

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасєва, 2009  
УДК 616 – 006.33.036.616 – 089: 615

## Застосування віброакустичної та антигомотоксичної терапії при лікуванні хвороби Осгуд-Шляттера

Г.П.Башинський

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра травматології, ортопедії та ХЕС (завідувач – професор В.О.Фіщенко)  
Вінниця, Україна

Хвороба Осгуд-Шляттера відноситься до групи остеохондропатій. Діагностика та лікування хвороби вважались досить простими. Але дослідження, проведені в останній час, дещо змінили відношення до цієї патології. Тому метою дослідження було покращення результатів лікування хворих та скорочення його терміну. Для цього у хворих використовували віброакустичну та антигомотоксичну терапію. Аналіз даних показав покращення результатів такого лікування в порівнянні з традиційними методами.

**Ключові слова:** хвороба Осгуд-Шляттера, лікування, віброакустична терапія, антигомотоксична терапія.

### Вступ

Захворювання вперше було описано Осгуд-Шляттером у 1906 р. На сьогоднішній день це захворювання відносять до групи остеохондропатій. Раніше в літературі можна було зустріти такі назви, як асептичний некроз горбистості великогомілкової кістки, апофізит горбистості великогомілкової кістки. В основі хвороби має місце асептичний некроз губчастої кістки. Багато авторів вважають, що факторами, які сприяють розвитку захворювання є макро- та мікротравма, порушення обміну речовин, нервово-трофічні та судинні розлади [2, 4].

Безпосередньою причиною некрозу може бути порушення кровопостачання внаслідок облітерації судин, їх спазмування або механічне пошкодження. Враховуючи те, що клінічна, рентгенологічна діагностика та лікування цього захворювання не є складними, багато ортопедів досить оптимістично ставляться щодо прогнозу та віддалених наслідків цього захворювання. В останній час дослідження, проведені харківською та київською школою ортопедів-травматологів, дещо змінюють відношення клініцистів до даної патології. За даними багатьох авторів, це захворювання пов'язане з дисплазією надколінка, а саме зі змінами в надколінно-стегновому з'єднанні. На думку деяких авторів, остеохондропатія горбистості великогомілкової кістки може бути індикатором розвитку артрозу колінних суглобів у майбутньому. Враховуючи це, оп-

тимізація лікування хвороби Осгуд-Шляттера є досить актуальною проблемою.

Тому пошук таких методик, які б сприяли поліпшенню місцевого кровообігу та оптимізації наслідків лікування, є досить актуальним.

### Матеріали та методи дослідження

Нами були проаналізовані результати лікування 44 хворих із цією патологією. Вік хворих складав від 11 до 14 років. Хлопчиків було 35 (79,5%), дівчаток 9 (21,5%). Двобічна локалізація процесу спостерігалась у 12 (27,2%) випадках. Однобічне ураження спостерігалось у 32 (73,8%) випадках. Цікаво відмітити той факт, що захворювання у дітей, які займалися спортом, спостерігалось лише в 12,6% випадків (6 дітей). Це суперечить уяві, що ця хвороба характерна для дітей, які займаються спортом, тобто мають значне фізичне навантаження. З іншого боку, цей факт свідчить про диспластичний генез хвороби. 8 хворим проведено обстеження патело-феморального зчленування за Merchant [1]. У двох випадках виявлено асиметрію кута в межах норми (16°), але з тенденцією до збільшення на стороні хвороби. В інших випадках кут конгруентності феморо-пателлярного суглоба перевищував норму на 6-12° та більше. У 30 хворих лікування проводилось за загальноприйнятою методикою: обмеження фізичного навантаження, фізіотерапія, бальнеотерапія, санаторно-курортне лікування. У 14 хворих лікування проводилось за

допомогою антигомотоксичної та віброакустичної терапії. В якості антигомотоксичного препарату ми використовували «Траумель С». При однобічному процесі 1,0 «Траумель С» вводили параосально в ділянку горбистості великогомілкової кістки. Одночасно 1,0 «Траумель С» вводили внутрішньом'язово. При двобічному процесі по 1,0 «Траумель С» вводили параосально в ділянку горбистості великогомілкової кістки справа та зліва. Інтервал між ін'єкціями складав три дні. На курс використовували 10 ампул «Траумель С». Лікування антигомотоксичною терапією повторювали кожні чотири місяці протягом року. Лікувальний ефект віброакустичного препарату «Вітафон» полягав у посиленні капілярного кровообігу, лімфотоку та осмотичного руху рідини в зоні віброакустичної дії [3]. Частота другого режиму «Вітафона» змінюється від 200 Гц до 18 кГц та спрямована на зниження гідродинамічного опору в капілярах. За рахунок цього значно збільшується число капілярів, які функціонують, та знижується гідродинамічний опір, що в 2-4 рази збільшує кровообіг та лімфоток у тканинах. При імпульсній модуляції в режимі 4 проходить синусоподібна зміна напруги судин та тканин, що сприяє збільшенню кровообігу внаслідок спазмолітичної дії. Один віброфон розташовували в ділянці медіальної поверхні гомілки збоку від горбистості великогомілкової кістки, другий – під кутом 90° по передній поверхні цієї горбистості. Процедуру проводили 10-20 хв. в режимі 2 та 10-20 хв. в режимі 4. Час збільшували поступово з 10 хв. (перша процедура) до 20 хв. (шоста і всі наступні). Курс лікування в залежності від отриманого ефекту коливався від 3 до 4 тижнів.

## Література

1. Крисъ-Пугач А.П., Бурин М.Д. Обстеження та діагностика опорно-рухових розладів у дітей. – Київ-Хмельницький, 2002. – 215 с.
2. Минеев К.П. Остеохондропатии. Руководство по ортопедии. – Ульяновск, 1999. – С. 341-372.
3. Федоров В. Витафон. Лечение и профилактика заболеваний. – С.-Пб.: Вита Нова, 2001. – 256 с.
4. Ченский А.Д. Остеохондропатии (асептические некрозы костей) // Мануальная терапия. – 2006. – №4 (24). – С. 60-65.

*Г.П.Башинский. Применение виброакустической и антигомотоксической терапии при лечении болезни Осгуд-Шляттера. Винница, Украина.*

*Ключевые слова: болезнь Осгуд-Шляттера, лечение, виброакустическая терапия, антигомотоксическая терапия.*

*Болезнь Осгуд-Шляттера относится к группе остеохондропатий. Диагностика и лечение этой болезни считались достаточно простыми. Однако исследования, проведенные в последнее время, несколько изменили отношение к этой патологии. Поэтому целью исследования явилось улучшение результатов лечения и сокращение его сроков. Для этого использовали виброакустическую и антигомотоксическую терапию. Анализ данных показал улучшение результатов такого лечения в сравнении с традиционными методами.*

## Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів лікування показав зменшення больового синдрому та терміну лікування у пацієнтів, яким застосовувалась антигомотоксична та віброакустична терапія. У контрольній групі хворих унаслідок посилення больового синдрому фізіотерапія (електрофорез з новокаїном та хлористим кальцієм) проводилась у середньому один раз у три місяці. У хворих, яким застосовували антигомотоксичну та віброакустичну терапію, больовий синдром був значно меншим, що дозволило проводити курс лікування один раз на чотири місяці. Тривалість лікування хворих з остеохондропатією горбистості великогомілкової кістки за загальноприйнятою методикою складала в середньому півтора року. У 8 хворих, які лікувались препаратом «Траумель С» у поєднанні з віброакустичною терапією, тривалість лікування складала 12 місяців, у 4 хворих – 8 місяців.

## Висновки

1. Для обстеження дітей з хворобою Осгуд-Шляттера необхідно додавати визначення кута конгруентності феморо-пателлярного суглоба за Merchant. При його збільшенні можна трактувати хворобу Осгуд-Шляттера як вторинну причину болю в колінному суглобі, а основний діагноз змінювати на дисплазію надколінка.

2. Застосування антигомотоксичної та віброакустичної терапії при хворобі Осгуд-Шляттера дозволяє скоротити терміни лікування, зменшити больовий синдром.

3. Цей метод не викликає побічних ефектів та не має протипоказань.

*G.P.Bashinskiy. Application of vibraacoustic and antihomotoxic therapy for treatment Osgood-Schlatter's disease. Vinnitsa, Ukraine.*

**Key words:** *Osgood-Schlatter's disease, treatment, vibroacoustic therapy, antihomotoxic therapy.*

*Osgood-Schlatter's disease concerns the group of osteochondropathy. The diagnostics and treatment of this disease are considered to be simple enough. But the investigations which have been carried out lately changed the attitude to this pathology. That's why the objective of this investigation was the improvement of the results of the treatment and the reduction of its terms. With this purpose vibroacoustic and antihomotoxic therapy was applied. Analysis of the obtained data showed the improvement of the results of such a treatment in comparison with traditional methods.*

*Надійшла до редакції 10.08.2009 р.*

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2009  
УДК 616 — 089.5 — 031.3

## Інтенсивність болю після блокади плечового сплетення: підключичний, надключичний і міждрабинчастий доступи

В.С.Фесенко

Харківська медична академія післядипломної освіти (ректор — професор О.М.Хвисюк)  
Харків, Україна

У 262 ортопедичних пацієнтів визначалась інтенсивність болю перед і після блокади плечового сплетення з використанням 1% лідокаїну (600 мг) з додаванням адреналіну (1:200000), бупренорфіну (1 мкг/кг) і клофеліну (1-2 мкг/кг) чи то коракоїдним підключичним (1 група, n=72), чи то надключичним (2 група, n=54), чи то інтерскаленним (3 група, n=67) доступом; 4 група (загальна анестезія, n=69) була контролем. Після операції інтенсивність болю та потреба в опіоїдах були значно меншими, а тривалість анальгезії — довшою при блокаді плечового сплетення.

**Ключові слова:** ортопедична хірургія, анестезія, блокада плечового сплетення.

### Вступ

Сучасній анестезіології відомі десятки модифікацій основних доступів для блокади плечового сплетення [1, 2]. Класик американської регіональної анестезії Деніел Мур рекомендував початківцям перш за все добре навчитися одному, найнадійнішому доступу, щоб потім мати «туза в рукаві», опановуючи інші [3]. Але все ширше впровадження цієї блокади при операціях на різних ділянках плечового пояса та вільної частини верхньої кінцівки [4] потребує від анестезіолога володіння різними доступами, з урахуванням зони втручання та «вірогідності розширення меж хірургічної експансії» [5].

Метою даного дослідження було порівняти вплив блокади плечового сплетення різними доступами на інтенсивність больових відчуттів.

### Матеріали та методи дослідження

Робота проводилась на базі Харківської обласної клінічної травматологічної лікарні. Досліджувалися 262 дорослих пацієнта, яким виконувались ортопедо-травматологічні оперативні втручання на верхній кінцівці. Пацієнтам 1 групи (n=72) виконувалась блокада плечового сплетення коракоїдним інфраклавікулярним (підключичним) доступом у нашій модифікації [6], 2 групи (n=54) — супраклавікулярним (надключичним) доступом [7], 3 групи (n=67) — за нашою модифікацією інтерскаленного (міждрабинчастого) доступу [8], а пацієнтам контрольної 4 групи (n=69) проводилась загальна інтубаційна анестезія. Демографічні показники в усіх чотирьох групах суттєво не різнилися.