

Проведенные койко-дни в стационаре данной категории больных составил от 6 до 35 дней, в среднем 15,5 дней. Это зависело от метода лечения больного.

Основным методом лечения ППК являлся консервативный 64,7% (n = 11). Только один пациент прошел полный курс скелетного вытяжения с последующим наложением гипсовой повязки. Все остальные либо отказались от оперативного лечения, скелетного вытяжения, либо нарушали стационарный режим с последующей досрочной выпиской из стационара. У других 6 больных применялся оперативный метод фиксации перелома - чрескостный остеосинтез. Это объясняется тем, что в клинике нет наkostных пластин для лечения ППК.

Вывод: частота и характер повреждения пяточной кости в г.Семей соответствует данным литературы. Однако учитывая тот факт, что 82,3% переломов имеют сложный характер с компрессией отломков и 64,7% больных пролечено консервативно, что не соответствует мировым тенденциям лечения данного вида повреждения. Необходимо пересмотреть тактику лечения ППК в условиях травматологического отделения БСМП для улучшения качества жизни этой категории граждан.

Литература:

1. Дрягин В.Г. Диагностика и лечение нестабильных переломов пяточной кости. Автореф. на соиск. степ. канд. мед. наук. - Уфа, - 2004. - 24с.

2. Калашник А.Д. Оскольчатые внутрисуставные переломы пяточной кости. Вестн. Хирургии им. И.И. Грекова. - 1988. - Т. 141. - №9. - С.77-80.

3. Халиков Р.А. Комплексное хирургическое лечение переломов пяточной кости. Дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. -1992. - 24с.

4. Coughlin M. J., Mann R.A., Salzman C.L. Surgery of the foot and ankle. -8th ed. - Vol.11, - P 2061, 2007.

5. Изилов А.И. Наш опыт консервативного лечения переломов пяточной кости. Ортопедия, травматология и протезирование. - 1991.- №10, - С.46-47.

6. Кошкарева З.В. Лечение переломов пяточной кости и их последствий - Дис. канд. мед. наук. - Иркутск, 1979,- 263 с.

7. П. Никитин. Внутрисуставные переломы пяточной кости / Материалы научно-практической конференции с международным участием «Малоинвазивные технологии в травматологии и ортопедии» - Киев - 11-12 ноября 2010г.

8. Мирошникова Е.А. Лечение больных с отдаленными последствиями переломов пяточной кости: автореф. дис...канд.мед.наук:14.00.22 / Мирошникова Екатерина Александровна. - Москва, 2009.-74 с.

9. Забанов С.Д. Лечение компрессионных переломов пяточных костей / С.Д. Забанов, С.Н.Редков, Д.Б. Кихтенко, Г.Г. Балагурова, В.Н. Алексеев, М.В. Ширкин // Травма. - 2010. - Т.11, №2. - С.174-177.

УДК 616.71-007.23+615.844.6

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ С КАРИПАЗИМОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

Р.М. Жумамбаева¹, К.А. Тулеуов², Л.Б. Дюсенова¹,
Д.К. Кожахметова¹, З.Л. Алимбекова², З.И. Мынжанова³

Государственный медицинский университет города Семей¹,
Поликлиника «Хаким», г. Семей², «Военный госпиталь г. Аягуз», г. Аягуз³

Резюме

Методом электрофореза авторы в своей работе изучали клиническую эффективность протеолитического фермента карипазима в комплексном лечении больных остеоартрозом коленных суставов. При этом в основной группе отмечено значительное улучшение функционального состояния суставов. Все больные отметили хорошую переносимость. Побочных эффектов при лечении карипазимом не отмечалось.

Тўжырым

ДЕФОРМАЦИЯЛАНҒАН ОСТЕОАРТРОЗДЫ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ЖӘНЕ КАРИПАЗИММЕН ЖҮЙЕЛІ ЕМДЕУ

Р.М. Жумамбаева, К.А. Тулеуов, Л.Б. Дюсенова, Д.К. Кожахметова, З.Л. Алимбекова, З.И. Мынжанова

Электрофорез әдісі ретінде авторлар өз жұмыстарында тізе буынының остеоартроз ауруының жүйелі емінде протеолитикалық фермент карипазиманың клиникалық эффективтілігін зерттеді. Зерттеу жүргізілген негізгі топтарда буындардың функционалды жағдайының жақсарғаны анықталды. Барлық науқастар жақсы төзімділікті атап өтті. Карипазиммен емдегенде жағымсыз әсерлер байқалған жоқ.

Summary

ELECTROPHORESIS WITH KARIPOZIM IN A COMPLEX TREATMENT OF DEFORMING OSTEOARTROSIS

R.M. Zhumambayeva, K.A. Tuleyov, L.B. Dyusenova, D.K. Kozhahmetova, S.L. Alimbekova, Z.I. Mynzhanova

Autors in their works studied with a method – electrophoresis the clinical efficiency of proteolytic enzyme karpazim in a complex treatment of patient with a osteoarthritis of knee joints. The significant improvement of functional state of joints was marked in the basic group. All patients are noticed a good tolerance. Site effects during treatment with karpazim didn't noticed.

Остеоартроз - довольно распространенная болезнь суставов. 10-12% населения страдает указанным заболеванием, причем заболеваемость растет с возрастом. Как правило, после 80 лет у каждого человека можно

обнаружить признаки деформирующего артроза крупных суставов и остеохондроза позвоночника.

Риск утраты трудоспособности в связи с ОА так же велик, как при сердечно - сосудистой патологии, и выше, чем при любых других заболеваниях [1,2,5].

В настоящее время остеоартроз (ОА) включает в себя гетерогенную группу заболеваний различной этиологии, в основе которых лежит поражение всех компонентов суставов, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы и периартикулярных мышц. Актуальность проблемы для практических врачей заключается в том, что дегенеративно-дистрофические заболевания суставов нижних и верхних конечностей наиболее частая патология, с которой обращаются пациенты в поликлинику. При этом болевой синдром имеет такое многообразное проявление, что данной проблемой занимаются врачи различных специальностей: ортопеды-травматологи, терапевты, хирурги, невропатологи, урологи, гинекологи, ревматологи. В связи с высокой распространенностью ОА и инвалидизацией пациентов данное заболевание было внесено экспертами ВОЗ в число приоритетных направлений Костно-мышечной декады 2001-2010гг. (Женева, 1999г.)[3]: Ранняя инвалидизация обуславливает необходимость поиска новых эффективных методов лечения данной патологии(6). Как известно, лечение деформирующего остеоартроза должно быть комплексным и направлено на устранение факторов, способствовавших развитию заболевания, предотвращение прогрессирующей дегенерации суставного хряща, уменьшение болевых ощущений, ликвидацию явлений вторичного синовита и улучшение функции сустава. Следует отметить, что немаловажное значение при этом имеют методы местного воздействия на пораженные суставы. В этой связи, в последние годы внимание клиницистов привлек ферментный препарат карипазим, который характеризуется протеолитической активностью широкого спектра. В состав препарата входят три протеолитических фермента (папаин, химопапаин, протеиназа) и муколитический фермент - лизоцим, содержащиеся в своих активных центрах сульфгидрильные группы.

Лечебный эффект данного лекарственного средства основан на положительном влиянии протеолитических ферментов на коллагеновые хрящевые ткани. В связи с тем, что из этих тканей состоят межпозвоночные диски и, соответственно, межпозвоночная грыжа, то это средство нашло широкое применение в комплексном лечении межпозвоночных грыж при больших межпозвоночных пролапсах грудного и поясничного отделов позвоночника. Эффективность этой методики подтверждена успешной практикой в Центральном НИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова (ЦИТО), в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, в Омской ГМА Росздрава (4). Очевидно, что необходимо дальнейшее изучение этого вида лечения, так как недостаточно информации об использовании этих протеолитиков в лечении остеоартрозов, практически отсутствуют рекомендации по отбору больных, нет обоснованных рекомендаций по способам применения и продолжительности лечения карипазимом, за исключением запатентованной методики В.Л. Наидина.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности карипазима в комплексном лечении остеоартроза. Обследовано 18 больных ОА в возрасте от 51 до 72 лет (10 женщин и 8 мужчин). Диагноз ОА верифицирован по критериям, разработанным Беневоленской А.И. и др. в 1993 г., учитывались как клинические, так и рентгенологические признаки болезни. Тяжесть ОА оценивали по индексу Leguesne в баллах, в

исследование брались больные с гоноартрозом со слабой и средней степенью тяжести. Карипазим вводился методом электрофореза с положительного полюса. В течение 20 дней 1 флакон карипазима разводили в 10 мл физиологического раствора непосредственно перед процедурой. В раствор добавляли 2-капли Димексида. Раствор наносили на фильтровальную бумагу белого цвета, размещенную на прокладках электрода (размеры электрода-прокладки 10 x 15 см.). Время экспозиции от 8 минут, с последующим увеличением до 20 минут к третьей процедуре.

Сила тока увеличивалась также плавно от 7 до 15 мА. Состояние больных оценивали дважды: до и после лечения — через 20 суток.

В качестве фоновой терапии все больные получали хондропротекторы, витамины, сеансы лечебной физкультуры, массаж.

Контрольную группу составили 17 больных, которые получали только фоновую терапию. При анализе полученных результатов лечения, более выраженные положительные сдвиги выявлены в группе больных, получавших карипазим. Эффект от проводимой терапии проявлялся после 6-8 процедур. Положительная динамика суставного синдрома складывалась из уменьшения болевого синдрома в пораженных суставах, увеличения объема пассивных и активных движений в суставах, а также уменьшения времени скованности в пораженных суставах. Отмечены достоверные изменения таких клинических симптомов заболевания, как выраженность болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в см (с 6,33 до 2,17), окружность сустава в см (с 39,9 до 32,76), максимальная дистанция при ходьбе без боли, утренняя скованность. Болезненность суставов по Ричи при использовании карипазима снизилась с 2,54 балла до 1,07 баллов. В основной группе отмечено значительное улучшение функционального состояния суставов. Все больные отметили хорошую переносимость. Побочных эффектов при лечении карипазимом не отмечалось.

Таким образом, применение электрофореза с карипазимом у больных с остеоартрозом имеет выраженный положительный эффект и может использоваться в комплексном лечении больных для более быстрого достижения клинической ремиссии заболевания. Методика лечения является безопасной для применения, как в стационарах, так и амбулаторно.

Литература:

1. Насонов Е.Л. Применение моноклональных антител к фактору некроза опухоли-альфа в ревматологии: новые факты и идеи. Рус. мед. журн. 2004; 12, 20 (220): 1123.
2. Kennet D, Brandt MD. Diagnosis and non surgical management of osteoarthritis. Published by professional communications, inc. 2000.
3. WHO. Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. Geneve, 1999.
4. Белова А.Н. Нейрореабилитация - Москва, 2000-568с.
5. Бунчук Н.В. Диагностические критерии остеоартроза коленного сустава. Consilium Medicum 2002; 4 (8): 396-9.
6. Лучихина Л.В. Артроз, ранняя диагностика и патогенетическая терапия. М.: НПО "Медицинская энциклопедия" РАМН, ЗАО "ШИКО", 2001. »).