

5. Длительный курс лечения пациентов с микобактериозом сопряжен с развитием частых побочных реакций, удельный вес положительных результатов лечения невысок.

Заключение

Трудность диагностики МЛ обусловлена отсутствием специфических клинических симптомов заболевания, разнообразием рентгенологических проявлений, а также невозможностью идентификации НТМ и дифференциальной диагностики с туберкулезом легких доступными в общелечебной сети лабораторными методами (микроскопия мазка мокроты, окрашенного по Цилю-Нильсену). Это приводит к позднему выявлению МЛ. Выделение групп риска пациентов по развитию МЛ и мониторинг позволит врачам общей практики своевременно заподозрить развитие заболевания. Невысокая эффективность лечения МЛ и частое развитие побочных реакций диктуют необходимость детального изучения вопроса и разработки эффективных алгоритмов этиотропной терапии. Непременным компонентом диагностического и лечебного процесса должно быть изучение лекарственной чувствительности возбудителя к антибактериальным средствам.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Микобактериозы органов дыхания: эпидемиология, микробиологические и клинические аспекты диагностики / Л. Д. Гунтупова [и др.] // Эпидемиология инфекционные болезни. — 2012. — № 2. — С. 8–14.

2. Бондаренко, В. Н. Клинико-рентгенологическая картина микобактериозов легких / В. Н. Бондаренко, И. В. Буйневич, Т. В. Золотухина // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. Респ. науч.-практ. конф. и 23 итоговой сессии Гомельского государственного медицинского университета, Гомель, 13–14 ноября 2014 г. / Гомел. госуд. мед. ун-т, ред. колл. А.Н. Лызики [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — Т. 1 — С. 68–71.

3. Распространенность нетуберкулезных микобактерий, проблемы диагностики и лечения микобактериозов / Л. К. Суркова [и др.] // Вес. Нац. акад. наук Беларуси. Сер. мед. наук. — 2011. — № 2. — С. 12–18.

4. Распространенность нетуберкулезных микобактерий в Республике Беларусь в 1990–2012 гг. / О. М. Залуцкая [и др.] // Современные проблемы диагностики и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза: Маг. международной научно-практич. конф. «Проблемы мультирезистентного туберкулеза в Республике Беларусь и пути его решения», Минск, 10–11 октября 2013 г. — Минск, 2013. — С. 113–116.

5. Клиническое значение нетуберкулезных микобактерий и современные подходы к лабораторной диагностике и лечению микобактериозов легких / Л. К. Суркова [и др.] // Мед. панорама. — 2015. — № 9. — С. 22–25.

6. Диагностика микобактериоза у больных ВИЧ-инфекцией / В. Н. Зимина [и др.] // Инфекционные болезни. — 2016. — Т. 14, № 4. — С. 63–70.

7. Микобактериозы в практике врача-пульмонолога: состояние проблемы / Е. И. Шмелев [и др.] // Практическая пульмонология. — 2016. — № 3. — С. 37–42.

8. Daley, C. L. Pulmonary non-tuberculous mycobacterial infections / C. L. Daley, D. E. Griffith // IntJ Tuberc Lung Dis. — 2010. — Vol. 14(6). — P. 665–671.

9. Chronic respiratory disease, inhaled corticosteroids and risk of non-tuberculous mycobacteriosis / C. Andréjak [et al.] // Thorax. — 2013. — Vol. 68(3). — P. 256–262.

10. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases / D. E. Griffith [et al.] // AmJ Respir Crit Care Med. — 2007. — Vol. 175(4). — P. 367–416.

11. Iseman, M. D. The importance of nontuberculous mycobacterial lung disease / M. D. Iseman, T. K. Marras // Am J Respir Crit Care Med. — 2008. — Vol. 178(10). — P. 999–1000.

Поступила 03.05.2017

УДК 616.7116-018.3-002-009.7-008.6-07-08

ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, СОПОСТАВЛЕНИЕ ВЗГЛЯДОВ НА ПРОБЛЕМУ

А. И. Гаманович^{1,2}, Б. В. Дривотинов²

¹1134-й военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь, Гродно,

²Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Цель: сопоставить эффективность двух подходов к ведению пациентов с болью в нижней части спины: традиционного, основанного на классификации И. П. Антонова (1984), и более современного, базирующегося на критериях неспецифической боли.

Материал и методы. В работе приведены данные комплексного обследования и лечения 628 пациентов основной группы и 79 пациентов группы сравнения.

Результаты и обсуждение. В обеих группах при лабораторно-инструментальных исследованиях с большой частотой выявлялись отклонения от нормальных величин. Длительность стационарного лечения пациентов основной группы была статистически значимо меньшей, что обусловлено дифференцированным, традиционным подходом к тактике ведения пациентов с вертеброгенным пояснично-крестцовым болевым синдромом.

Заключение. Традиционный подход к конкретизации болевого синдрома при поясничном остеохондрозе существенно превосходит по эффективности концепцию неспецифических болей в нижней части спины, ссылки на которую доминируют в англоязычных источниках.

Ключевые слова: поясничный остеохондроз, неспецифическая боль в нижней части спины.

LOW BACK PAIN SYNDROME, COMPARISON OF VIEWS ON THE PROBLEM

A. I. Gamanovich^{1,2}, B. V. Drivotinov²

¹Military Clinical Medical Center of the Armed Forces of the Republic of Belarus N 1134, Grodno

²Belarusian State Medical University, Minsk

Objective: to compare the effectiveness of two approaches to the treatment of patients with low back pain syndrome: the traditional approach based on the classification of I.P. Antonov (1984) and more modern one based on the criteria of nonspecific pain.

Material and methods. The work gives the data of complex examination and treatment of 628 patients of the main group and 79 patients of the comparison group.

Results and discussion. Both the groups detected abnormalities from normal values with greater frequency in laboratory and tool methods of research. The duration of inpatient treatment of the patients of the main group was statistically significantly shorter due to a differentiated traditional approach to the treatment of patients with verte-brogenic lumbosacral pain syndrome.

Conclusion. The traditional approach to the concretization of pain syndrome in lumbar osteochondrosis substantially in terms of effectiveness exceeds the concept of nonspecific pain in the lower back, references for which dominate in English-language sources.

Key words: lumbar degenerative disk disease, nonspecific low back pain.

Введение

Проблема пояснично-крестцового болевого синдрома или как представлено в англоязычных источниках — боли в нижней части спины (БНС) является одной из ведущих в современной медицине. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота возникновения БНС, особенно у лиц трудоспособного возраста, достигла эпидемического уровня, что приводит к большим экономическим потерям во всех индустриально развитых странах [1]. Под синдромом БНС (low back pain, люмбагия) понимают боль, локализирующуюся между XII парой ребер и ягодичными складками. На постсоветском пространстве основной причиной таких болей считают остеохондроз позвоночника [2]. В настоящее время отсутствие зависимости между выраженностью клинических проявлений и степенью морфологических изменений при остеохондрозе привело к отрицанию общей патогенетической связи этих состояний и введению терминов «неспецифическая боль в спине», «миофасциальный болевой синдром», дорсалгия, дорсопатия, которые стали традиционными для западной медицины. Однако термин «дорсопатия» является дезориентирующим и допустим лишь как условный (также, как, например, использование термина «болезни живота»), крайне неудачно заменяет научно обоснованный термин «остеохондроз» [3]. Между тем причинная связь пояснично-крестцового болевого синдрома только с патологией позвоночника и окружающих его образований сузило проблему, представив ее как следствие нарушений сугубо опорно-двигательного аппарата [4]. Ревизия термина «остеохондроз позвоночника» на современном этапе упростила понимание данной нозологии, не снизив ни заболеваемость и инвалидность, ни затраты на лечение и реабилитацию. В Советском Союзе «остеохондроз позвоночника» выделился в самостоятельную нозологию к началу 70-х гг. XX в., на Западе этого нет до сих пор. Имеются существенные разногласия и в терминологии [5].

В связи с ликвидацией многолетней изоляции отечественной науки, появлением новых методов клинической и инструментальной диагностики, распространением идей мануальной

терапии и внедрением унифицированной классификации болезней МКБ-10 у отечественных ученых появились необоснованные тенденции к ревизии учения об остеохондрозе позвоночника и классификации заболеваний периферической нервной системы И. П. Антонова, принятой в 1984 г. [6]. Так, в ряде публикаций нивелируется роль остеохондроза позвоночника в формировании болевого синдрома или подчеркивается его гипердиагностика. Некоторые авторы грыжу межпозвоночного диска характеризуют как осложнение остеохондроза, а спондилоартроз, остеофиты, спондилолистез считают отдельными независимыми состояниями [7]. Представляется некорректным включение вертеброневрологических синдромов в раздел МКБ-10 «Заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани», учитывая патогенетические и саногенетические особенности вертеброгенной патологии. В настоящее время нет единого подхода к формулированию клинического диагноза не только за рубежом, но и в отечественной практике. Существует значительная несогласованность в диагностическом и лечебном подходах среди врачей различного профиля, занимающихся по существу одной и той же патологией [8]. Так, например, при аналогичных формах болевого синдрома неврологи диагностируют вертеброгенную люмбагию, хирурги — обострение поясничного остеохондроза, нейрохирурги — грыжу диска, ревматологи — спондилогенную дорсопатию. По данным В. Н. Штока «термин «дорсопатии» (от лат. *dorsum* — «спина») включает не только все возможные варианты патологии позвоночника (спондилопатии), но и патологию мягких тканей спины: паравертебральных мышц, связок и т. д. Важнейшим проявлением дорсопатии являются дорсалгии: боли в области спины [9]. По происхождению выделяют вертеброгенную (спондилогенную) дорсалгию, связанную с патологией позвоночника (дегенеративного, травматического, воспалительного, неопластического и иного характера), и невертеброгенную, вызванную растяжением связок и мышц, миофасциальным синдромом, фибромиалгией, соматическими заболеваниями, психогенными факторами и др. В то же время

на практике клинические и параклинические данные зачастую не позволяют однозначно решить вопрос, вызван ли неврологический синдром грыжей диска, спондилоартрозом, растяжением мышц и связок [9]. Многие, в основном англоязычные авторы характеризуют миофасциальный болевой синдром как основную причину болей в нижней части спины [10–13], что ведет к падению уровня квалификации врачей, делает пациентов «сиротами», то есть не имеющими профильного специалиста, способного заниматься данной проблемой и, как следствие, происходит ухудшению диагностики и результатов лечения [8]. Все это результат отсутствия единого понимания такой нозологической единицы, как остеохондроз позвоночника [5].

Цель исследования

Сопоставить данные результатов исследований и лечения пациентов с болью в нижней части спины при применении различных диагностических и терапевтических подходов.

Материалы и методы

Показания для включения пациентов в исследование: возраст от 18 до 85 лет; болевой синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в нижние конечности и без иррадиации; остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, по данным нейровизуализационных (спондилографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии) исследований. Показания для исключения: возраст менее 18 лет и более 85; травмы позвоночника и спинного мозга; воспалительные заболевания позвоночника и спинного мозга; опухоли и метастатические поражения позвоночника и спинного мозга; инфекционные заболевания позвоночника и спинного мозга; эндокринно-метаболические заболевания позвоночника; системные и метаболические заболевания в стадии декомпенсации; острые инфекционно-воспалительные заболевания. В ходе исследования проведено комплексное обследование и лечение 628 пациентов основной группы, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении в 2011–2014 гг. и соответствующих критериям включения. При поступлении в стационар, согласно критериям и классификации И. П. Антонова (1984г.), 253 (40,3 %) пациентам был установлен диагноз: «Вертеброгенная или дискогенная люмбаго/люмбалгия», 248 (39,5%) — «Люмбоишиалгия», 127 (20,2 %) — «Радикулопатия». Диагноз неврологических проявлений поясничного остеохондроза подтверждался неврологическими, вертебральными, ортопедическими, общеклиническими исследованиями и данными нейровизуализации. На основании данных общеклинических, лабораторных и эндоскопических исследований (ФГДС, колоноскопия,

ректороманоскопия и др.), УЗИ внутренних органов, консультаций смежных специалистов (терапевт, хирург, уролог, гинеколог, онколог) диагностировалась сопутствующая висцеральная патология и проводилась соответствующая коррекция лечения. С использованием реовазографии нижних конечностей (РВГ) измерялся реографический индекс (РИ), характеризующий уровень кровенаполнения артериального русла (в норме > 0,06 голень, > 0,08 стопа). Выраженность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ). Состояние психоэмоционального статуса тестировалось по госпитальной шкале тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). В группе сравнения из 79 пациентов, находившихся на стационарном лечении с пояснично-крестцовым болевым синдромом, на основании критериев неспецифической боли в нижней части спины выставлялся диагноз: «Спондилогенная дорсопатия». Неспецифическая боль в нижней части спины определялась как боль и (или) дискомфорт, с иррадиацией или без в нижнюю конечность, не являющаяся проявлением специфической уточненной патологии опорно-двигательного аппарата поясничной области (в том числе инфекции, опухоли, остеопороза, анкилозирующего спондилита, переломов, воспалительных процессов, корешкового синдрома или синдрома конского хвоста, висцеральной патологии) [11]. В обеих группах критерием выписки из стационара являлось значительное уменьшение либо купирование болевого синдрома. Проводилось сопоставление полученных результатов исследований и длительности стационарного лечения в основной группе и группе сравнения. База данных формировалась при помощи программы «Microsoft Excel», статистическая обработка и анализ результатов исследования выполнены с применением статистического пакета программы «Statistica», 10. Использованы непараметрические методы статистического анализа (после проверки на соответствие нормальности распределения). Сравнение количественных показателей проводилось по критерию Mann — Whitney (U), Краскела — Уоллиса; качественных — по критериям Фишера и χ^2 , с поправкой Yates. Количественные данные представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (нижний квартиль — 25 %; верхний — 75 %). Различия считали статистически значимыми при уровне $p < 0,05$. Все значения p были двусторонними.

Результаты и обсуждение

В основной группе из 628 человек было 490 (78 %) мужчин и 138 (21,9 %) женщин, в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст — 40 ± 16,5 года), Me — 38 (25; 52). В группе сравне-

ния из 79 пациентов — 58 (73,4 %) мужчин и 21 (26,5 %) женщина, в возрасте от 19 до 84 лет (средний возраст — $49 \pm 18,4$ года), Ме — 50 (35; 63) ($p < 0,001$). При проведении сравнительного анализа среднего возраста пациентов с различной клинической формой течения заболевания в основной группе и возрастом пациентов группы сравнения достоверные различия выявлены между группой пациентов с люмбагией и остальными группами ($p < 0,001$). Между другими группами значимых различий не выявлено. Таким образом, основная группа и группа сравнения имели аналогичные гендерные характеристики. Нам представляется закономерным, что люмбагия была выявлена у пациентов более молодого возраста, так как это более ранняя фаза вертеброгенного болевого синдрома.

Отсутствие статистически значимых различий между остальными группами указывает на их сопоставимость по возрасту. Доминирующей жалобой 253 (40,3 %) пациентов основной группы была боль в пояснично-крестцовой области, у 375 (59,7 %) — с иррадиацией в ногу. При нейроортопедическом обследовании у 543 (86,4 %) человек диагностированы неврологические проявления поясничного остеохондроза (характерный болевой синдром, статодинамические нарушения, локальная болезненность позвоночника, симптомы натяжения), у 85 (14 %) пациентов таких проявлений не выявлено. Сопутствующая висцеральная патология диагностирована у 386 (61,5 %) человек основной группы, в группе сравнения — у 24 (30,3 %) ($p < 0,05$). Заболевания органов мочеполовой системы выявлены у 308 (49 %) пациентов основной группы, в

группе сравнения — у 15 (18,9 %) ($p < 0,001$). Патология органов желудочно-кишечного тракта определялась у 148 (23,5 %) пациентов основной группы, в группе сравнения — у 9 (11,4 %) ($p > 0,05$). При проведении общеклинических исследований крови у 151 (24 %) обследованного основной группы выявлены отклонения от нормы (лейкоцитоз, повышение уровня СОЭ, снижение или повышение количества гемоглобина, эритроцитов), в группе сравнения — у 15,4 % (12/78) ($p = 0,08$). Изменения в общеклиническом анализе мочи (повышенное содержание белка, лейкоцитов, эпителиальных клеток, эритроцитов, цилиндров, солей, бактерий, слизи и др.) диагностированы у 254 (40,5 %) пациентов основной и у 43 (54,4 %) — группы сравнения ($p = 0,01$). Отклонения от нормальных величин в биохимическом анализе крови, соответственно, у 59,5 % (313/256) и у 62,9 % (39/62) ($p = 0,6$). На УЗИ внутренних органов выявлены изменения у 74,4 % (369/496) пациентов основной группы, в группе сравнения — у 80,9 % (17/21) ($p = 0,9$). При эндоскопических исследованиях желудочно-кишечного тракта, соответственно, у 87,4 % (118/135) и у 75 % (3/4) ($p = 0,9$). При реовазографии нижних конечностей у 33,7 % (107/313) пациентов основной группы диагностировано снижение реографического индекса, в группе сравнения — у 60 % (15/25) ($p < 0,01$), что имеет прямую корреляцию с возрастом пациентов. Выраженность боли у пациентов основной группы имела клинические и статистические различия в зависимости от формы болевого синдрома: при люмбагии — Ме — 4 (3; 5), люмбоишиалгии — 5 (4; 6) и радикулопатии — 5 (4; 7) ($p < 0,01$) (рисунок 1).

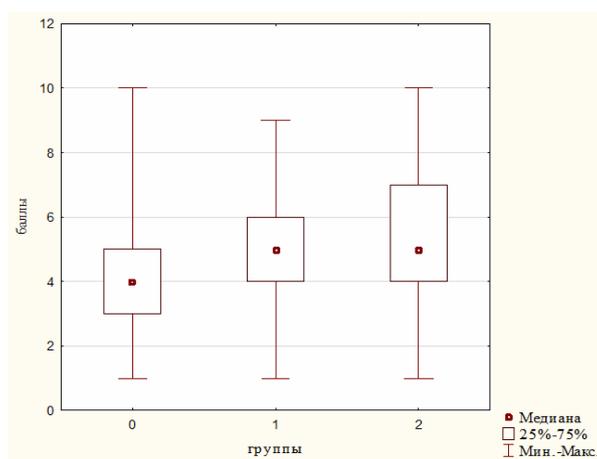


Рисунок 1 — Выраженность болевого синдрома у пациентов основной группы: 0 — люмбагия; 1 — люмбоишиалгия; 2 — радикулопатия

На рисунке 1 видно, что наиболее интенсивный болевой синдром наблюдался у пациентов с клиническими проявлениями радикулопатии, формирующейся с участием нейропа-

тического компонента. У большей части пациентов — 370 (59 %) отмечался умеренно выраженный болевой синдром (4–6 баллов по цифровой оценочной шкале) (таблица 1).

Таблица 1 — Выраженность болевого синдрома в зависимости от его клинического проявления у пациентов основной группы

Выраженность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале	Люмбалгия		Люмбоишиалгия		Радикулопатия		Всего	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1–3 балла	69	27,2	57	23	17	13,4	143	22,8
4–6 баллов	154	60,8	144	58	72	56,6	370	59
7–8 баллов	25	10	41	16,5	31	24,5	97	15,4
9–10 баллов	5	2	6	2,5	7	5,5	18	2,8

Для оценки уровня тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала HADS. В исследование было включено 430 пациентов основной группы, из них 98 (22,8 %) женщин и 332 (77,2 %) мужчины. Средний возраст — 40,2 года, Me — 37 (25; 50) лет. Субклинически и клинически выраженную тревогу и депрессию имели 145 (33,7 %) пациентов, количество набранных баллов соответствовало норме у 285 (66,3 %). У пациентов с отсутствием тревожно-депрессивных расстройств висцеральная патология диагностирована у 156 (54,8 %) человек, у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами — у 103 (71 %) ($p < 0,001$) (рисунок 2).

Как видно на рисунке 2, в обеих группах превалировало число пациентов с висцеральной патологией, между тем, тревожно-депрессивные расстройства статистически значимо чаще диагностировались у пациентов с сопут-

ствующей висцеральной патологией. Данный факт, по нашему мнению, указывал на имеющуюся значимую связь выявляемой патологии внутренних органов с частотой диагностируемых тревожно-депрессивных расстройств, и как следствие, на прямое влияние на течение и формирование пояснично-крестцового болевого синдрома.

Средняя продолжительность стационарного лечения лиц основной группы составила $11,2 \pm 3,2$ койко-дня, Me — 11 (9; 13), при этом клиническая форма болевого синдрома существенно не влияла на его длительность ($p = 0,4$). В группе сравнения — $13,1 \pm 3,2$ койко-дня, Me — 14 (11; 16) ($p < 0,001$) (рисунок 3). Разница составила 3 суток, что соответствует 26,7 % от средней длительности стационарного лечения пациентов основной группы и 22,9 % — группы сравнения.

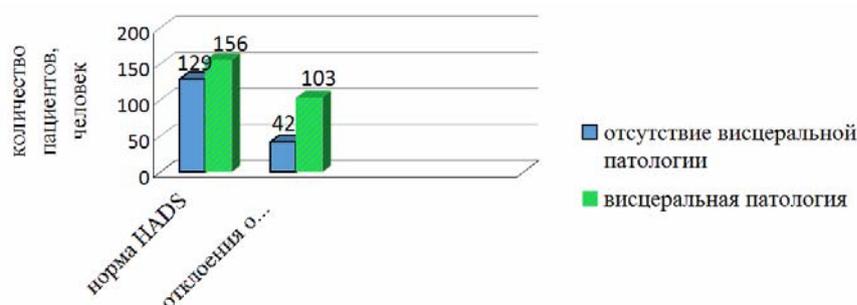


Рисунок 2 — Зависимость диагностируемой висцеральной патологии от наличия тревожно-депрессивных расстройств в основной группе

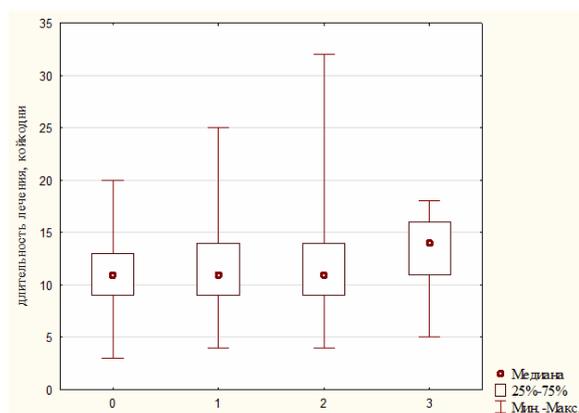


Рисунок 3— Длительность стационарного лечения пациентов: 0 — люмбалгия; 1 — люмбоишиалгия; 2 — радикулопатия; 3 — группа сравнения

Данные, представленные на рисунке, свидетельствуют о статистически значимом различии в длительности стационарного лечения у пациентов в группе сравнения, что, по нашему мнению, указывает на более эффективные подходы к объективизации болевого синдрома в основной группе.

Заключение

Группы сопоставимы по большинству анализируемым показателям.

У пациентов обеих групп диагностирована висцеральная патология. Однако целенаправленное обследование в основной группе обусловило большую величину выявляемой патологии внутренних органов.

У пациентов обеих групп с большой частотой выявлялись отклонения от нормальных величин при лабораторно-инструментальных методах исследования, что свидетельствовало о наличии процессов декомпенсации в физиологических системах.

Тревожно-депрессивные расстройства чаще диагностировались у пациентов с сопутствующей висцеральной патологией.

Выраженность болевого синдрома коррелировала с клинической формой неврологических проявлений поясничного остеохондроза, но при этом не влияла на длительность стационарного лечения. Поэтому важным в купировании болевого синдрома является не способ лечения, а точность определения этиопатогенетического фактора.

Длительность стационарного лечения пациентов основной группы была статистически значимо меньшей, что обусловлено дифференцированным, традиционным подходом к тактике ведения пациентов с вертеброгенным пояснично-крестцовым болевым синдромом.

Таким образом, традиционный подход к конкретизации болевого синдрома при поясничном остеохондрозе, основанный на классификации И. П. Антонова (1984 г.), существенно превосходит по эффективности концепцию неспецифических болей в нижней части спины, ссылки на которую доминируют в англоязычных источниках.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Дривотинов, Б. В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб.-метод. пособие / Б. В. Дривотинов, М. Д. Панкова, Х. М. Абдельмажид; под общ. ред. Т. Д. Поляковой. — Минск: БГУФК, 2010. — 395 с.
2. Латышева, В. Я. Неврология и нейрохирургия: учеб. пособие / В. Я. Латышева, Б. В. Дривотинов, М. В. Олизарович. — Минск: Выш. шк., 2013. — С. 213–220.
3. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): рук-во для врачей / Я. Ю. Попелянский. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медпресс-информ, 2003. — 672 с.
4. Жарков, П. Л. Поясничные боли: диагностика, причины, лечение / П. Л. Жарков, А. П. Жарков, С. М. Бубновский. — М.: Юниартпринт, 2001. — 144 с.
5. Петров, К. Б. Остеохондроз позвоночника: в защиту нозологической, терминологической и классификационной индивидуальности / К. Б. Петров // Мануальная терапия. — 2011. — № 3. — С. 67–80.
6. Современные аспекты классификации вертеброгенных заболеваний нервной системы / И. П. Антонов [и др.] // Медицинские новости. — 2011. — № 1. — С. 17–20.
7. Маркин, С. П. Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике / С. П. Маркин // Русский медицинский журнал. — 2009. — № 17. — С. 11.
8. Кузнецов, В. Ф. Вертеброневрология: клиника, диагностика, лечение заболеваний позвоночника / В. Ф. Кузнецов. — Минск: Книжный Дом, 2004. — С. 4–5, 297–298.
9. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / под ред. В. Н. Штока, О. С. Левина. — М.: МИА, 2006. — 520 с.
10. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care / M. W. Van Tulder [et al.]. — 2004. — 55 p.
11. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain / O. Airaksinen [et al.]. — 2004. — 207 p.
12. Mense, S. Muscle pain: understanding its nature, diagnosis, and treatment / S. Mense, D. G. Simons, I. J. Russell // Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. — 385 p.
13. Travell, J. G. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual / J. G. Travell, D. Simons. — Baltimore; London, 1985. — 713 p.

Поступила 14.04.2017

УДК 617.5–089.844

ОПТИМИЗАЦИЯ ЗАКРЫТИЯ ПЕРВИЧНЫХ АСЕПТИЧЕСКИХ РАН НА ЛИЦЕ И ШЕЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В. А. Кривенчук¹, З. А. Дундаров²

¹Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Гомель,
²Гомельский государственный медицинский университет

Цель: выработать оптимальные сроки снятия танталовых скоб у пациентов с сахарным диабетом II типа при закрытии первичных асептических ран на лице и шее без натяжения.

Материал и методы. Критерием включения пациентов в исследование являлись: необходимость хирургического вмешательства с удалением субмускулярных структур или образований на лице и шее (узловая доброкачественная патология щитовидной железы без предшествующей терапии, доброкачественные мягкотканые опухоли) с последующим закрытием первичной асептической раны без натяжения и наличие сахарного диабета II типа в фазе компенсации.

Рана закрывалась степлером, использование которого характеризуется минимальными тканевыми реакциями.

Результаты. Определен оптимальный срок снятия танталовых скоб для данной группы пациентов.

Заключение. Оптимальным сроком для снятия танталовых скоб для данной группы пациентов являются 8-е сутки послеоперационного периода. Это подтверждается статистическим анализом при сравнении коэффициента качества послеоперационного рубца у аналогичной группы пациентов без сопутствующей патологии.

Ключевые слова: первичная асептическая рана, сахарный диабет, лицо, шея.