

На основании полученных результатов рекомендуемый срок хранения композитного сиропа 1 год.

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы:

1) определены товароведческие показатели цветков гибискуса, плодов шиповника и боярышника,

2) предложен оптимальный состав композитного сиропа на основе растительного сырья,

3) разработана рациональная технология производства композитного сиропа,

4) изучены органолептические свойства предлагаемого средства – биологически активной добавки,

5) проведена оценка качества композитного сиропа по следующим показателям: плотность, показатель преломления, количественное содержание антоцианов,

6) рекомендован срок хранения композитного сиропа – 1 год в естественных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева И. Н., Степанова Э. Ф. Состояние исследований и перспективы создания лекарственных и лечебно-профилактических сиропов // Регион. конф. по фармации, фармакологии и подготовке кадров (53; 1998; Пятигорск): Материалы. – Пятигорск: Пят ГФА, 1998. – С. 39–40.
2. Государственная фармакопея СССР. Общие методы

анализа / М–во здравоохранения СССР. – 11–е изд., доп. – М.: Медицина, 1987. – Вып. 1. – 336 с.

3. Лежнева Л.П., Пшуков Ю.Г. Крапива двудомная как источник ценных фармакологически активных веществ // Хим.–фармац. производство: обз.информ.–М.:ГНИИЭМП, 1995.– Вып. 8. – 29 с.

4. Пантюхин А. В. Разработка и технологические исследования натурального корригента на основе комплекса биологически активных веществ из цветков каркаде // Материалы 9–го Международного съезда Фитофарм – 2005 и Конференции молодых ученых Европейского Фитохимического общества «Растения и здоровье». СПб. – 22–25 июня 2005. – СПб.: НИИХ СПбУ. – 2005. – С. 775–779.

5. Самылина И. А., Баландина И. А. Пути использования лекарственного растительного сырья и его стандартизация // Фармация. – 2004. – № 2. – С. 39–41.

6. Сокольская Т. А., Даргаева Т. Д., Копытенко Я. Ф. Стандартные образцы в контроле качества лекарственного растительного сырья и фитопрепаратов // Актуальные проблемы создания лекарственных препаратов природного происхождения: тез. докл. 7 Междунар. съезда... 3–5 июня 2003. – СПб. – 2003. – С. 374–377.

7. Темирбулатова А. М., Степанова Э. Ф., Садоян В. А., Клочков С. В. Фитохимическое исследование и разработка технологии жидкого экстракта из листьев лимонника китайского // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2010. – Т. 22. – Вып. 12/2. – С. 141–144.

Поступила 24.12.2016

Н. Ю. ТИХОМИРОВА¹, Л. Н. ЕЛИСЕЕВА¹, О. И. ЖДАМАРОВА¹, Д. С. ХОТЕЛЕВ², И. В. КОМЯКОВА²

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СУСТАВНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

¹Кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России. Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4

²ФКУЗ Госпиталь «МСЧ МВД России по Краснодарскому краю». Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, 6/3; тел. 8 (928) 42-32-377; e-mail: Tihomirovum@rambler.ru

В статье представлены результаты физической реабилитации пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани и суставным болевым синдромом. В результате применения упражнений, направленных на укрепление мышц спины, отмечены прирост силы сгибания и разгибания поясничного отдела позвоночника, углов поворота вправо и влево и их сила (боковых мышц спины), сила сгибания и разгибания в шейном отделе позвоночника и сила мышц правой и левой половины шеи и уменьшение интенсивности суставного болевого синдрома.

Ключевые слова: реабилитация, дисплазия соединительной ткани, суставной болевой синдром.

N. YU. TIKHOMIROVA¹, L. N. YELISEYEVA¹, O. I. ZHDAMAROVA¹, D. S. KHOTELEV², I. V. KOMYAKOVA²

PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH SIGNS OF CONNECTIVE DYSPLASIA AND JOINT PAIN SYNDROME

¹Department of faculty therapeutics of Kuban state medical university.

In the article presents the results of physical rehabilitation of patients with signs of connective tissue dysplasia and articular pain. As a result of exercises to strengthen the muscles of the back, marked bending strength increase and extension of the lumbar spine, rotation angles to the right and to the left, and their strength (the side muscles of the back), the power of flexion and extension of the cervical spine and muscle strength of the right and the left half of the neck and the decrease in the intensity of joint pain.

Keywords: rehabilitation, connective tissue dysplasia, joint pain.

Введение

Заболевания опорно-двигательного аппарата являются одной из частых причин обращения за медицинской помощью. Причин развития суставного болевого синдрома множество. Одной из возможных причин его развития является дисплазия соединительной ткани (ДСТ). В последнее время появилось множество работ, в которых исследуются возрастные особенности болевого синдрома при ДСТ [3, 4, 5, 6, 7]. Этиотропное лечение ДСТ на данном этапе развития медицинской науки невозможно, поэтому решающее значение в профилактике суставного болевого синдрома приобретает своевременное выявление признаков ДСТ и применение физических методов их коррекции [1].

Целью работы является оценка эффективности комплекса упражнений для физической реабилитации пациентов с признаками дисплазии соединительной ткани и суставным болевым синдромом.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 27 пациентов в возрасте $21,42 \pm 2,5$ лет, среди которых 3 (11,1 %)

юноши и 24 (88,9 %) девушки. В качестве критериев диагностики диспластических фенотипов были использованы национальные рекомендации по диагностике наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ) [2]. Для выявления суставного болевого синдрома проводилось физикальное обследование, сбор анамнеза. В ходе обследования мы измеряли подвижность и силу поясничного сгибания и разгибания, латерального сгибания и разгибания шейного отдела позвоночника, поясничного латерального сгибания с помощью лечебно-диагностической системы «David Back Concept». Комплекс «David Back Concept» состоит из пяти тренажеров, используемых для целенаправленной тренировки глубоких сегментарных мышц, а также диагностической системы, с помощью которой определялась максимальная изометрическая сила глубоких мышц позвоночника, подвижность в разных его отделах. Результаты диагностики являлись основой для составления индивидуальных программ занятий с целью коррекции выявленных изменений. Комплекс упражнений для укрепления мышц спины был назначен на 14 дней 1 раз в день с повторным исследованием с помощью диагностической системы «David Back Concept».



И.п. Лежа на спине на выдохе поочередно поднимаем ноги до угла 90° в тазобедренном суставе, руки под головой. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Сидя, упор руками об пол, пытаемся выпрямить ноги в коленных суставах. Повторяем 8–10 раз.



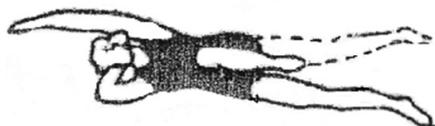
И.п. Лежа на спине, руки под туловищем, поднимаем таз, при этом плечевой пояс не отрывается от пола. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Лежа на спине, поочередно поворачиваем колени и тазовый пояс вправо и влево. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Сидя на полу. Создаем упор руками об пол и поочередно поворачиваем туловище вправо и влево. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Лежа на боку, одна рука под головой (если вначале будет сложно, то можно рукой создавать опору об пол), а другая выпрямлена над головой. Ногу поднимаем, сгибаем в колене, а затем выпрямляем и кладем на пол. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Лежа на спине, пытаемся сесть без помощи рук и достать до носочков. Повторяем 8–10 раз.



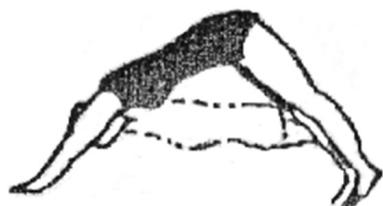
И.п. Стоя на коленях, раскидывая руки в стороны, прогибаемся назад, затем складываем руки за шейю. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Лежа на спине, пытаемся сесть без помощи рук. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Лежа на животе, одновременно поднимаем руки и ноги над полом. Повторяем 8–10 раз.



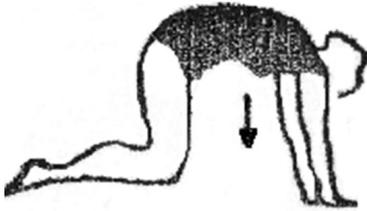
И.п.: 1. Встать, опираясь на выпрямленные руки и ноги, вдох. 2. Сделать несколько мягких пружинистых движений, стараясь дотянуться пятками до пола и растягивая заднюю поверхность ног, порционный выдох в момент растяжек. 3, 4. Вернуться в исходное положение и расслабиться: дыхание животом, голова опущена вниз, концентрация внимания на поясничном отделе позвоночника.



И.п. Сидя на полу, руки за головой, разворачиваем корпус вправо и влево. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Сидя на полу, дотягиваемся руками до приподнятых ног. Повторяем 8–10 раз.



И.п. На четвереньках округляя спину опускаем голову, а затем округляя спину поднимаем голову. Повторяем 8–10 раз.



И.п. На четвереньках, руки фиксируем на полу, а тазом садимся на пятки. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Стоя на коленях, одной рукой обхватываем ноги, а другую руку отводим в сторону. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Стоя на коленях, голова повернута в сторону, одна рука на полу, а другой рукой совершаем вращательные движения. Повторяем 8–10 раз.

И.п. Стоя на коленях, тазом садимся на ноги, руки фиксируем за спиной, а затем отрываем таз от ног, руки разводим в стороны. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Стоя на коленях, упор руками об пол. Пытаемся корпусом совершать движения, как-будто пролазим под перекладиной, максимально при этом грудь приближаем к полу. Повторяем 8–10 раз.



И.п. Стоя на ногах, руки на поясе. Совершаем наклоны корпусом вперед. Повторяем 8-10 раз.

Статистическую обработку полученных результатов проводили после создания компьютерных баз данных с помощью программы «Microsoft Office Excel 2007». Для статистического анализа данных использовали пакет программы «AtteStat». Перед началом анализа соответствие изучаемых величин нормальному закону распределения выполнялось с использованием критериев Колмогорова, Смирнова. Непараметрические количественные величины представлены в виде медианы (Me) и квартилей [25; 75]. Качественные признаки описаны абсолютными значениями (n) и процентными долями (%). Для сравнения изменений между двумя группами использовали критерий Вилкоксона (парный). Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Фенотип обследованных был представлен 2 основными типами: 1) повышенная диспластическая стигматизация (ПДС) (n=12); 2) неклассифицируемый фенотип (НКФ) (n=3). Кроме того, нами в отдельную группу были выделены лица, имеющие единичные малые признаки ДСТ (1–2) (n=12),

которые нельзя отнести к рекомендованным в национальных рекомендациях фенотипам. Все обследованные являются правшами.

Фенотип лиц с ПДС представлен: гипермобильностью суставов (33,3 %), сколиозом (66,7 %), продольным плоскостопием (33,3 %), неправильным ростом зубов (33,3 %), тонкой кожей (33,3 %), соотношением длина стопы/рост >15 % (66,7 %), голубыми склерами (33,3 %), соотношением длина кисти/рост >11 % (33,3 %), гиперлордозом поясничного отдела позвоночника (33,3 %).

Фенотип лиц с единичными признаками ДСТ представлен: продольным плоскостопием (33,3 %), сколиозом (100 %), гипермобильностью суставов (66,7 %), положительным симптомом запястья (33,3 %), тонкой кожей (33,3 %), гиперкифозом грудного отдела позвоночника (33,3 %).

Внешний вид пациентов с НКФ представлен: сколиозом (100 %), гиперлордозом поясничного отдела позвоночника (100 %), голубыми склерами (100 %), неправильным ростом зубов (100 %), варикозным расширением вен нижних конечностей (100 %), атрофическими стриями (100 %), положительным симптомом запястья (100 %), соотношением длина стопы/рост >15 % (100 %).

Оценка эффективности применения физических тренировок

Показатели		До	После	p
Поясничный отдел позвоночника	<i>Сгибание, 0</i>	16 [12; 20]	9 [8,5; 13]	0,0629
	<i>Сгибание, кг</i>	67 [60; 96]	88 [76,5; 102,5]	0,048
	<i>Разгибание, 0</i>	22 [13,5; 31,5]	19 [17; 23]	0,4631
	<i>Разгибание, кг</i>	48 [40; 67]	62 [54; 73]	0,03
Боковые мышцы спины справа	<i>Поворот, 0</i>	20 [19; 22]	30 [22; 34,5]	0,048
	<i>Сила, кг</i>	46 [41; 68]	67 [50; 71]	0,049
Боковые мышцы спины слева	<i>Поворот, 0</i>	28 [25; 29]	32 [25; 36]	0,03
	<i>Сила, кг</i>	49 [34,5; 57]	66 [53,5; 70]	0,03
Косые мышцы спины справа	<i>Поворот, 0</i>	50 [46,5; 60]	59 [53; 67]	0,0625
	<i>Сила, кг</i>	33 [26,5; 55]	48 [26,5; 61]	0,4989
Косые мышцы спины слева	<i>Поворот, 0</i>	58 [51; 66,5]	54 [49,5; 60,5]	0,8657
	<i>Сила, кг</i>	43 [36; 46]	41 [23; 51,5]	0,9325
Мышцы шеи	<i>Сгибание, кг</i>	17 [16; 25,5]	22 [19; 30]	0,048
	<i>Разгибание, кг</i>	15 [14; 20]	21 [15; 26,5]	0,038
	<i>Сила справа, кг</i>	19 [15,5; 27,5]	27 [22,5; 32,5]	0,0169
	<i>Сила слева, кг</i>	15 [14,5; 23]	22 [20; 27,5]	0,048

Суставной болевой синдром представлен болью в спине (100 %), поясничном отделе позвоночника (44,4 %), грудном отделе позвоночника (14,8 %), коленных (14,8 %) и голеностопных (14,8 %) суставах. Кроме того, 8 пациентов предъявляли жалобы на синовиты.

Интенсивность болевого синдрома оценивалась с помощью системы ВАШ и составила 3 [2, 5; 3, 5], что соответствует легкой боли.

Результаты тестирования с помощью системы «David Back Concept» представлены в таблице.

Отмечен достоверно значимый прирост силы сгибания и разгибания поясничного отдела позвоночника, углов поворота вправо и влево и их сила (боковых мышц спины), сила сгибания и разгибания в шейном отделе позвоночника и сила мышц правой и левой половины шеи.

Кроме того, снизилась интенсивность суставного болевого синдрома по «ВАШ», которая составила 1 [1; 1,5].

Наиболее часто встречающимися признаками дисплазии соединительной ткани у обследованных являлись сколиоз, гипермобильность суставов, продольное плоскостопие. Суставной болевой синдром представлен болью в спине, поясничном и грудном отделах позвоночника, коленных и голеностопных суставах. В результате применения упражнений, направленных на укрепление мышц спины, отмечены прирост силы сгибания и разгибания поясничного отдела позвоночника, углов поворота вправо и влево и их сила (боковых мышц спины), сила сгибания и разгибания в шейном отделе позвоночника и сила мышц правой и левой половины шеи и уменьшение интенсивности суставного болевого синдрома. Поэтому пациентам с признаками ДСТ (сколиоз, продольное плоскостопие, ГМС) следует рекомендовать еже-

дневные занятия для укрепления мышц спины с целью профилактики суставного болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынов А. И., Яковлев В. М., Нечаева Г. И., Громова О. А., Друк И. В., Вершинина М. В., Лялюкова Е. А., Викторова И. А., Плотникова О. В., Дубилей Г. С., Логинова Е. Н. Диагностика и тактика ведения пациентов с дисплазией соединительной ткани в условиях первичной медико-санитарной помощи : метод. Рекомендации. – Омск: Изд-во ОмГМА, 2013. – 135 с.
2. Наследственные нарушения соединительной ткани в кардиологии. Диагностика и лечение. Российские рекомендации (I пересмотр) // Рос. кардиол. журн. – 2013. – № 1 (Приложение 1). – 32 с.
3. Тихомирова Н. Ю., Елисеева Л.Н. Особенности суставного болевого синдрома у девушек с признаками дисплазии соединительной ткани // Пермский медицинский журнал. – 2015. – Т.32. – № 4. – С.37–42.;
4. Тихомирова Н. Ю. Особенности суставного синдрома у лиц молодого возраста с недифференцированной дисплазией соединительной ткани/ Н.Ю.Тихомирова, Л.Н.Елисеева, И.Г.Малхасян, З.А.Басте // Современные проблемы науки и образования. – № 3. – 2 015. – С.55–59.
5. Тихомирова Н. Ю., Елисеева Л.Н., Басте З.А., Малхасян И.Г. Особенности качества жизни у лиц молодого возраста с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани и дефицитом магния // Кубанский научный медицинский вестник. – № 6. – 2014. – С.87–89.
6. Grahame R. The revised (Brighton, 1998) criteria for the diagnosis of benign joint hypermobility syndrome (BJHS) / R. Grahame, H. A. Bird, A. Child // J. Rheumat. – 2000. – Vol. 27 (Suppl.7). – P.1777–1779.
7. Russek L. N. Hypermobility syndrome // Phys. Ther. – 1999. – V. 6. – P.591–599.

Поступила 08.11.2016

М. А. ТОПЧИЕВ, В. В. МЕЛЬНИКОВ, Д. С. ПАРШИН, М. Ш. ТАРИКУЛИЕВ, А. М. ТОПЧИЕВ

РЕГИОНАЛЬНАЯ ИММУНО- И ИММУНО-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА НА СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ

Кафедра общей хирургии с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ. 414000, ул. Бакинская, 121; тел. 8 (917) 080-55-92; e-mail: topchievma@mail.ru

Проанализированы результаты лечения 61 больного в возрасте от 17 до 32 лет с эпителиальным копчиковым ходом в стадии абсцедирования, у которых применялся метод отсроченного радикального оперативного лечения. В исследуемой группе (39 человек: мужчин — 33, женщин — 6) в лечении послеоперационной раны использовался экзогенный оксид азота и региональное лимфатическое введение антибиотика и иммунофана. Дренаж удалялся к исходу 3–4-х суток. Швы снимались на 7–8-е сутки. В группе сравнения (22) послеоперационная рана обрабатывалась ультразвуком, аналогичные лекарственные препараты вводились внутримышечным способом. Отмечено улучшение качества лечения в исследуемой группе больных.

Ключевые слова: эпителиальный копчиковый ход, абсцедирование, оксид азота, лимфатическая терапия.