

лабораторная диагностика. – 1983. – №8. – С. 7 – 11.

5. Рахманова, А.Г. Инфекционные болезни; Руководство для врачей общей практики / Рахманова А. Г., Неверов В. А., Пригожников В. К. – СПб.: Питер. – 2001. – 576 с.: С. – 172–222.

6. Стрижаков, А.Н. Показатели иммунного статуса при хронических герпесвирусных заболеваниях // Медицинская иммунология / А.Н. Стрижаков. – СПб РО РААК. – 2006. – Т. 8. – №2. С. 291

7. Incidence and severity of herpetic stromal keratitis: impaired by the depletion of lymph node macrophages / Bauer D. [et al]// Exp Eye Res. 2001 Mar; 72(3):261–9.

8. Seroepidemiology of Herpes Simplex virus type 1 and 2 in Western and Southern Switzerland in adults aged 25–74 in 1992–93: a population-based study. BMC Infect Dis. / Bunzli D. [et al].– 2004 Mar 17; 4: 10.

9. Stuart, J. Enzyme cytochemistry of blood and marrow cells / Stuart J., Gordon P. A., Lee T. R. //Histochem. J.– 1975.– V.7.– №5.– P. 471– 487.

10. Xu, F. Seroprevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 in pregnant women in the United States / Xu F, Markowitz LE, Gottlieb SL, Berman SM. //Am J Obstet Gynecol. 2007 Jan;196(1):43.e1–6.

11. Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States. JAMA / Xu F [et al]// 2006 Aug 23; 296(8):964–73.1. Nature Immunology 7, 835842 (2006).

FUNCTIONAL ACTIVITY OF PHAGOCYTES IN PATIENTS WITH HERPES SIMPLEX

Z.A. KAMBACHOKOVA

Kabardino-Balkaria State University after Kh.M. Berbekova, Nalchik
Chair of Infectious Diseases

The article highlights the checkup of 86 patients (37 men and 49 women) suffering from herpes infection, caused by herpes simplex virus of 1, 2 types. In the dynamics of the disease the functional activity of phagocytes by the test Nitroblue tetrazolium was studied.

Key words: herpes virus infection, nitroblue tetrazolium, phagocyte.

УДК 612.017.1

ОПЫТ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ СУБХОНДРАЛЬНОЙ СПИЦЕВОЙ ТУННЕЛИЗАЦИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНОГО С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГОНАРТРОЗА

В.А. МАЛЬЧЕВСКИЙ*, А.Ю. ЕВЕНКО**

В статье анализируется опыт раннего применения субхондральной спицевой туннелизации бедренной кости у больного с начальными стадиями посттравматического гонартроза. Аргументировано доказываются, что раннее использование субхондральной спицевой туннелизации бедренной кости положительно влияет на течение локального патологического процесса в суставе, способствуя переходу заболевания в фазу компенсации и улучшая «качество жизни» больного.

Ключевые слова: коленный сустав, посттравматический гонартроз, артроскопия.

Лечение начальных стадий посттравматического гонартроза, несмотря на все достижения современной медицины, сегодня по-прежнему представляет одну из сложнейших нерешенных проблем стоящих перед ортопедией [4]. Среди причин, обуславливающих сложившуюся ситуацию, немалую роль играет недостаточное обоснование раннего использования оперативных методов лечения направленных на стимуляцию репаративных процессов в суставе и как следствие, не изученность результатов их применения [1,2,3]. Одной из таких оперативных методик является субхондральная спицевая туннелизация бедренной кости. Результаты её применения, полученные нами у больного с начальными стадиями посттравматического гонартроза, позвольте проиллюстрировать на клиническом примере.

Клинический пример. Больной П., 38 лет. Диагноз: Посттравматический *остеоартроз* (ОА) левого коленного сустава I ст. Стаж заболевания 3 года. Пусковым механизмом для развития посттравматического ОА был спортивный травматизм. Механизм

травмы не прямой. Занимается умственным трудом. Тип конституции нормостенический. Ось голени правильная. Ранее получал комплексное лечение с использованием артроскопических технологий без применения субхондральной спицевой туннелизации бедренной кости. Артроскопия коленного сустава выполнялась 18 месяцев назад. В ходе лечебно-диагностической артроскопии выполнялось оценка локализации, степени и площади, обнаруженных зон *хондромалиции* (ХМ) суставного хряща по J. Beguin et al (1983). В результате её выполнения был поставлен диагноз: посттравматический гонартроз I рентгенологической стадии с преимущественной I-II степенью ХМ. Произведён шейвинг зон ХМ и артроскопический лаваж сустава. Консервативные лечебные мероприятия проходили курсами с перерывом между ними в 5 месяцев. Они состояли из медикаментозной терапии, включающей в себя диклофенак, флогэнзим, циклоферон, алфлутоп, остеонил в стандартных дозировках по общепринятым схемам; физиотерапии (вытяжение нижней конечности и магнитолазерного излучения); лечебной физкультуры; ортезирования жестким индивидуально подобранным с учетом оси нижней конечности замковым ортезом; диеты.

Оценка результатов лечения осуществлялась комплексно, с интервалом в 6 месяцев. В качестве критериев оценки результатов лечебных мероприятий у пациента и её изменений под воздействием лечения, мы использовали «состояние здоровья» (по *альгофункциональному индексу* (АФИ) Лекена) и «качество жизни» (по шкале *Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score* (KOOS)), выраженность болевого синдрома (по шкале *визуальной аналоговой шкалы* боли Хаскиссона (ВАШ)) и явлений воспаления (уровень лактоферрина в сыворотке крови). Кроме того, учитывались данные *магниторезонансной томографии* (МРТ) коленного сустава, которая проводилась с интервалом в 18 месяцев.

Данные комплексной оценки результатов лечения больного П., 38 лет в динамике до выполнения повторной лечебно-диагностической артроскопии приведены в табл. 1.

Таблица 1

Данные комплексной оценки результатов лечения больного П., 38 лет в динамике до выполнения повторной лечебно-диагностической артроскопии

Критерии оценки Время оценки	Выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ (в баллах)	АФИ Лекена (в баллах)	Профиль исхода по KOOS (в баллах)	Уровень лактоферрина в сыворотке крови (нг/мл)
исходные данные	3	4	67	2227
через 6 месяцев наблюдения	2	2*	79*	2005*
через 12 месяцев наблюдения	4*	5*	61*	2309*
Через 18 месяцев наблюдения	4	6	57	2341

Примечание: * – достоверные различия при $p < 0,01$ по сравнению с предшествующим периодом наблюдения.

Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ и значения АФИ через 6 месяцев наблюдения оставались, по сравнению с исходными данными, стабильными. Через 12 месяцев наблюдений выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ и значения АФИ статистически достоверно ($p < 0,01$) возросли, а в дальнейшем через 18 – оставались на том же уровне. Показатели профиля исхода по KOOS через 6 месяцев наблюдения статистически достоверно ($p < 0,01$) возросли, по сравнению с исходными данными. Но, через 12 месяцев наблюдения статистически достоверно ($p < 0,01$) снижались, и в дальнейшем через 18 – оставались стабильными. Уровень лактоферрина в сыворотке крови через 6 и 12 месяцев наблюдения повышался по сравнению с предшествующим периодом, а через 18 месяцев стабилизировался на высоких цифрах.

На МРТ коленного сустава через 18 месяцев наблюдения отмечалась картина прогрессирования заболевания.

Анализируя изложенные выше данные клинического, лабораторного и инструментальных методов исследования, мы пришли к заключению что, несмотря на проводимое лечение, локальный патологический процесс в коленном суставе продолжал

* Тюменский филиал НИИКИ СО РАМН

** ГЛПУ Тюменская областная клиническая больница

прогрессировать.

Основанием для её проведения повторной лечебно-диагностической артроскопии, кроме желания пациента, являлись клинические, иммунологические и МРТ данные, свидетельствующие о прогрессировании локального патологического процесса. В ходе повторной лечебно-диагностической артроскопии выполнялась оценка локализации, степени и площади, обнаруженных зон ХМ. В результате её выполнения был поставлен диагноз: посттравматический гонартроз I рентгенологической стадии с преимущественной III-IV степенью хондромалиции суставного хряща. Выявленные зоны ХМ обрабатывались методом холодноплазменной абляции, проводилась субхондральная спицевая тунелизация бедренной кости, санация сустава. Субхондральная спицевая тунелизация бедренной кости выполнялась из не нагружаемых участков суставных поверхностей параллельно обнаруженным зонам ХМ.

Данные комплексной оценки результатов лечения больного П., 38 лет в динамике после выполнения повторной лечебно-диагностической артроскопии приведены в табл. 2.

Таблица 2

Данные комплексной оценки результатов лечения больного П., 38 лет в динамике после выполнения повторной лечебно-диагностической артроскопии

Критерии оценки	Выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ ВАШ (в баллах)	АФИ Лекена (в баллах)	Профиль исхода по KOOS (в баллах)	Уровень лактоферрина в сыворотке крови (нг/мл)
Время оценки				
через 24 месяцев наблюдения	1	1	89	1648
через 30 месяцев наблюдения	1	1	85	1225*
через 36 месяцев наблюдения	1	2	86	1038*

Примечание: * – достоверные различия при $p < 0,01$ по сравнению с предшествующим периодом наблюдения.

Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ и значения АФИ Лекена через 24 месяца наблюдения по сравнению с предыдущим периодом достоверно ($p < 0,01$) снизились, оставаясь в дальнейшем стабильными. Показатели профиля исхода по KOOS через 6 месяцев наблюдения статистически достоверно ($p < 0,01$) возросли в дальнейшем оставались стабильно высокими. Уровень лактоферрина в сыворотке крови через 24, 30 и 36 месяцев наблюдения постепенно достоверно ($p < 0,01$) снижались, по сравнению с предшествующим периодом. На МРТ коленного сустава через 36 месяцев наблюдения отмечалось не только отсутствие картины прогрессирования заболевания, но и исчезновение признаков воспаления (выпота в полости сустава, отёка пварартикулярных тканей). Осложнений после выполнения у больного субхондральной спицевой тунелизации бедренной кости нами выявлено не было.

Анализируя полученные данные комплексной оценки результатов лечения в динамике после выполнения повторной лечебно-диагностической артроскопии мы пришли к заключению, что применение субхондральной спицевой тунелизации бедренной кости на начальных стадиях посттравматического гонартроза улучшает клиническую и магниторезонансную картину заболевания, резко снижает лабораторную активность течения локального патологического процесса.

Выводы. Применение субхондральной спицевой тунелизации бедренной кости на начальных стадиях посттравматического гонартроза положительно влияет на течение локального патологического процесса в суставе, способствуя переходу заболевания в фазу компенсации и улучшая «качество жизни» больного.

Включение в состав выполняемых при начальных стадиях посттравматического гонартроза артроскопических технологий субхондральной спицевой тунелизации бедренной кости повышает эффективность их применения.

Литература

1. McGinty, J. B. Operative arthroscopy/ McGinty J. B.// Philadelphia, 2002.
2. McKeon, B.P. Knee arthroscopy/ B. P. McKeon, J. V. Bono, J. C. Richmond.– New York, 2009.

3. Miller, M.D. Textbook of arthroscopy / M.D. Miller, B.J. Cole.– Philadelphia, 2004.

4. Moskowitz, R.W. Osteoarthritis: diagnosis and medical surgical management / R. W. Moskowitz.– Philadelphia, 2007.

THE EXPERIENCE OF EARLY SUB-CHONDRAL SPOKE FEMUR FORAGE IN A PATIENT WITH INITIAL STAGES OF POST-TRAUMATIC GONARTHROSIS

V.A. MALCHEVSKI, A.U. EVENKO

Tyumen Branch of Research Institute of Clinical Immunology, Russian Academy of Medical Sciences Tyumen Regional Clinical Hospital

The article presents the analysis of early sub-chondrulel spoke femur forage in a patient with initial stages of post-traumatic gonarthrosis. It is reasonably proved that early use of the sub-chondrulel spoke femur forage produces a positive effect on the course of the local pathological process in a joint, facilitating the disease change to the phase of compensation and patient's «quality of life» improving.

Key words: knee joint, post-traumatic gonarthrosis, arthroscopy.

УДК 616.233-002:574.24:519.23

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Е.М. ИВАНОВ, О.Ю. КЫТИКОВА*

Предлагаемая медицинская технология лечения одонтогенных у больных старших возрастных групп основывается на традиционном методе лечения с включением озонотерапии. Медицинская технология разработана с учетом возрастных особенностей стареющего организма и выявленных в результате собственных исследований нарушений взаимодействия клинко-лабораторных проявлений, показателей иммунной и антиоксидантной систем. Обоснована целесообразность применения озонотерапии в послеоперационном периоде лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области, дана сравнительная оценка эффективности традиционного и предложенного метода лечения.

Ключевые слова: озонотерапия, послеоперационный период, больные старших возрастных групп, флегмоны челюстно-лицевой области.

Проблема лечения *знойно-воспалительных заболеваний* (ГВЗ) сохраняет актуальность как в общей хирургии, так и в частных ее разделах в связи с увеличением процента тяжелых, рецидивирующих форм заболеваний с затяжным послеоперационным течением, обусловленных усилением вирулентности микрофлоры, исходным изменением иммунологической реактивности организма больных и наличием фонового патологического [7,8,11]. В структуре ГВЗ *челюстно-лицевой области* (ГВЗ ЧЛО) наиболее тяжелыми являются флегмоны одонтогенной этиологии, при распространении процесса приводящие в 28-50% случаев к смертельному исходу. Снижение адаптационных возможностей организма и иммунологической реактивности способствуют латентно-хроническому течению воспалительных заболеваний у лиц старших возрастных групп, но с более тяжелым прогнозом за счет возможной генерализации патологического процесса при ухудшении общего течения заболевания [3].

Традиционно, тактика лечения больных при ГВЗ ЧЛО сводится к оперативному пособию, антибактериальной, дезинтоксикационной терапии и местному лечению [5,17]. В гериатрической практике из-за функциональных особенностей организма пожилого пациента достаточно высока частота осложнений от лекарственной терапии, что обосновывает поиск дополнительных, немедикаментозных методов лечения, обладающих высокой эффективностью и минимальными побочными эффектами [19]. В последние десятилетия накоплен огромный фактический материал, подтверждающий, что при старении происходит снижение скорости метаболических, ферментных процессов, снижение интенсивности редокс-окислительных реакций [2,9,15,16]. Наличие возрастной сопутствующей патологии, энергетический, иммунный дисбаланс и изменения в системе *перекисное окисление липидов – антиоксидантная защита* (ПОЛ-АОЗ) стареющего организма предполагают возможность использования много-

* Владивостокский филиал учреждения Российской Академии Медицинских Наук, Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения