

последних мы рекомендуем устанавливать на борах силиконовые стопперы, удаленные от кончика инструмента на величину БГР.

3. Перед проведением трепанации моляра необходимо сделать радиовизиограмму зуба в ортогональной проекции.

Т.Я. Кучерова, С.Ю. Чижевская

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

ГУ НИИ онкологии ТНЦ СО РАМН (Томск)

Несмотря на совершенствование методов лучевой терапии в лечении больных со злокачественными опухолями гортани, остаётся высокий процент острых лучевых реакций кожи и слизистых оболочек, которые сопровождаются болью различной степени интенсивности. Обычные медикаментозные средства, используемые для профилактики и лечения лучевых реакций, как правило, не предотвращают развитие последних. Количество работ по применению физиотерапевтических методов для лечения лучевых осложнений ограничено.

Цель нашей работы заключается в изучении эффективности магнитолазерной терапии в лечении болевого синдрома при лучевых реакциях у больных раком гортани.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 33 пациента раком гортани. Лучевая терапия проводилась у 23 человек до операции и у 10 пациентов после оперативного вмешательства. В зависимости от степени поражения I степень наблюдалась у 15,1 % больных, II степень — у 51,5 %, III степень — у 24,2 %, IV степень у 9,2 % больных. Среди жалоб превалировал болевой синдром, который регистрировался в 81,8 % случаев. Интенсивность его оценивали по шкале вербальных оценок. Преобладала интенсивность болей в пределах 3 баллов у 66,6 % больных, 4 балла наблюдали у 22,0 % пациентов, в 7,4 % случаев регистрировали 2 балла. Лечение проводили на магнитолазерных установках по разработанной нами методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе лечения у 88,8 % больных болевой синдром был полностью купирован, и у 11,2 % он сохранялся, но был незначительным и регистрировался в пределах 1 балла.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Снятие болевого синдрома позволило улучшить состояние пациентов. Отмечалось восстановление акта глотания и прохождения пищи в 90,9 % случаев. Наблюдалось восстановление состояния пораженных слизистых оболочек и кожи у всех пациентов.

С.Н. Леонова, Д.Г. Данилов, А.В. Рехов

ПРИМЕНЕНИЕ КОСТНОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Для разработки способа лечения, который позволяет оптимизировать условия сращения переломов голени, была предложена аутооттрансплантация проксимального метафиза большеберцовой кости поврежденной голени.

Цель исследования — оценить эффективность применения аутооттрансплантации проксимального метафиза большеберцовой кости поврежденной голени у больных хроническим травматическим остеомиелитом (ХТО).

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 57 пациентов с диафизарными переломами костей голени, осложненными ХТО. Все пациенты были распределены на две группы: основную и группу клиническо-

го сравнения. Группы рандомизированы, сформированы «слепым методом». Группу клинического сравнения составили 33 пациента с переломами голени, осложненными ХТО (средний возраст — $38,4 \pm 4,5$ лет), которые получали традиционное лечение, включающее проведение стандартной операции: ревизия перелома, удаление нежизнеспособных тканей, моделирующая резекция концов отломков большеберцовой кости, их адаптация и фиксация чрескостным аппаратом; а также курс консервативной терапии (противовоспалительная, антибактериальная, реологическая, витаминотерапия и т.д.). В основную группу вошло 24 пациента с переломами голени, осложненными ХТО (средний возраст — $39,9 \pm 2,4$ лет), которым, кроме традиционного лечения, выполняли внеочаговую костную аутоотрансплантацию, заключающуюся в том, что после фиксации отломков кости в проксимальном метафизе большеберцовой кости формировали канал диаметром не более 10 мм в косо-поперечном направлении к продольной оси голени и вводили в сформированный канал аутоотрансплантат соответствующего диаметра длиной до противоположной кортикальной пластинки большеберцовой кости.

Эффективность аутоотрансплантации оценивали по результатам клинико-рентгенологических, бактериологических, реографических исследований в динамике. Минеральную плотность костной ткани исследовали методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Методом реографии определяли периферический кровоток. Микрофлору раневого отделяемого исследовали на стандартных средах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ клинической картины локальных нарушений в поврежденном сегменте конечности показал, что у больных группы клинического сравнения длительное время сохранялся болевой синдром, воспалительный процесс и нарушение адекватной опороспособности конечности, более длительно осуществлялось дренирование по сравнению с основной группой.

При исследовании регионарного кровотока установлено достоверное повышение сниженных показателей реографического индекса через две недели после начала лечения у больных основной группы на 40 %. Улучшение регионарного кровотока имеет огромное значение для протекания репаративного процесса и способствует ликвидации остеомиелитических очагов.

Денситометрический контроль за процессом регенерации с учетом индекса минеральной плотности костной ткани (индекс МПКТ) позволил установить у больных основной группы повышение минеральной плотности, выразившееся в виде увеличения индекса МПКТ через 1,5 месяца после начала лечения. Полученная динамика МПКТ в основной группе больных служит подтверждением оптимального течения репаративного процесса в костной ткани. В группе клинического сравнения к 1,5 месяцам после начала лечения значения индекса МПКТ не восстанавливались до исходных, что говорило о замедленном течении репаративного процесса.

При анализе результатов бактериологического исследования было выявлено, что в раневом отделяемом больных основной группы частота выделения патогенных стафилококков после оперативного вмешательства была на 75 % ниже, чем у больных группы клинического сравнения. Применение предложенного метода лечения позволило полностью купировать остеомиелитический процесс в основной группе больных к четвертой неделе после оперативного лечения, чего не наблюдалось при применении стандартного метода. У больных основной группы сращение перелома наступило в сроки от 3 до 5 месяцев. Была достигнута стойкая ремиссия гнойного процесса, полное заживление послеоперационных швов. В группе клинического сравнения сращение перелома наступило в сроки более 6 месяцев. Имелись случаи повторных госпитализаций через 1,5 — 2 месяца после выписки в связи с воспалением мягких тканей в области выхода чрескостных элементов и появлением свищей в зоне перелома.

Таким образом, внеочаговая костная аутоотрансплантация в проксимальный метафиз большеберцовой кости в сочетании с традиционным хирургическим лечением способствует улучшению регионарного кровообращения, повышению минеральной плотности костной ткани в пораженном сегменте, предотвращает развитие микробных ассоциаций в раневом отделяемом, тем самым оптимизирует условия сращения переломов костей голени, осложненных ХТО и является эффективным методом лечения.

С.Н. Леонова, А.В. Рехов, А.В. Золотарев

ЗАМЕДЛЕННОЕ СРАЩЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Проблемы лечения больных хроническим травматическим остеомиелитом (ХТО) обусловлены как рецидивами некротически-гнойного процесса, так и длительными сроками сращения переломов. Про-