечника	2	1	3	-
Желчеистечение	-	-	1	-
Субфебриллитет	8	7	-	-
Госпитальная пневмония	2	3	-	-
ТЭЛА	1	2	-	-
Инфаркт миокарда	1	-	-	-
Летальность	-	-	-	-

Это также подтверждает табл. 3, что показывает отсутствие осложнений при применении методики анестезии ксеноном, в том числе у больных с повышенным риском операции и анестезии, позволяющей существенно снизить послеоперационные осложнения и свидетельствует, что данный метод обезболивания вполне безопасен. В 1а и 1б подгруппах в послеоперационном периоде осложнений различного характера развивались у 7 и 8 из 32 больных, а у одного больного развивалось два и более.

Прочие осложнения: тромбоэмболия ветвей легочной артерии наблюдалась у 3 больных, инфаркт миокарда – 1, госпитальная пневмония – 5. Из «хирургических» осложнений у больных IA и IБ подгрупп нами были отмечены следующие: в 3 случаях отмечались инфильтраты и абсцессы брюшной полости, а 5 нагноение послеоперационной раны. У больных этих подгрупп зафиксированы вечерние время подъемы температуры тела после операции, на 3-е и даже 8-е сутки послепрерационного периода до субфебрильных цифр. Одним из показателей эффективности проводимого лечения в клинике является количество дней, проведенных больным в стационаре (койко-день), который, в свою очередь, подразделяется на два параметра: общий и послеоперационный койко-дни (табл. 4).

Таблица 4

Динамика показателей койко-дней (M±м)

	IA	IБ	IIA	IIБ	P
Общий койко-день	12,3±1,2	14,2±1,3	8,4±1,1	8,4±1,7	<0,05
Послеоперац. койко-день	13,1±1,3	13,2±1,5	7,2±1,2	8,1±1,3	<0,05

Примечание: сравнение между собой показателей всех подгрупп p<0,05

Во 2-й группе (подгруппе А и Б) послеоперационный период был достоверно короче, чем в 1-й группе (подгруппе А и Б) (p<0,05). Это было связано с более быстрым купированием воспаления - как общего, так и местного – в группе больных, где использовался ксенон. При этом в подгруппах 2А и 2Б также раньше нормализировалась температура и купировался болевой синдром 2±0,3 против 4,5±0,3 сут (p<0,05) в 1А и 1Б подгруппах. У больных с «хирургическими» осложнениями срок пребывания в стационаре увеличился на 5,5±1,5 койко-дня.

В случаях применения ксенона отмечалось более раннее восстановление иммунологических показателей. Введение в схему общей анестезии нового газообразного анестетика ксенона в послеоперационном периоде сопровождалось нормализацией цитокинового статуса больных с хирургической патологией за счет снижения уровней цитокинов IL-2, IL-6, TNFα.

Применение ксенона, как основного компонента общей анестезии, способствует нормализации изменений цитокинового статуса наряду с улучшением результатов лечения и снижением частоты послеоперационных осложнений.

Литература

1. *Бельмер С.В.. Симбирцев О.В.* // РМЖ.– 2003.– Т.11.– №3.– С.17–22.
2. *Булава Г.В. и др.* // Хирургия им. Н.И.Пирогова.– 2002.– № 7.– С. 4–11.
3. *Буров Н.Е. и др.* Ксенон в анестезиологии: Клинико-экспериментальные исследования.– М., 2000.
4. *Винницкий Л.И. и др.* // Анестезиол.я и реаниматол.–. 2000.– №5.– С.46–49.
5. *Гадалов В.П. и др.* //Анестезиол. и реаниматол.– 1987.– №4.– С.18–20.
6. *Гришина Т.И.* // Андрол. и генитал. хир.– 2000.– № 4.– С.1–14.
7. *Минаев С.В.* // Вест. Хир. им.И.И.Грекова.–2003.– Т.162, №4.– С.57–63
8. *Минаев С.В.* // Цитокины и воспаление.– Т.3, .№2.– 2004.– С.41–45
9. *Останин А.А. и др.* // Цитокины и воспаления.– 2002.– Т.1,.№1.– С.38–44
10. *Старченко А.А. и др.* // Анестезиол. и реаниматол.– 2002.– №4.– С.46–48
11. *Фрейдлин И.С., Тотолян А.А.* Клетки иммунной системы.– СПб.: Наука, 1999.– 64 с.
12. *Hammer J. H. et al.* // Eur Res 1992.– Vol. 24.– P. 133–137.
13. *Samhan Yasser M.S.* et al. // Anaestesia.– 1996.– Vol. 51, № 4.– P. 318–323

POSTOPERATIVE DYNAMICS OF CYTOKINES LEVEL IN BLOOD DEPENDIG ON USAGE OF GENERAL ANESTHESIA VARIANTS

N.E. BUROV, I.Z.KITIASHVILI, I.V.SRIBNYI, E.V. HRYUKOVA, I.S. FREYDLIN

Summary

For evaluation of the influence of general anesthesia the dynamics of the concentration of cytokins IL-2, IL-6, NTF- & in the blood serum was investigated by the method of immunoenzyme analysis. At the end of the operation a slight increase of the concentration of IL-2, IL-6 was detected and in some cases there was the decrease oftheir concetration by comparison with the initial backgroud. By the end of the first day the patients who had taken xenon, had a reliable decrease of the concentration of cytokins, but som of them hadn't NTF-&.

Key words: cytokins, postoperativ, general anesthesia

УДК 616.13-004.6; 616.831-005.8

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И РИСК КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Ю.В. ЕНЮТИНА*

Когнитивные нарушения – расстройства памяти, внимания, ориентации, программирования действий – служат постоянным компонентом сосудистой мозговой недостаточности в рамках синдрома атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии – ДЭ [2, 13, 14]. Именно когнитивные нарушения являются дизадаптирующим фактором, снижающим качество жизни [12, 15]. В связи с этим актуален поиск факторов риска развития когнитивной дисфункции для их устранения или коррекции. Генетически запрограммированные особенности эмоционально-личностной сферы человека во многом определяют характер, глубину и длительность его нейровегетативных реакций на стрессовые раздражители. Поэтому логичен анализ связи между психоэмоциональным напряжением и проявлениями недостаточности мозгового кровоснабжения, предпринимаемый в последние годы [4, 15]. Трансформация поведенческих и эмоциональных реакций на фоне структурных перестроек внутримозговых связей при старении также подтверждает перспективность изучения эмоционально-личностных качеств больных церебральным атеросклерозом как возможных факторов риска развития когнитивного дефекта. Сенсибилизация к стрессу, тяжелая и длительная

* ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Кафедра неврологии и нейрохирургии, кафедра психиатрии с курсом последипломной подготовки врачей

фиксация человека на отрицательных эмоциях ослабляют адаптационные возможности и способствуют развитию различных заболеваний [3, 4, 7].

Цель работы – поиск особенностей эмоционально-личностной сферы, ассоциированных с когнитивным дефектом при атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии.

Таблица 1

Характеристика эмоционально-личностной сферы при ДЭ в сравнении с нормой ($\overline{X} \pm \sigma x$)

Группы	Гипертимность	Социал. активность	Энергичность	Невротизм	Сенситивность	Робость	Агрессивность	Эмоцион. лабильность	Эмоциональ. инертность
Пациентки, ДЭ, n=51	4,3±0,4*	3,9±0,3	5,9±0,4	9,5±0,3*	9,7±0,2	10,8±0,5	6,1±0,4	8,4±0,3	9,3±0,3*
Норматив для женщин, n=113	6,3±0,5	4,7±0,4	6,3±0,5	7,1±0,5	8,9±0,4	9,3±0,7	6,2±0,5	7,5±0,6	8,2±0,4
Величина P_{1-2}	**<0,01**	>0,05	>0,05	**<0,001**	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	**<0,05**
Пациенты, ДЭ, n=19	4,3±0,5*	4,1±0,5	7,4±0,7	6,8±0,7	7,3±0,5	6,3±1	5,7±0,8	6,4±0,5	9,5±0,5*
Норматив для мужчин, n=119	6,5±0,5	5,3±0,4	6,3±0,5	5,8±0,5	7,3±0,5	6,5±0,7	5,9±0,4	6,1±0,5	7,8±0,4
Величина P_{3-4}	**<0,01**	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	**<0,01**

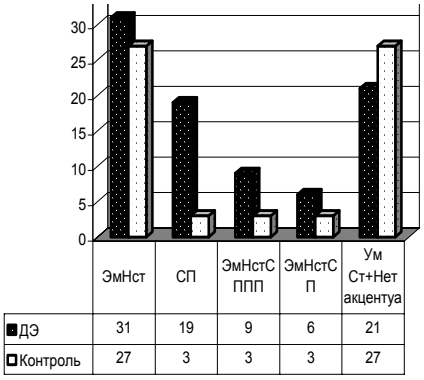

Рис. 1. Характеристика и частота наиболее распространенных типов акцентуаций свойств темперамента при дисциркуляторной энцефалопатии, в сравнении с нормативными показателями контрольной группы (в %). Примечание: ЭмНст – эмоционально нестабильный тип акцентуации; СП – социально пассивный тип акцентуации; ЭмНстСП – эмоционально нестабильный, социальной пассивный тип; ЭмНстСППП – эмоционально нестабильный, социально и предметно пассивный тип; УмСт+Нет акцентуаций – отсутствие или умеренная степень акцентуаций.

Материал и методы исследования. В течение 2002–2006 гг. обследовано 70 больных ДЭ (основная группа); из них 26 с ДЭ I стадии (ДЭ I) и 44 – с ДЭ II стадии (ДЭ II). Все обследованные были пациентами неврологического отделения горбольницы «Липецк-Мед». Контрольная группа состояла из 30 человек, не имевших жалоб на состояние здоровья и указаний на наличие ДЭ. Критерии включения в исследование: наличие ДЭ I или ДЭ II, атеросклероза экстра- и/или интракраниальных сосудов, дислипидемии; уровень «Краткой шкалы оценки психического статуса» выше 25 баллов. Критерии исключения: III стадия ДЭ; деменция; гипертоническая болезнь II-III стадий; мерцательная аритмия; мозговые инсульты или инфаркты миокарда в анамнезе; онкология процессы; эпилептические припадки; язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки; алкогольная болезнь.

Диагноз ДЭ устанавливался на основании общепринятых рекомендаций [3, 9, 10]. При ДЭ преобладал 2b-тип дислипидемии (35–36%), типы 2a и 4-й определялись значительно реже. Гипертензивную болезнь в I стадии имели 27% больных с ДЭ I и 61% – с ДЭ II (контрольная группа – 37%). В связи с этим корректнее обозначать ДЭ у наблюдавшихся пациентов как ДЭ преимущественно атеросклеротического генеза.

Среди больных преобладали женщины (3:1); средний возраст составлял при ДЭ I 48±2 года, при ДЭ II - 60±2 года, в контрольной группе – 52±3 года. Во всех случаях проводили неврологическое, электроэнцефалографическое исследование, спиральную компьютерную томографию (СКТ), тест Векслера [1]. Эмоционально-личностную сферу оценивали с помощью стандартизованного «Теста акцентуаций свойств темперамента» (ТАСТ) [7, 8]. Статистическая обработка проводилась с помощью пакетов прикладных программ STATISTICA 6.0, MS-EXCEL на ПК.

Результаты. При ДЭ I в 42% случаев выявлялся астенический синдром в сочетании с рассеянной церебральной микросимптоматикой. В 27% случаев обнаруживались незначительные вестибуло-атактические нарушения, в 19% – синдром легких когнитивных расстройств. При ДЭ II первые места по частоте занимали синдромы вестибулоатаксии, пирамидных нарушений и когнитивных расстройств (34%, 32% и 23%).

В контрольной группе 9% людей имели астенический синдром, 3% – рассеянную очаговую микросимптоматику; у 88% неврологических отклонений не было обнаружено ($\alpha<0,005$). Изменения СКТ головного мозга свидетельствовали о наличии хронической ишемии, церебральной атрофии и/или диффузных изменений белого вещества у 88 % больных с ДЭ I и у 100% с ДЭ II; при этом превалировала умеренная открытая внутренняя гидроцефалия.

Эмоционально-личностную сферу женщин с ДЭ достоверно отличали от здоровых показатели шкал гипертимности, невротизма и эмоциональной инертности. Для них характерны сниженный фон настроения, тревожность, склонность к пессимизму, трудности переключения с одних видов деятельности на другие, стойкость отрицательных аффектов, чрезмерная озабоченность здоровьем. У мужчин с ДЭ уровень шкалы гипертимности снижен, а шкалы эмоциональной инертности – повышен (табл. 1). Сравнение эмоционально-личностных качеств женщин и мужчин с ДЭ выявило достоверные отличия по социальной активности и эмоциональной лабильности. Особенности темперамента больных ДЭ в виде низкого порога чувствительности к стрессовым воздействиям, склонности к фиксации отрицательных эмоций, трудности коммуникативного плана могут служить факторами риска нарушения компенсации [3, 4]. Ведущие типы акцентуаций свойств темперамента среди обследованных с ДЭ - эмоционально нестабильный (31%) и социально пассивный типы (19%) (рис. 1).

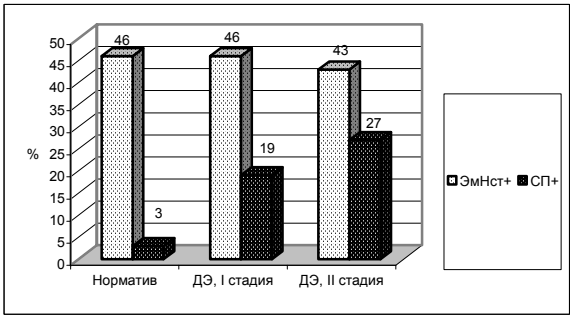

Рис. 2. Долевое распределение акцентуаций эмоционально-личностной сферы, включающих фактор эмоциональной нестабильности или фактор социальной пассивности, при I и II стадиях дисциркуляторной энцефалопатии и у здоровых людей (в %). Примечание: $ЭмНст^{+}$ – больные с акцентуацией фактора эмоциональной нестабильности; $СП^{+}$ – больные с акцентуацией фактора социальной пассивности.

Соотношение частоты неврологических синдромов у больных ДЭ с эмоционально нестабильным и социально пассивным типами акцентуаций представлено в табл. 2.

Социально пассивный тип акцентуации среди больных ДЭ встречался почти в 6 раз чаще, чем в контроле ($\alpha<0,005$). Опреде-

лена общая доля больных с акцентуацией эмоциональной нестабильности: при ДЭ I стадии она равна 46%, при II стадии – 43%, в контрольной группе – 47%. Доля больных с акцентуацией социальной пассивности составляла при I стадии ДЭ 19%, при II – 27%, в контрольной группе – 3% (рис. 2). Влияние стадии ДЭ на распространенность различных типов акцентуаций эмоционально-личностной сферы сводилось к учащению черт социальной и/или предметной пассивности при II стадии ДЭ.

Таблица 2

Долевое распределение неврологических синдромов при эмоционально нестабильном и социально пассивном типах акцентуаций

Неврологический синдром	Частота типов акцентуаций (в%)	
	Акцентуация фактора эмоциональной нестабильности (n=31)	Акцентуация фактора социальной пассивности (n=17)
Астенический на фоне рассеянной очаговой неврологической микросимптоматики	32	30 α>0,2
Вестибуло-атактический	27	23 α>0,2
Пирамидный	14	31 α <0,1
Легких когнитивных расстройств	27	16 α>0,1

Примечание: ЭмНст$^{+}$– больные с акцентуацией фактора эмоциональной нестабильности; СП$^{+}$– больные с акцентуацией фактора социальной пассивности

Обращает на себя внимание, что при социально пассивном типе акцентуации синдром легких когнитивных расстройств встречался реже. Тест Векслера указал на снижение качества оперативной памяти и активного внимания среди лиц с эмоционально нестабильным типом акцентуации (табл. 3).

Таблица 3

Сравнение результатов теста Векслера у больных с эмоционально нестабильным типом и социально пассивным типом акцентуации

Шкалы	Типы акцентуаций		Достоверность различий, P
	ЭмНст (n=31)	СП (n=17)	
«Осведомленность»	10,9	12,6	**<0,05**
«Понятливость»	12,0	13,6	>0,05
«Сходство»	12,6	13,5	>0,05
«Повторение цифр»	7,4	9,4	**<0,01**
«Шифровка»	4,6	5,7	>0,05
«Недостающие детали»	10,9	11,4	>0,05
«Кубики Коса»	8,5	9,2	>0,05

При анализе полученных данных о динамике свойств эмоционально-личностной сферы при различных стадиях ДЭ можно рассматривать 3 возможности: 1) возможность трансформации свойств эмоционально-личностной сферы под влиянием прогрессирующей ДЭ; 2) предпочтительность развития ДЭ у лиц с определенными конституциональными особенностями эмоционально-личностной сферы; 3) существование обоих механизмов. Последний вариант представляется более вероятным. По-видимому, конституциональные особенности эмоционально-личностной сферы могут вторично усугубляться, трансформироваться и комбинироваться в условиях перестройки церебральной нейродинамики, обусловленной инволюционным процессом и прогрессирующей хронической ишемией мозга. При этом даже при стабильном течении и компенсации ДЭ возрастная инволюция, апоптоз и прогрессирующий атеросклероз обедняют резервы церебральной адаптации и могут вторично усилить конституционально обусловленные дефекты кровоснабжения [2, 14, 15]. По данным теста Векслера, когнитивный дефект более выражен при эмоционально нестабильном типе акцентуации (нарушение памяти, внимания, пространственного воображения, способности к классификации, сравнению и упорядочиванию). Однако при оценке результатов теста следует иметь в виду и несомненную связь когнитивного дефицита при ДЭ II стадии не только с атеросклеротическим процессом, но и с артериальной гипертензией, зарегистрированной здесь в 2/3 случаев. Подобная связь доказана в работах Ю.А.Старчиной и В.А.Парфенова [15].

Высокая степень вегетативной дисфункции при эмоционально нестабильным типе акцентуации и нарастание интеллектуальных нарушений с утяжелением стадии ДЭ дают основание предполагать, что данный тип акцентуации является фактором риска когнитивного дефекта при развитии и прогрессировании ДЭ. Возможно, дизонтогенетические особенности, составляющие основу синдрома вегетативной дисфункции, приводят к более быстрому ухудшению когнитивных функций при ДЭ. В качестве косвенного доказательства могут быть привлечены данные СКТ о раннем выявлении отклонений СКТ головного мозга именно при данном типе акцентуации. Полученные данные указывают на определенную роль индивидуальных преморбидных особенностей эмоционально-личностной сферы в развитии и прогрессировании синдрома атеросклеротической ДЭ.

Выводы. Свойства эмоционально-личностной сферы при атеросклеротической ДЭ I и II стадий имеют особенности, глубина и характер которых определяются гендерным признаком и стадией энцефалопатии. Особенности структуры типов акцентуаций в эмоционально-личностной сфере при атеросклеротической ДЭ обусловлены уменьшением доли социально и предметно активных типов акцентуаций и увеличением доли социально пассивного типа. Ведущими типами акцентуаций являются эмоционально нестабильный и социально пассивный типы. Утяжеление стадии атеросклеротической ДЭ сопровождается учащением черт социальной пассивности (с 19 до 27%) и снижением доли лиц без акцентуаций (с 15 до 4%). Эмоционально нестабильный тип акцентуации служит фактором риска когнитивных нарушений при возникновении и прогрессировании ДЭ. Эмоционально-личностные особенности при ДЭ могут снижать мотивацию больных на улучшение состояния.

Литература

1. *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагностике.– Киев, 1989.– С. 7–31.
2. *Дамулин И.В.* Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение: Метод. рекоменд.– М., 2005.– 43 с.
3. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей: Рук-во для врачей.– СПб: Питер, 2000.– 512 с.
4. *Котова О.В. и др.* // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.– 2000.– Т. 100, № 5.– С. 7–11.
5. *Леонгард К.* Акцентуированные личности / Пер. с нем.– Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.– 544 с.
6. *Локшина А.Б. и др.* // IX Всерос. съезд неврологов.– Ярославль, 2006.– С. 69.
7. *Плотников В.В.* Классификация основных типов акцентуаций свойств темперамента: Мат-лы симпоз.– 2005.– С. 162.
8. *Плотников Д.В.* Психофизиологические факторы риска ишемической болезни сердца.– Курск, 2002.– 309 с.
9. *Шток В.Н., Левин О.С.* Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы.– М.: Медицинское информ. агентство, 2006.– 520 с.
10. *Суслина З.А. и др.* Сосудистые заболевания головного мозга: Эпидемиология. Основы профилактики.– М.: МЕДпресс-информ, 2006.– 256 с.
11. *Хомская Е.Д.* Нейропсихология: 4-е изд.– СПб.: Питер, 2005.– 496 с.
12. *Яхно Н.Н., Дамулина И.В.* Достижения в нейрогериатрии.– М.: ММА им. И.М. Сеченова, 1995.– С. 9–29.
13. *Яхно Н.Н., Захаров В.В.* // Неврол. ж.– М.: Медицина, 2004.– Т. 9,№ 1.– С. 4–8.
14. *Яхно Н.Н., Вознесенская Т.Г.* // IX Всерос. съезд неврологов.– Ярославль, 2006.– С. 58.
15. *Starchina J. et al* . // 2nd Congress of the International Society for Vascular Behavioural and Cognitive Disorders (VAS-COG), Abstract book, Florence, Italy.– 2005.– P. 88.

EMOTIONAL-INDIVIDUAL FEATURES AND RISK OF COGNITIVE DISORDERS AT THE ATHEROSCLEROTIC DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

YU.V. ENYUTINA

Summary

It is established the emotional-individual features in different stages of discirculatory encephalopathy and its general types accentuation, including the social-passive and the emotional stable. The emotional non-stable type is the risk factor of cognitive disorders at the development and the progression of atherosclerotic encephalopathy.

The importance of premorbic features of emotional-individual features and its transformation in genesis of chronic vascular cerebral insufficiency is discussed

Key words: discirculatory encephalopathy, premorbic features

УДК 616.71/72-007.248-06:616.72-018.36-002-085

ДЛИТЕЛЬНАЯ ПЕРФУЗИЯ СУСТАВОВ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СИНОВИТОВ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Л.Н. ДОЛГОВА[*], И.Г. КРАСИВИНА[**], А.С. НОСКОВА[**], Е.А. САВИНОВА[**]

Синовит выявляется на всех стадиях остеоартроза (ОА), в том числе и на самых ранних стадиях болезни, играет ведущую роль в деструкции суставного хряща и в конечном итоге – в прогрессировании заболевания [1]. Наличие клинически очевидного синовита является основанием для интраартикулярного введения глюкокортикостероидов (ГКС) [11]. Эффект от этого вида терапии, выражающийся в снижении боли и симптомов воспаления, сохраняется от недели до месяца. Кратность введения ГКС при ОА не должны быть более трех. Более частое введение ГКС не рекомендуется ввиду прогрессирования разрушения хряща [5] Слабое или кратковременное действие двух предыдущих инъекций кортикостероидных препаратов являются относительным противопоказанием к внутрисуставной манипуляции. При этом неэффективность внутрисуставной гормональной терапии вследствие развития резистентности тканей сустава к ГКС, отмечается у 1–10% больных [6]. У 30–60% больных ОА в синовиальной жидкости находят кристаллы основного фосфата кальция и пирофосфата кальция дигидрата, при этом наличие кристаллов коррелирует с рентгенологическими признаками дегенерации суставного хряща и ассоциируется с большим объемом выпота [5]. Эффективность локальной терапии ГКС у этих больных минимальна. Теоретически альтернативой или дополнением ГКС может выступать лаваж коленных суставов, выполняемый во время артроскопии. Обезболивающий эффект сохраняется до трех месяцев. Наилучшие результаты бывают, когда в синовиальной жидкости обнаруживали кристаллы пирофосфатов кальция [5]. Но артроскопия не является доступным, безопасным методом и не может применяться многократно. Другим методом лаважа может быть процедура длительной перфузии суставов (ДПС) сравнительно большими объемами жидкости.

Цель – сравнительная оценка краткосрочных итогов применения при ОА двух способов локальной терапии: ГКС и ДПС.

Материалы исследования. Процедуру ДПС вели в соответствии с требованиями патента на изобретение №2197192 [8]. Через 3–4 минуты после местной анестезии медиальным доступом вводят иглу ∅≥1 мм. После получения из иглы суставной жидкости начинают медленное введение физиологического раствора. При этом больной испытывает небольшое чувство распирания, и сустав увеличивается в объеме. Затем верхнелатеральным доступом в сустав вводят иглу ∅2 мм (использование игл меньшего диаметра не обеспечивается удаление из сустава крупных хлопьев фибрина и детрита). Отток жидкости из полости сустава ведется через иглу с силиконовым шлангом, изгиб которого поднят на высоту 10–15 см от поверхности сустава (при этом уменьшается возможность инфицирования, а полость сустава заполняется жидкостью).

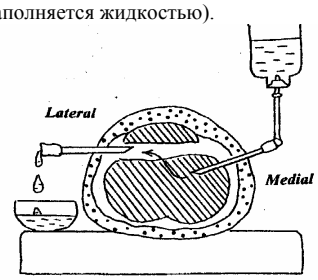

Рис. I. Схема осуществления ДПС колена

Общий объем вводимой жидкости достигает 1200–1500 мл, время процедуры – до 3 часов. Полезно периодическое баллотирование надколенника и перемещение суставного выпота из отдаленных участков полости. По завершении процедуры больному на два часа назначался постельный режим. Внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (кеналог – KRKA или дипроспан – SCHERING-PLOUGH LABO) проводили по стандартной методике [9]. В исследование включено 35 лиц, которым проводилось лечение методом ДПС (17) в сравнении с внутрисуставным введением ГКС (18) (табл. 1).

Специальное клиническое обследование включало оценку субъективного ощущение боли пациентами в дневное и ночное время, определяемое по 100-миллиметровой визуально-аналоговой шкале (ВАШ_д, ВАШ_н), болевого индекса (БИ), представляющего сумму в баллах боли в покое, при движении, болезненности при пальпации проекции суставной щели коленного сустава, времени преодоления стандартного лестничного пролета и 30 м по ровной местности, объема движений в коленном суставе. Всем пациентам проводилось УЗИ коленных суставов на аппарате «ALOKA SSD – 620» с определением объема синовиальной жидкости в полости сустава (в баллах), толщины синовиальной оболочки (мм), суставного хряща (мм), количества остеофитов (в баллах). Осмотр больных проводился до проведения локальной терапии и через две недели после манипуляции.

Таблица 1

Клиническая характеристика больных ОА

Показатели	ДПС	ГКС
Число больных	17	18
Возраст (лет)	54,5±6,8	56,8±8,2
Половой состав (м/ж)	4/13	2/10
Давность ОА (лет)	6,1±5,0	7,0±5,5
Длительность гонартрита (лет)	0,9±0,7	2,3±1,9
Изолированный гонатроз	12	9
Полиостеоартроз	5	3
Стадия гонатроза II	10	6
Стадия гонатроза III	7	6

Статистический анализ состоял в вычислении средних и их различий по Стьюденту. За уровень достоверности принимали $p<0,05$. Достоверные различия обозначали знаком *до и после лечения внутри групп и # – после лечения между группами.

Результаты. Итоги применения двух видов локальной терапии у больных ОА представлены в табл. 2.

Таблица 2

Влияние ДПС и ГКС на суставной синдром

Показатели	ДПС, n = 17			ГКС, n = 18		
	Осмотр1	Осмотр 2	%	Осмотр 1	Осмотр 2	%
Боль по ВАШд, мм	58±16,8	30,6±10	-47*	60,9±16,1	36,8±14,3	-39*
Боль по ВАШн, мм	51±17,9	17,2±13	-65*	47,5±18,1	28±18,6#	-41*
Болезненность суставной щели, баллы	1,7±0,8	0,3±0,6	-82*	1,2±0,8	0,4±0,6	-67*
Болевой индекс, баллы	5,6±1,8	2±1,6	-64*	4,5±1,7	2,2±1,5	-51*
Время подъема лестн. пролету, с	24,7±5,9	16,4±4,5	-34*	23,8±11,1	20,8±7#	-13
Время прохождения 30 м, с	45±25,1	29,7±15,2	-34*	36,4±13,9	27,9±11,5	-23
Объем движений, градусы	91±15,1	118,5±8,6	+30*	100±20,3	116,3±14	+16*
Объем синовиальной жидкости, баллы	4,6±0,5	0,9±0,2	-80*	3,2±0,6	1,1±0,2	-64
Синовиальная оболочка, мм	5,1±0,3	3,7±0,3	-27*	4,6±0,4	3,8±0,5	-17*

Знаками * и # обозначены достоверные различия между показателями до и после лечения внутри групп и после лечения между группами

[*]НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль» ОАО «РЖД»
[**]Ярославская госмедакадемия