

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 ± 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.

На основании изучения клинических, рентгенологических и социально-психологических критериев исхода заболевания, минимальная сумма по всем показателям составила 37,3 балла, а максимальная — 100 баллов. Оценка исхода заболевания производилась через 2 года после окончания лечения. Высоким результат лечения считался при оценке исхода 80—100 %; удовлетворительным — 60—70 %; низким — менее 60 %.

Корректирующие оперативные вмешательства:

1. Коррекция по Харрингтону — $56,3 \pm 3,8$ %;
2. Коррекция по Харрингтону-Люка — $64,5 \pm 4,1$ %;
3. Коррекция по Котрелю — $61,9 \pm 3,9$ %;
4. Коррекция по Драммонду — $69,2 \pm 4,2$ %;
5. Коррекция по Алану-Казьмину — $49,8 \pm 3,2$ %;
6. Коррекция миниатюрным эндокорректором — $81,7 \pm 4,9$ %;
7. Коррекция эндокорректором собственной конструкции — $83,5 \pm 5,1$ %.

Корректирующе-стабилизирующие вмешательства без вентрального спондилодеза:

1. Коррекция по Харрингтону и дорзальный спондилодез — $67,1 \pm 3,9$ %;
2. Коррекция по Харрингтону-Люка и дорзальный спондилодез — $76,7 \pm 4,3$ %;
3. Коррекция по Котрелю и дорзальный спондилодез — $75,2 \pm 4,5$ %;
4. Коррекция по Драммонду и дорзальный спондилодез — $80,3 \pm 4,9$ %;
5. Коррекция по Алану-Казьмину и дорзальный спондилодез — $61,9 \pm 3,7$ %.

Корректирующе-стабилизирующие вмешательства с вентральным спондилодезом:

1. Двухэтапный способ Я.А. Цивьяна без резекции реберного горба — $84,1 \pm 5,1$ %;
2. Двухэтапный способ Я.А. Цивьяна с резекцией реберного горба — $87,5 \pm 5,3$ %.

Сравнительная оценка исходов заболевания при применении различных видов хирургического лечения больных сколиозом выявила следующее.

Корректирующие вмешательства на позвоночнике при сколиотической болезни без элементов костно-пластической стабилизации являются низкоэффективным методом лечения и не могут быть рекомендованы как окончательный метод лечения. Эти операции должны быть характерны для больных, рост которых еще не завершен и в последующем дополняться спондилодезирующими вмешательствами.

В группе корректирующих вмешательств, выполненных в основном детям старшей возрастной группы, наиболее эффективными являются: коррекция сколиотической деформации по Драммонду — 69,2 %; по Харрингтону-Люка — 64,5 %, т.е. операции, с помощью которых на сколиотический позвоночник можно воздействовать методом осевой тракции в сочетании с поперечно-экстензионным усилием. В отличие от метода Харрингтона, указанные оперативные вмешательства позволяют получить значительно большую интраоперационную коррекцию и в большей степени сохранить ее в отдаленном послеоперационном периоде.

В группе корректирующих вмешательств детям младшей возрастной группы с применением авторских устройств, эффективность лечения составила 81,7 % и 83,5 %. Здесь необходимо пояснить, что в последующем устройства были заменены на «традиционные» и оценивался окончательный результат лечения.

Наиболее неблагоприятный результат лечения, относящийся к категории «низкий» отмечен при коррекции поясничной кривизны по Алану-Казьмину — 49,8 %. Следует сказать, что столь низкий процент в данной группе больных, прежде всего, обусловлен клинко-рентгенологическим характером исхода. В косметическом плане результат лечения при поясничном типе сколиоза устраивает больных в ряде случаев даже более, чем при других типах деформации. Такая ситуация, конечно, обусловлена незначительной исходной и окончательной деформацией грудной клетки, что имеет очень существенное значение при изучении социально-психологического статуса больного.

Несколько лучшими оказались исходы заболевания в группе больных, которым были выполнены корректирующе-стабилизирующие вмешательства. Так, коррекция по Харрингтону в сочетании с дорзальным спондилодезом по Генле-Уитмену, позволила увеличить оценку окончательного результата до 67,1 %, что на 10,8 % больше, чем в первой группе. Если уровень окончательного результата при ее применении в группе «А» расценивался как «низкий», то в группе «Б». Он уже расценивается как «удовлетворительный». В среднем на 12,9 % выше оценка окончательного результата при использовании методов Харрингтона-Люка и Котреля, и оценен он как «удовлетворительный», что опровергает данные литературы о преимущественно неудовлетворительных результатах лечения при корректирующих операциях в сочетании с дорзальным спондилодезом.

Наиболее успешным среди наших больных в группе корректирующе-стабилизирующих вмешательств «Б» оказалось сочетание коррекции по Драммонду и дорзального спондилодеза по Генле-Уитмену. При анализе отдаленного результата лечения по данной методике было получено 80,3 %, т.е. исход лечения следует расценивать как «высокий». Это еще раз говорит о том, что далеко не всегда невыполнение вентральной стабилизации позвоночника приводит к неудовлетворительному результату.

Как и в группе «А» результат лечения поясничного сколиоза малоутешителен, хотя в сравнении несколько лучше (61,9 %), что позволяет отнести его к «удовлетворительным».

Комплексная медико-социальная оценка исхода при сколиотической болезни выявила несомненное преимущество двухэтапного метода хирургического лечения по Я.А. Цивьяну. Применение указанного метода без резекции реберного горба «оценена» в 84,1 %, а применение метода в сочетании с внеплевральной резекцией реберного горба получило оценку 87,5 %, т.е. в обоих случаях результат оценен как «высокий».

Таким образом, коррекция сколиотической деформации одним из предложенных методов в сочетании с дорзальной и вентральной костно-пластической стабилизацией позволяет получить стабильный, компенсированный, безболезненный позвоночник, удовлетворяющий больного сколиозом в функциональном, косметическом и социально-психологическом аспектах.

Н.П. Володченко, Н.А. Дружинина

АНТИОКСИДАНТЫ И НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ГОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Благовещенск)

По данным международного комитета ВОЗ, количество больных диабетом составляет более 3 % населения земного шара, а в возрастной группе старше 50 лет — 7–9 %.

Проблема профилактики и лечения гнойных заболеваний и осложнений у больных сахарным диабетом является актуальной, так как любой гнойно-некротический процесс при наличии сахарного диабета сопровождается нарушением местного кровообращения с развитием циркуляторной, тканевой и анемической гипоксии, активизацией ПОЛ, усугубляет течение сахарного диабета (Ерьюхин И.А., 1989, Кузин М.И., 1996). Традиционные методы лечения и профилактики у таких больных остаются недостаточно эффективными.

В связи с этим, разработка и внедрение в клиническую практику методов профилактики и лечения, направленных на устранение гипоксии, подавление инфекции в зоне воспаления, снижения активности ПОЛ, является патогенетически обоснованной и актуальной.

Проанализированы результаты обследования и лечения 67 больных с гнойными заболеваниями мягких тканей (фурункулы, карбункулы, абсцессы, флегмоны, панариции) у больных с сахарным диабетом 2 типа. Женщин было 42 (62,7 %), мужчин — 25 (37,4 %). Средний возраст больных $59,1 \pm 1,4$ года. Сахарный диабет (по классификации ВОЗ) легкой степени выявлен у 13 (19,9 %), средней степени тяжести у 45 (65,2 %), тяжелой степени у 9 (14,9 %).

Больные были распределены на две группы: 1 группа — 29 человек. В комплексное лечение больных данной группы были включены антиоксидант дигидрохверцитин в дозе 250 мкг в сутки курс от 14 до 21 дня, поддерживающая доза 10 мкг, лазеротерапия (НИЛИ). Использовали гелий-неоновый лазер ЛА-2, с длиной волны 0,89 нм. Проводили наружное облучение раны. Курс лечения 8–14 дней, продолжительность сеанса 5–10 мин. С целью коррекции иммунитета использовали УФОК 3–5 процедур. Традиционное лечение получили больные второй группы (38 человек). Больные в группах были сопоставимы по возрасту, полу, тяжести сахарного диабета.

Диагностический алгоритм включал: анализ клинико-лабораторных показателей, оценку иммунологического статуса, состояния перекисного окисления липидов (ПОЛ), цитологическое исследование раны, бактериологическое исследование очагов гнойно-некротических процессов.

После выполнения оперативных вмешательств по поводу гнойных заболеваний мягких тканей проводили коррекцию уровня гликемии простым инсулином. Уровень сахара стремились стабилизировать в пределах 5,5–11 ммоль/л: назначали антибиотики широкого спектра действия (с учетом чувствительности микрофлоры), препараты, улучшающие микроциркуляцию и снижающие свертываемость крови, проводили коррекцию функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательных систем, печени, почек, иммунитета. У 23 больных проведен курс УФОК, у 31 — ГБО.

После очищения раны от гнойно-некротических тканей к лечению подключали гелий-неоновый лазер.

Процессы нормализации глюкозы крови, положительные изменения иммунного статуса, очищение ран, появление грануляций и островковой эпителизации у больных первой группы, лечение которых осуществлялось с применением антиоксидантов, НИЛИ, УФОК происходили в 1,5–2 раза быстрее, чем у больных 2 группы при традиционном методе лечения. Продолжительность лечения больных в стационаре в основной группе составила $13,9 \pm 0,13$, контрольной — $21,7 \pm 0,15$ к/дней.

Таким образом, лечение больных гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета должно быть комплексным и заключаться в проведение качественной обработки гнойных очагов,