

железы. Обследовано 49 больных (39 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 21 до 68 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении ККБ №1 в 2000–2007 гг. У 77,6 % больных кисты возникли вследствие панкреатита, в 5 случаях (10,2 %) причиной была травма поджелудочной железы, у 6 больных (12,2 %) кисты появились без каких-либо причин. Кисты располагались в области головки поджелудочной железы у 16,3 % больных, тела – у 28,6 %, хвоста – у 12,2 %, в области тела и хвоста – у 26,5 %. Солитарные кисты были у 85,7 % пациентов, множественные у 14,3 %. Размеры кист варьировали от 2,2 Ч 2,7 до 20 Ч 30 см. Сформированные кисты были у 63,3 %, несформированные у 36,7 % пациентов. Осложнения кист имелись у 16 (32,65 %) больных. Так, нагноение кисты имело место у 8 (16,3 %) больных, кровотечение у 2 (4,03 %) больных. В 3-х случаях киста вызвала сдавление общего желчного протока с развитием механической желтухи, в одном случае – сдавление выходного отдела желудка и у 1 больного – нарушение дуоденальной проходимости. Все больные с осложненными кистами оперированы. При нагноившихся кистах методом выбора хирургического лечения явилось вскрытие кисты, удаление гноя и тканевого детрита с последующим наружным дренированием, что было выполнено у 14 (87,5 %) больных. В одном случае нагноение сочеталось с аррозивным кровотечением, в этом случае операция была дополнена прошиванием места кровотечения. Операция внутреннего дренирования на отключенной по Ру петле была выполнена в одном случае псевдокисты, осложненной кровотечением. Одному больному с псевдокистой, вызвавшей сдавление двенадцатиперстной кишки и дуоденальную непроходимость из-за тяжести состояния был наложен гастроэнтероанастомоз. При кистах, осложненных механической желтухой, во всех случаях была выполнена операция наружного дренирования, которая в одном случае была дополнена холецистостомией. Таким образом, при осложненном течении ложных кист поджелудочной железы во всех случаях нагноения, а также нагноения с кровотечением, выполнялись вынужденные оперативные вмешательства, направленные на устранение осложнений с последующим обязательным наружным дренированием.

**Н.М. Волков, В.Е. Воловик, А.С. Аксенов, О.М. Романенко**

## **ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**МУЗ «Городская больница № 7» (г. Комсомольск-на-Амуре)  
ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»  
МЗ Хабаровского края (г. Хабаровск)**

В травматологическом пункте МУЗ «Городская больница № 7» Комсомольска-на-Амуре в 2004–2006 гг., с применением методов внутрисуставной оксигенотерапии (ВСОГТ) и гипербарической оксигенации (ГБО) пролечено 96 больных с деформирующим артрозом (ДА) коленных суставов. Общее состояние больных, как правило, не было нарушено. Заболевание характеризовалось выраженными болями, расстройством функции опоры и движения, изменением формы коленного сустава.

Оксигенотерапию выполняли по методике П.З. Завеса с некоторыми изменениями. Производили 3–8 внутрисуставных введений кислорода в количестве от 60–80 до 100–120 см<sup>3</sup> с интервалом 3–4 дня. В промежутках между процедурами больные занимались дозированной ЛФК, самомассажем мышц конечности. В отдельных случаях количество введений достигало 10–12 раз, что зависело от выраженности болевого синдрома, степени дегенеративно-дистрофических изменений в суставе, стойкости контрактуры.

Усилить эффект лечебного действия кислорода можно путем ингаляций его под повышенным давлением в барокамере. Лечение проводили амбулаторно. Особое внимание уделяли подготовке больного к лечению в барокамере. Всех больных осматривал врач отделения ГБО, лечащий врач, терапевт для выявления противопоказаний, а также с целью уточнения режима, типа барокамеры.

Лечение в барокамере «БЛКС-301М» проводилось при  $P = 0,5–0,7$  АТИ (атмосфера техническая избыточная: 1 ати = 1 кгс/см.кв.), с изопрессией (основной рабочий режим бароаппарата, характеризующийся величиной установившегося внутри барокамеры постоянного давления) 40–50 минут, короткими циклами по 3–6 баросеансов (в среднем за 11 дней) с перерывами между ними в 2 дня. По мере увеличения общего числа баросеансов перерывы между циклами также увеличивались.

Возраст пациентов варьировал от 17 до 84 лет: до 20 лет наблюдалось 5 (5,8 %) пациентов, от 21 до 30 лет – 8 (9,3 %), от 31 до 40 лет – 10 (11,6 %), от 41 до 50 – 12 (13,9 %), от 61 до 70 – 21 (24,4 %), от 71 до 80 лет – 4 (4,6 %), старше 80 лет – 1 (1,1 %). Самую многочисленную группу больных составляли пациенты 51–60-ти летнего возраста – 25 (29 %) человек.

Обследовали больных с артрозом коленных суставов медленно прогрессирующего течения I–III стадии (по классификации Н.С. Косинской, 1961). У 70 % пациентов отмечали реактивный синовит

различной выраженности. У 76 больных было ограничение объема движений. Все больные предъявляли жалобы на боли в коленных суставах, усиливающиеся после физической нагрузки. Средний возраст больных  $41 \pm 7$  лет: женщин — 74, мужчин — 12.

24 (27,9 %) пациентам с деформирующим артрозом одновременно с кислородом в полость сустава вводились хондропротекторы: Цель-Т (10 пациента), Алфлутоп (6 больных) Ферматрон (3 человека), Синвиск (2 случая), Нолтрекс (3 чел). Гормоноподобные препараты применялись крайне редко: дипроспан вводился 3 пациентам старшей возрастной группы с грубой деформацией коленного сустава тяжелой степени, нарушением функции сустава II—III степени и выраженным болевым синдромом. Эти больные длительно и без особого эффекта лечились в поликлиниках города.

Дважды введение дипроспана было обусловлено хроническим синовитом, комплексное лечение которого при помощи нестероидных противовоспалительных препаратов, физиотерапии, эвакуации синовиальной жидкости многократными пункциями, не привело к желаемому результату. Применение ВСОГТ вместе с дипроспаном позволило достаточно быстро купировать явления воспаления, восстановить функцию движения и опоры, вернуть утраченную работоспособность.

В некоторых случаях, при лечении больных с ДА коленных суставов, особенно высоких степеней, помимо ВСОГТ назначалась базисная терапия, включающая: нестероидные противовоспалительные средства; микроциркулянты; седативные; антигистаминные; биостимуляторы; витамины; средства наружного применения (мази, компрессы, ванночки); физиотерапия (ДДТ, ультразвук, электрофорез и др.); надкостничная терапия — ритмичное сдавливание костных выступов в течение 2—4 минут — согласно концепции гиперстимуляционной анальгезии, уменьшает боль; инактивация триггерных точек, расположенных вблизи сустава 2,0 % раствором лидокаина; постизометрическая релаксация (ПИР) скелетных мышц; мануальная терапия; микрофасциотомия; рациональная и позитивная психотерапия — разъяснение больным причин возникновения боли, методов ее устранения, положительная установка на лечение.

Оценка результатов лечения проводилась по методике регресса экспертных признаков и данных объективного исследования.

Клинически отмечалось уменьшение болей у 96,5 % больных, у 88,1 % — увеличение объема движений. У двух больных боли усилились из-за форсированного введения газа. Боли стихли при изменении техники введения кислорода.

Процент положительных результатов в среднем составил 96,5 % (83 пациента), без эффекта — 1,1 % (1 больной). Прогрессирование заболевания наступило у 2 (2,3 %) пациентов (больные с тяжелой сопутствующей патологией и высокой степенью деформации). Уменьшение болевых ощущений и снижение дозировки и кратности приема нестероидных противовоспалительных препаратов достигнуто у всех больных, что позволило значительно улучшить общее состояние и повысить двигательную активность пациентов.

После проведенного лечения все больные отмечали уменьшение болей, а у 12 человек боли исчезли совсем в течение 2 лет.

Объем движений у больных с контрактурами сустава различной степени восстановлен у 67 (88,1 %) пациентов, значительно увеличен — у 8 (10,5 %), остался без изменений у 1 (1,3 %) больного, который впоследствии был прооперирован в травматологическом отделении стационара с удовлетворительным результатом.

Болевой синдром остался без изменений у 1 больного (1,1 %), за счет сопутствующего заболевания: остеохондроз поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом. Пациент продолжил лечение у невролога.

Длительность ремиссии болевого синдрома: 8 месяцев — 71 % пролеченных больных, 6 месяцев — 25 %, 3 месяца — 4 %.

Таким образом, можно сделать вывод, что более эффективным является лечение артроза с помощью ВСОГТ в сочетании с ГБО.

**В.Е. Воловик**

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛАССИЧЕСКИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»  
МЗ Хабаровского края (г. Хабаровск)**

Проанализированы три группы оперативных вмешательств: корригирующие, корригирующе-стабилизирующие без вентрального спондилодеза и двухэтапный способ лечения по Я.Л. Цивьяну.