

ли прямой метод измерения внутрибрюшного давления.

Патологическим считали ВБД, превышающее 12 мм рт. ст. Во всех случаях величины внутрибрюшинного давления превышали нормативный показатель от 15 мм рт. ст. У детей со II стадией НЭК внутрибрюшное давление составляло не более  $20,1 \pm 1,9$  мм рт. ст. в первые сутки, затем стабильно снижалось.

У четверых детей с диагнозом НЭК III стадии в первые сутки после поступления ВБД составляло в среднем  $22,3 \pm 5,1$  мм рт. ст., на 2-е сутки на фоне проводимого лечения оно стабильно снижалось. Состояние детей улучшалось, уменьшались симптомы интоксикации, купировались признаки перитонита, восстанавливалась моторика кишечника.

Все оставшиеся 27 пациентов с НЭК были оперированы. У 4-х больных имелась III стадия заболевания, у остальных 23-х – НЭК с перфорацией полого органа. У всех проводился лапароцентез и прямое измерение ВБД. При этом «стартовое» давление всегда превышало показатель 40 мм рт. ст. Из всех оперированных детей 11 умерло. У них ВБД не опускалось ниже 30 мм рт. ст. У оставшихся пациентов величина ВБД после операции стабильно снижалась.

В настоящее время проводится совершенствование алгоритма оказания помощи детям с НЭК, с определением показателей ВБД. Так, с 2010 года всем детям со II ст. НЭК и выше, проводится продленная каудальная анестезия, при которой время купирования симптомов НЭК, в том числе и проявлений внутрибрюшной гипертензии значительно уменьшается.

Длительное сохранение внутрибрюшной гипертензии у новорожденных с некротизирующим энтероколитом способствует развитию и прогрессированию полиорганной недостаточности. А так как имеется четкая зависимость величины ВБД от состояния патологического процесса в брюшной полости, своевременная диагностика и правильное определение стадии заболевания будут являться залогом успешной терапии при таких состояниях.

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ПРОПОСОЛ-Н» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Питерская Н.В., Чижикова Т.С., Адамович Е.И.,  
Соломатина Е.С., Толмачева М.С.

*Волгоградский государственный медицинский  
университет, Волгоград,  
e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru;  
Клиника ВолгГМУ*

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит представляет серьезную проблему современной стоматологии ввиду по-

стоянного роста заболеваемости. Высокий уровень распространенности данного заболевания среди всех групп населения, особенно у лиц молодого возраста, диктует поиск методов и средств лечения, так как наличие эрозивно-язвенных элементов на слизистой оболочке полости рта сопровождается выраженным болевым синдромом, нарушает полноценное питание, профессиональную и социальную деятельность и, в конечном итоге, резко снижает качество жизни пациентов.

Целью исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом путем включения в него препарата «Пропосол-Н» для местной медикаментозной терапии.

Под наблюдением находилось 25 пациентов в возрасте от 17 до 30 лет с длительностью заболевания от одного года до трех лет. Основную группу составили 14 человек и контрольную – 11 пациентов. Заболевание протекало при сравнительно удовлетворительном общем состоянии. В обеих группах явления катарального гингивита встречались у 21% лиц. Легкая форма заболевания наблюдалась нами у 72% пациентов и характеризовалась появлением единичных афт раз в несколько лет. Среднетяжелая форма диагностирована у 28% больных, при которой афты рецидивировали с периодичностью несколько раз в год. Афты характеризовались наличием эрозивной поверхности, окруженной гиперемизированным венчиком с различной степенью болезненности и эпителизации.

В результате проведенного лечения была получена положительная динамика в обеих группах, но лучшие результаты наблюдались в основной группе. У больных с легкой степенью заболевания уже на вторые сутки после начала лечения значительно уменьшалась болезненность афт, улучшался аппетит. Эпителизация афт начиналась на второй-третий день. При среднетяжелом течении рецидивирующего афтозного стоматита эпителизация афт наступала после трех-четырех дней лечения. Положительная динамика в эпителизации афтозных повреждений при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите позволила нам почти вдвое сократить сроки лечения пациентов основной группы.

Применение препарата «Пропосол-Н» в комплексном лечении хронического афтозного рецидивирующего стоматита значительно ускоряет эпителизацию афт, уменьшает гиперемию и отек слизистой оболочки полости рта, снижает болевые ощущения и позволяет сократить сроки лечения по сравнению с общепринятой методикой. Результаты наблюдений позволяют рекомендовать спрей «Пропосол-Н», как один из компонентов комплекса местной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

**НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СИНОВИТА И КИСТЫ БЕЙКЕРА У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

<sup>1</sup>Шушарин А.Г., <sup>2</sup>Половинка М.П.,  
<sup>1</sup>Морозов В.В.

<sup>1</sup>Институт химической биологии  
и фундаментальной медицины СО РАН,  
Новосибирск, %

<sup>2</sup>Новосибирский институт органической химии  
СО РАН, Новосибирск, e-mail: shush8691@yandex.ru

У многих больных ревматоидным артритом (РА) поражение захватывает коленные суставы. Процесс сопровождается гипертрофией синовиальной оболочки и накоплением выпота в суставной полости. Синовит коленного сустава может быть причиной возникновения кисты Бейкера, внутренняя мембрана которой образована синовиальной оболочкой, при этом в области подколенной ямки при кистах большого объема наблюдается выпячивание синовиальной сумки. Необходимым компонентом лечения таких патологий является пункция сустава, в ряде случаев рекомендуют артроскопию и оперативное лечение. При остеоартрозе (ОА) и РА внутрисуставное введение противовоспалительных препаратов используются в тех случаях, когда необходимо быстро купировать болевой синдром, устранить отёк сустава.

Ранее нами были опубликованы результаты исследований по лечению кисты Бейкера у пациентов с ОА и РА с использованием локальной инъекционной терапии ксефокамом [1], технология лечения описана в заявке на изобретение [2]. По данным многочисленных клинических исследований, проведенных с использованием шкал оценки боли врачами и пациентами, в интенсивной терапии ксефокам по силе противовоспалительного и обезболивающего действия превосходит многие НПВП [3]; препарат обладает выраженным анальгетическим действием, обусловленным ингибированием синтеза простагландинов, угнетением изоферментов циклооксигеназы (ЦОГ) и подавлением образования свободных радикалов из активированных лейкоцитов и лейкотриенов. Одна из ключевых стадий разработанного нами способа лечения включала введение в околосуставное пространство лонгидазы с гиалуронидазной активностью 3000 МЕ («НПО Петровакс Фарм», Россия), ферментного препарата, повышающего биодоступность НПВП [4]. В случае кисты Бейкера большого размера на финальной стадии лечения проводили склерозирование устья кисты этиловым спиртом. Процент излечения кисты Бейкера по заявляемому способу при РА – 78%, а при ОА – 97% [2].

Позже нами получены достоверные результаты по лечению синовитов коленного и тазобедренного суставов с использованием локальной терапии инъекциями ксефокама в смеси с ди-

мексидом [4]. Димексид – противовоспалительный препарат, обычно применяющийся в терапевтической практике для наружных процедур. Рядом авторов димексид в разбавлении, в комплексе с другими препаратами использовался для внутримышечного, внутривенного и внутривенного введения [5]. С учетом низкой токсичности этого препарата, а также его высокой синергетической активности, димексид применялся нами в комплексе с ксефокамом для проведения внутрисуставных инъекций при синовите коленного и тазобедренного сустава различной этиологии.

**Целью** представляемой работы являлось повышение эффективности лечения синовита и кисты Бейкера у пациентов с РА с использованием внутрисуставных инъекций под УЗ-контролем.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 10 человек, 6 мужчин и 4 женщины в возрасте 49-67 лет (средний возраст 55,6 лет). Верификацию диагноза и аспирацию сустава осуществляли с помощью аппарата УЗД. У семи пациентов синовит сопровождался кистой Бейкера (объем содержимого 5,2–8 мл). Нами проведено лечение объемных синовитов и кист Бейкера у пациентов с РА, включающее аспирацию содержимого с последующим введением лекарственной смеси: ксефокам (8 мг в 2 мл воды для инъекции), димексид (1 мл) и лонгидаза (лиоф. пор. д/ин. фл. 3000 МЕ в 2 мл 2% лидокаина для инъекций); № 5, через день. Лечение проведено 10 пациентам с РА на фоне терапии метипредом и системным препаратом. Мониторинг лечения осуществляли с применением дистантной термографии на аппарате «СВИТ» [6] и УЗД.

**Результаты.** У 4-х пациентов из десяти полное купирование синовита и кисты Бейкера (без дополнительного склерозирования полости кисты этанолом) достигнуто после трех инъекций, у 3-х пациентов – после четырех инъекций. Внутрисуставная терапия лекарственной смесью ксефокам + лонгидаза + димексид приводит к стойкому и продолжительному положительному эффекту лечения. В сроки наблюдения полтора года рецидива синовита и кисты Бейкера у пациентов с РА, участвовавших в исследовании, не отмечено.

**Выводы.** Сравнительный анализ результатов лечения показал, что введение ксефокама и лонгидазы в смеси с димексидом внутрисуставно обладает гораздо более выраженным терапевтическим эффектом при синовитах коленного сустава и кисте Бейкера, чем стандартные подходы. Разработанный метод лечения позволяет сократить число внутрисуставных инъекций при синовите и кисте Бейкера у пациентов с РА, снизить дозу вводимого ксефокама, приводит к быстрому купированию болевого синдрома и долгосрочному сохранению положитель-