

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ДЕФОРМИРУЮЩИХ ОСТЕОАРТРОЗОВ
КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ОСЛОЖНЕННЫХ
ОСТЕОПОРОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ**

Исмаев Р.Р.

*Бакирский государственный
медицинский университет,
Уфа*

Деформирующие остеоартрозы (ДОА) объединяют группу хронических заболеваний суставов, характеризующихся преимущественно дегенеративно – дистрофическими изменениями с признаками асептического воспаления. При значительных изменениях хрящевых поверхностей происходит снижение расстояния между суставными поверхностями, вокруг сустава начинаются костно-хрящевые разрастания, вызывающие резкий болевой синдром. Нарастающая боль и ограничение функции сустава, снижает трудоспособность, а многих приводит к инвалидности.

У пожилых и старых людей дегенеративно – дистрофические изменения возникают одновременно во многих суставах. Изначально боль появляется в мелких суставах кистей. Эти изменения иногда ошибочно расценивают как подагру.

В последнее время количество больных ДОА коленных суставов значительно возросло. Это связано с увеличением травм суставов, с профессиональными нагрузками, с особенностями питания и многими другими причинами.

Патологические изменения при артрозах всегда начинаются с поражения суставного покровного хряща. Затем в процесс вовлекаются субхондральные отделы костей и капсула сустава.

Под влиянием хронического раздражения появляются разрастания периферических участков суставных хрящей питающихся за счет круговой сосудистой сети. Возникающие хрящевые губы постепенно обызвествляются и оссифицируются, что обезображивает сустав и ограничивает его подвижность. Это самопроизвольное частичное иммобилизация сустава является компенсацией нарушенной функции, так как уменьшает болевой фактор.

Лечение ДОА коленных суставов осложненные остеопорозом костной структуры необходимо заставить сустав во фронтальной плоскости (1 степени – армированными наколенниками, 2-3 степени наколенники с шарнирным устройством). При этом нагрузка на поверхность большеберцовой кости начинает распределяться равномерно на всю плоскость, при этом болевой синдром в суставе уменьшается.

Для лечения основного заболевания и укрепления костной структуры на фоне снижения ее плотности применяется препарат миакальцик в нозальных спреях, одновременно на этот период пациент применяет препараты кальция (кальций Д3-форте, кальце-мин-аванс). В первые 10 дней на фоне приема миакальцика и препаратов кальция болевой синдром уменьшается на 10 - 30%.

Далее, подключаем прием НПВП на курс №5 внутримышечно, болевой синдром уменьшается на

50%. После окончания приема НПВП производится внутрисуставная инъекция алфлутоп + новокаин №5 - 10 от степени поражения сустава. При этом болевой синдром снижается на 50 - 80% к концу курса лечения.

Можно также применять одновременно наружно мази, гели, примочки НПВП, физиопроцедуры - для начала электрофорез с йодистым калием, затем подключаем магнито - лазеро - терапия, или лазеро - терапия.

Многу замечено, что система мероприятий по лечению больных с ДОА коленных суставов осложненных остеопорозом в амбулаторных условиях, в настоящее время является одной из самых эффективных способов консервативного лечения и обеспечивает сокращение сроков лечения и наилучшие результаты. В связи с этим можно снизить процент инвалидизации населения.

**ПЕРСПЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ
ПЕЛОИДОВ ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ
В МЕДИЦИНЕ**

Исмаева Р.Р., Зиганшин А.У., Дмитрук С.Е.

*Сибирский государственный
медицинский Университет, Томск,
Казанский государственный
медицинский университет, Казань*

Принимая во внимание актуальность проблемы разработки новых лекарственных средств на основе природного сырья, можно рассматривать торф и сапропель.

Объектами исследования служили биологически активные вещества, выделенные из торфа месторождения "Гусевское" Шегарского района, и сапропель озера «Карасевое» Томской области.

Томская область, как и Западная Сибирь в целом, характеризуется значительными запасами лечебных грязей.

Территория, расположенная почти полностью в таёжной зоне отличается самой высокой в стране заболоченностью (29,4% территории).

В пределах области выявлено 1463 торфяных месторождений, общей площадью в 7983 миллиона гектар и запасами торфа в двадцать восемь тысяч двести двенадцать миллионов тонн. Преимущественно распространены (более 50%) болота, занимающие площадь от 100 до 1000 гектар. Площадь озёр сапропелей в Томской области равна 570000 гектаров.

Торф и сапропель – перспективное сырьё для получения широкого ассортимента продукции, особенно они являются сырьём для производства препаратов гуминового ряда. Гуминовые кислоты являются основными веществами, определяющими свойства торфов и сапропелей. Гуминовые кислоты и их фракции обладают широким спектром терапевтического действия, биологическую активность которых связывают с влиянием на окислительно-восстановительные процессы и активацию ферментных систем.

Получение гуминовых комплексов проводили с помощью экстрагирования сырья 0,1 н раствором гидроксида натрия и 0,1 н раствором натрия пиро-

фосфата с последующей лиофилизацией полученных гуматов.

В настоящее время в стадии доклинической апробации и внедрения находятся изученные нами мало- и практически нетоксичные биологически активные гуминовые комплексы из торфа и сапропеля.

Полученные 5% мази из комплексов гуминовых кислот и их солей (натриевая, пирофосфатная) обладают противовоспалительным, противомикробным, противогрибковым, ранозаживляющим, противоожоговым, антиаллергическим десенсибилизирующим, антимуtagenным действием.

Их можно рекомендовать для лечения заболеваний кожи, имеющих аутоаллергическую природу. Препараты кроме того, рекомендуются для лечения ран, в том числе инфицированных, а также для лечения термических и ультрафиолетовых ожогов и в качестве антимикозного средства.

ВЛИЯНИЕ ОБЩИХ ПРЕСНЫХ ВАНН ПРИ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ НА ФИЗИЧЕСКУЮ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА

Клеменков А.С., Фурсова Я.Е.,
Клеменков С.В., Каспаров Э.В., Виноградова Н.А.
*Красноярская Государственная
медицинская академия,
Красноярск*

Обследовано 107 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) по Канадской классификации с желудочковыми аритмиями 1-3 класса по Б. Лауну, наджелудочковой экстрасистол. Средний возраст больных $50,0 \pm 4$ года. У 22 больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью 1 или 2 степени по классификации ВОЗ. Больные были разделены на 3 равноценные группы сопоставимые по основным клиническим показателям: 1 группа – 35 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн в течение месяца.

2 группа – 38 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн в течение 3 месяцев.

3 группа – 34 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн в течение 6 месяцев.

Больные получали 2 ванны в неделю в амбулаторных условиях.

До и после курса лечения больным ИБС 1-3 групп проводили спирометрическое исследование. На высоте физической нагрузки определяли потребление кислорода на 1 кг массы тела, частное отдыха, двойное произведение (пульс $\times$ давление). Исследование рандомизированное, контролируемое. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β – блокаторами

Установлено, что до лечения в группах больных ИБС достоверной разницы в величине показателей физической работоспособности не отмечалось. Следовательно, уровень физической работоспособности и коронарного резерва сердца у больных ИБС 1-3 групп существенно не различался.

После курса лечения показатели физической работоспособности у больных ИБС 1 – 3 групп достоверно возрастали, причём у больных ИБС 3 группы в достоверно большей степени.

Таким образом, общие пресные ванны при разной длительности назначения (1, 3, 6 месяцев в год) оказывают тренирующее воздействие у больных ИБС со стабильной стенокардией 2 ФК, которое тем выше, чем длительнее назначается бальнеотерапия.

ВЛИЯНИЕ ОБЩИХ ПРЕСНЫХ ВАНН ПРИ РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ НА НАРУШЕНИЯ РИТМА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Клеменков А.С., Фурсова Я.Е., Клеменков С.В.,
Каспаров Э.В., Виноградова Н.А.
*Красноярская Государственная
медицинская
академия,
Красноярск*

Обследовано 107 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией 2 функционального класса (ФК) по Канадской классификации с желудочковыми аритмиями 1-3 класса по Б. Лауну, наджелудочковой экстрасистол. Средний возраст больных $50,0 \pm 4$ года. У 22 больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью 1 или 2 степени по классификации ВОЗ. Больные были разделены на 3 равноценные группы сопоставимые по основным клиническим показателям: 1 группа – 35 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн в течение месяца.

2 группа – 38 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн в течение 3 месяцев.

3 группа – 34 больных ИБС, получавших курс общих пресных ванн в течение 6 месяцев.

Больные получали 2 ванны в неделю в амбулаторных условиях.

До и после курса лечения больным ИБС 1-3 групп проводили амбулаторное мониторирование ЭКГ по Холтеру с помощью комплекса «Хьюлетт – Паккард» (США). До и после лечения записывали ЭКГ на магнитную ленту в отведениях V2 и V5 в течение 24 часов. Определяли следующие показатели: среднее число желудочковых аритмий 1 – 3 класса по Б. Лауну за 24 часа, среднее число желудочковых аритмий 4а – 4б класса по Б. Лауну за 24 часа, среднее число наджелудочковых экстрасистол за 24 часа; среднее число эпизодов болевой (БИМ) и «немой» (НИМ) ишемии миокарда за 24 часа, среднюю длительность одного эпизода БИМ, НИМ за 24 часа (мин.), общую длительность БИМ, НИМ за 24 часа (мин.). Исследование рандомизированное, контролируемое. Медикаментозное лечение в группах больных ИБС осуществлялось β – блокаторами.

Установлено, что до лечения у больных 1 – 3 групп среднее число желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма достоверно не различалось.

После курса лечения среднее число желудочковых аритмий 1 – 3 класса по Б. Лауну, наджелудочковых экстрасистол в группе больных ИБС достоверно