УДК 615.844.4:612.75:616.72-002.77:711-002-007.274

ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЗА МЕТОДОМ ЕЛЕКТРОПУНКТУРНОЇ ДІАГНОСТИКИ Р. ФОЛЛЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ Й АНКІЛОЗИВНИЙ СПОНДИЛІТ

Л. В. Перфілова
ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ

EVALUATION OF FUNCTIONAL CONDITION OF CONNECTIVE TISSUE AND FACTORS INFLUENCING IT BY R. VOLL METHOD IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND ANKYLOSING SPONDYLITIS

L. V. Perfilova

Investigation results were obtained by means of acupuncture according to Voll that was used for the first time to evaluate connective tissue functional condition in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondilitis in order to improve the diagnosis efficiency.

Key words: rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, connective tissue, biological active points, the stages of inflammatory processes by R. Voll, conventional units.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПО МЕТОДУ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ Р. ФОЛЛЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Л. В. Перфилова

Результаты исследования получены с помощью метода электропунктурной диагностики по Р. Фоллю, впервые примененного для определения функционального состояния соединительной ткани у больных ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом с целью повышения эффективности диагностики.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, соединительная ткань, биологически активные точки, стадии воспалительного процесса Р. Фолля, условные единицы.

Вступ

Ревматоїдний артрит та *анкілозивний спондиліт* знаходяться на одному з перших місць за поширеністю серед запальних захворювань суглобів і системних захворювань сполучної тканини зі складною ранньою діагностикою, що призводять до високого рівня непрацездатності та значних матеріальних втрат унаслідок ранньої інвалідності, у зв'язку з чим є важливою медико-соціальною проблемою [3, 9, 12].

Відомо, що сполучна тканина — цілісна складна фізіологічна система, яка містить взаємопов'язані та взаємозалежні різноманітні за структурою, функціональними властивостями та ступенем диференціації компоненти. Сполучна тканина відрізняється від більшості органо-тканинних утворень організму, насамперед, своєю універсальністю, спеціалізацією, багатокомпонентністю та поліморфізмом клітинних систем, а також поліфункціональністю та значною адаптаційною здатністю. Різноманітні складні функції сполучної тканини, у тому числі й підтримання гомеостазу, відіграють суттєву роль у розвитку патологічного процесу в усіх органо-тканинних утвореннях, зокрема, запального та дегенеративного характеру [1, 7, 11].

З огляду на викладене, подальше вивчення та дослідження стану сполучної тканини є важливим та актуальним, потребує вдосконалення існуючих і пошуку нових способів діагностики. Дотепер з метою вивчення метаболічних і морфологічних змін у сполучній тканині при різноманітній патології і, зокрема, ортопедичній, застосовували біохімічні, гістоморфологічні та гістохімічні методи, рентгенологічно-структурний аналіз, електронну мікроскопію тощо. Зазначені методи потребують лабораторних умов і застосування складної апаратури, а також відносно тривалого терміну проведення досліджень, що ускладнює їх застосування у повсякденній практиці [7].

Отже, **актуальність** проблеми полягає у необхідності застосування нових способів діагностики для найбільш повного та різнобічного вивчення регенераторного потенціалу кісткової тканини та факторів, що на нього впливають, у хворих на системні захворювання сполучної тканини, а саме: ревматоїдного артриту та анкілозивного спондиліту.

Мета роботи — визначити функціональний стан сполучної тканини та факторів, що на нього впливають (стан певних органо-тканинних утворень), у хворих на ревматоїдний артрит та анкілозивний спондиліт за методом електропунктурної діагностики Р. Фолля (ЕПДФ).

Задачі дослідження — розробити схему експрес-обстеження хворих на ревматоїдний артрит та анкілозивний спондиліт для кількісного визначення наявності,

характеру та ступеня вираженості патологічних змін — запалення або дегенерації по стадіях Р. Фолля у біологічно активних точках (БАТ) сполучної тканини та інших органо-тканинних утворень.

Наукова новизна та теоретичне значення. Вперше в ортопедичній практиці *для визначення функціонального стану сполучної тканини* при обстеженні хворих на ревматоїдний артрит та анкілозивний спондиліт застосовано метод ЕПДФ, що дало змогу одержати нові діагностичні дані. З цією метою метод ЕПДФ було вперше застосовано і у хворих з остеохондрозом хребта.

Метод ЕПДФ також було вперше застосовано нами у хворих ортопедо-травматологічного профілю при адгезивному капсуліті та ушкодженнях ротаторної манжети плеча, ревматоїдному артриті та анкілозивному спондиліті, остеохондрозі хребта, наслідках травм верхньої кінцівки, *для визначення стану вегетативної нервової системи* тощо [4–8].

Проте, у доступній літературі ми не знайшли відомостей про застосування методу ЕПДФ для визначення функціонального стану сполучної тканини у хворих на ревматоїдний артрит та анкілозивний спондиліт, незважаючи на те, що метод дає змогу суттєво доповнити існуючий комплекс обстежень та одержати нові діагностичні дані, а саме: кількісно визначити наявність, характер та ступінь вираженості (інтенсивність) патологічних змін — запалення або дегенерації у вигляді стадій Р. Фолля у досліджуваних сполучній тканині та інших органо-тканинних утвореннях, а також оцінити їх стан у динаміці (до та після лікування). Метод є неінвазійним, не потребує складної апаратури, не призводить до можливих ускладнень під час обстеження.

Матеріали і методи

За методом ЕПДФ було обстежено 17 хворих: із ревматоїдним артритом — 14; з анкілозивним спондилітом — 3. Жінок було 11, чоловіків — 6, віком від 18 до 55 років.

Дослідження виконували з використанням апарату Inta-com-Voll із комп'ютерним забезпеченням (Україна).

Основою методу є функціональний взаємозв'язок між БАТ та пов'язаними з ними органами та системами організму через канали або меридіани. Кожна з органо-тканинних структур має власний електричний (енергетичний) потенціал, який обумовлюється складними біохімічними та біофізичними процесами, що виникають на субклітинному, клітинному та органному рівнях. Цей потенціал створює енергію, яка циркулює по зазначених каналах та складає електропровідність вимірюваних БАТ, які мають знижений опір та підвищену електропровідність до оточуючих тканин. Залежно від стану органо-тканинних утворень змінюється електрошкірний опір у пов'язаних з ними БАТ: при надмірній функції (гіперенергетичному стані) органо-тканинного утворення електропровідність БАТ підвищується, що свідчить про наявність та ступінь інтенсивності запального процесу в зазначеній структурі, а при недостатній функції (гіпоенергетичному стані) органо-тканинного утворення електропровідність БАТ знижується, що свідчить про наявність та ступінь інтенсивності дегенеративного процесу в зазначеній структурі.

Р. Фоллем було розроблено кількісні значення (чисельні критерії) показників вимірів БАТ, які реєструються в умовних одиницях (у.о.) та відповідають тим чи іншим стадіям запалення або дегенерації, а також варіанту норми. Нормотонічний показник (N) становить 50–65 у.о.

Стадії запалення Р. Фолля, в у.о.:

I — підгостра стадія запалення (ПСЗ) — 66–75;

II — гострий запальний процес локальний (ГЗПл) — 76–85;

III — гострий запальний процес тотальний (ГЗПт) — 86–100.

Стадії дегенерації Р. Фолля, в у.о.:

I — початкова стадія дегенерації — 49–36 у.о.;

II — прогресуючий дегенеративний процес — 35–26 у.о.;

III — виражений дегенеративний процес — 25–0 у.о. [2, 10].

На основі методу ЕПДФ з метою визначення функціонального стану сполучної тканини було розроблено схему обстеження хворих із ревматоїдним артритом та анкілозивним спондилітом.

Основною у дослідженні загального функціонального стану сполучної тканини в організмі в цілому була БАТ — контрольна точка виміру каналу сполучної тканини у місці переходу головки проксимальної фаланги III пальця стопи у тіло з тильно-медіального боку, а також БАТ:

— периартикулярних структур суглобів нижніх та верхніх кінцівок каналу суглобової дегенерації;

— аутоімунних процесів каналу епітеліально-паренхіматозної дегенерації;

— каналу алергії та імунітету;

— шийного відділу хребта каналу тонкої кишки;

— каналу серця;

— каналу нирок;

— попереково-крижового відділу хребта каналу сечового міхура.

Обстежували по всіх зазначених БАТ симетрично (праворуч і ліворуч).

Результати та їх обговорення

Результати розподілу стадій запалення Р. Фолля по обстежених каналах і БАТ у 17 обстежених хворих представлено в табл. 1.

Згідно з табл. 1, стадії запалення Р. Фолля по обстежених каналах і БАТ у хворих на ревматоїдний артрит та анкілозивний спондиліт розподілились таким чином (табл. 2).

Як видно з табл. 2, за результатами обстежень на каналах і БАТ установлено:

Алергії та імунітету:

— норму — у 1 (по 5,9%) хворого праворуч і ліворуч симетрично;

— ПСЗ — у 13 (по 76,5%) праворуч і ліворуч симетрично;

— ГЗПл — у 3 (по 17,6%) хворих також симетрично.

Сполучної тканини:

— ПСЗ — у 9 (52,9%) хворих — праворуч та у 8 (47%) — ліворуч;

— ГЗПл — у 8 (47,1%) — праворуч та у 9 (52,9%) — ліворуч.

Таблиця 1

Розподіл стадій запалення Р. Фолля по обстежених каналах і БАТ у хворих із ревматоїдним артритом та анкілозивним спондилітом

№ хворого	Назва каналів і БАТ																	
	Алергії та імунітету		Сполучної тканини		Аутоімунних процесів		Суглобів нижніх кінцівок		Суглобів верхніх кінцівок		Нирок		Серця		Шийного відділу хребта		Попереково-крижового відділухребта	
	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л	Л	Л	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л
1	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ
2	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ
3	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл
4	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	N	ПСЗ	ПСЗ
5	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	N	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ
6	N	N	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ
7	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл
8	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл
9	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл
10	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл
11	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ
12	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл
13	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	N	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл
14	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПт	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл
15	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПт	ГЗПт	ГЗПл	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл	ГЗПл
16	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ПСЗ	ГЗПл	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	ПСЗ	ПСЗ	ГЗПл	ГЗПл
17	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	N	N	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ	ПСЗ

Примітка. Тут і далі в табл. 2: П — праворуч; Л — ліворуч.

Таблиця 2

Результати досліджень за методом ЕПДФ по каналах і БАТ

Назва каналів і БАТ, що обстежувалися	Стадії запалення за Р. Фоллем						Нормотонічний показник N	
	I (ПСЗ)		II (ГЗПл)		III (ГЗПт)			
	П	Л	П	Л	П	Л	П	Л
Алергії та імунітету	13 (76,5)	13 (76,5)	3 (17,6)	3 (17,6)	—	—	1 (5,9)	1 (5,9)
Сполучної тканини	9 (52,9)	8 (47,1)	8 (47,1)	9 (52,9)	—	—	—	—
Аутоімунних процесів	14 (82,4)	12 (70,6)	3 (17,6)	3 (17,6)	—	—	—	2 (11,8)
Суглобів нижніх кінцівок	9 (52,9)	8 (47,1)	8 (47,1)	9 (52,9)	—	—	—	—
Суглобів верхніх кінцівок	7 (41,2)	9 (52,9)	9 (52,9)	6 (35,3)	1 (5,9)	2 (11,8)	—	—
Нирок	9 (52,9)	11 (64,7)	7 (41,2)	6 (35,3)	—	—	1 (5,9)	—
Серця	13 (76,5)	11 (64,7)	1 (5,9)	1 (5,9)	—	—	3 (17,6)	5 (29,4)
Шийного відділу хребта	9 (52,9)	10 (58,8)	7 (41,2)	6 (35,3)	—	—	1 (5,9)	1 (5,9)
Попереково-крижового відділу хребта	7 (41,2)	7 (41,2)	10 (58,8)	10 (58,8)	—	—	—	—

Примітка. У дужках наведені відсотки (%).

Аутоімунних процесів:

— норму — у 2 (11,8%) хворих ліворуч;

— ПСЗ — у 14 (82,4%) — праворуч і у 12 (70,6%) — ліворуч;

— ГЗПл — у 3 (по 17,6%) хворих праворуч і ліворуч симетрично.

Суглобів нижніх кінцівок:

— ПСЗ — у 9 (52,9%) хворих — праворуч і у 8 (47,1%) — ліворуч;

— ГЗПл у 8 (47,1%) — праворуч і у 9 (52,9%) — ліворуч.

Суглобів верхніх кінцівок:

— ПСЗ — у 7 (41,2%) хворих — праворуч і у 9 (52,9%) — ліворуч;

— ГЗПл — у 9 (52,9%) — праворуч і у 6 (35,3%) — ліворуч;

— ГЗПт — у 1 (5,9%) — праворуч і у 2 (11,8%) — ліворуч.

Нирок:

— норму — у 1 (5,9%) хворого праворуч;

— ПСЗ — у 9 (52,9%) — праворуч і у 11 (64,7%) — ліворуч;

— ГЗПл — у 7 (41,2%) — праворуч і у 6 (35,3%) — ліворуч.

Серця:
— норму — у 3 (17,6%) хворих — праворуч і у 5 (29,4%) — ліворуч;
— ПСЗ — у 13 (76,5%) — праворуч і у 11 (64,7%) — ліворуч;
— ГЗПл — у 1 (по 5,9%) хворого праворуч і ліворуч симетрично.
Шийного відділу хребта:
— норму — у 1 (по 5,9%) хворого праворуч і ліворуч симетрично;
— ПСЗ — у 9 (52,9%) — праворуч і у 10 (58,8%) — ліворуч;
— ГЗПл — у 7 (41,2%) — праворуч і у 6 (35,3%) — ліворуч.
Попереково-крижового відділу хребта:
— ПСЗ — у 7 (по 41,2%) хворих — праворуч і ліворуч симетрично;
— ГЗПл — у 10 (по 58,8%) — праворуч і ліворуч також симетрично.

Під час апаратної реєстрації показників вимірів БАТ сполучної тканини за допомогою комп'ютерної програми Inta-com-Voll було одержано графічні відображення визначених стадій запалення, приклади яких наведено на рис. 1, 2.

Рис. 1. ПСЗ ліворуч на БАТ сполучної тканини *хв. К.*, 1965 р. н. Діагноз: Ревматоїдний артрит II стадія, II фаза, активність 0

Рис. 2. ГЗПл праворуч на БАТ сполучної тканини *хв. Р.*, 1975 р. н. Діагноз: Ревматоїдний артрит II стадія, III фаза, активність III

За результатами дослідження (див. табл. 1, 2), в усіх обстежених хворих (17 чол.) на БАТ сполучної тканини та інших органо-тканинних утворень визначено запальний характер патологічного процесу, переважно, ПСЗ і ГЗПл, а ГЗПт було визначено тільки на БАТ суглобів верхніх кінцівок (периартикулярних структур плечового суглоба) у 2 хворих. Дегенеративних змін не було виявлено у жодного хворого. Запальний (асептичний) процес мав переважно симетричний (двобічний) характер на суглобах як верхніх, так і нижніх кінцівок. Зазначені зміни на БАТ сполучної тканини відбувалися на фоні змін, визначених на БАТ алергії та імунітету, серця, нирок, аутоімунних процесів, шийного та попереково-крижового відділів хребта, що підтверджує системність характеру ревматоїдного артриту та анкілозивного спондиліту незалежно від стадії та фази захворювань, ступеня активності запального процесу.

Тобто, інтенсивність (ступінь вираженості) запального процесу Р. Фолля відображує ступінь активності неспецифічного запального процесу при цих нозологіях.

Крім того, наявність запального процесу, а саме ПСЗ і ГЗПл на БАТ сполучної тканини у обстежених хворих дає можливість прогнозувати подальший розвиток процесу фіброзування в досліджених органо-тканинних утвореннях та організмі в цілому.

Висновки

1. Вперше в ортопедо-травматологічній практиці для визначення функціонального стану сполучної тканини у хворих на ревматоїдний артрит та анкілозивний спондиліт застосовано метод ЕПДФ, що дало змогу одержати нові діагностичні дані.

2. Визначено запальний характер патологічного процесу в усіх обстежених хворих (100%) різного ступеня інтенсивності (стадії Р. Фолля) на всіх БАТ органо-тканинних утворень за розробленою схемою обстеження хворих на ревматоїдний артрит та анкілозивний спондиліт.

3. Визначений запальний характер патологічного процесу різного ступеня інтенсивності (ПСЗ і ГЗПл Р. Фолля) одночасно на БАТ сполучної тканини, суглобів верхніх і нижніх кінцівок, інших органо-тканинних утворень підтверджує системний характер ревматоїдного артриту та анкілозивного спондиліту.

4. Інтенсивність (ступінь вираженості) запального процесу Р. Фолля на БАТ обстежених органо-тканинних утворень відображує ступінь активності неспецифічного запального процесу при ревматоїдному артриті та анкілозивному спондиліті.

5. Наявність запального процесу на БАТ сполучної тканини у обстежених хворих свідчить про її стан в організмі в цілому, а також дає змогу прогнозувати подальший розвиток процесу фіброзування.

Література

1. *Корж Н.А.* Дисплазия соединительной ткани и патология опорно-двигательной системы / *Корж Н.А., Сердюк С.А., Дедух Н.В.* // Ортопед., травматол. и протезир. — 2002. — №4. — С. 150–156.
2. *Мачерет Е.Л.* Основы электропунктуры и акупунктуры / *Е.Л. Мачерет, А.О. Коркушко.* — К. : Здоров'я, 1993. — 390 с.
3. *Мешков А.П.* Диагностика и лечение болезней суставов / *А.П. Мешков.* — Новгород : НГМА "Мед. кн.", 2000. — 169 с.
4. *Перфілова Л.В.* Діагностика захворювань та ушкоджень периартикулярних структур плечового суглоба: дис. ... канд. мед. наук : 14.01.21 / *Перфілова Лідія Володимирівна.* — К., 2010. — 136 с.

5. *Перфілова Л. В.* Застосування методу електропунктурної діагностики за Р. Фоллем у хворих із наслідками травм верхньої кінцівки / *Л. В. Перфілова, О. Г. Гайко* // Літопис травматол. та ортопед. — 2011. — № 1–2. — С. 168–172.
6. *Перфілова Л. В.* Застосування методу електропунктурної діагностики за Р. Фоллем при анкілозивному спондиліті / *Л. В. Перфілова, М. В. Полулях* // Там же. — 2006. — № 1–2. — С. 114–119.
7. *Перфілова Л. В.* Нові підходи у визначенні стану сполучної тканини при остеохондрозі хребта / *Перфілова Л. В., Рой І. В., Русанова Т. Є.* // Там же. — 2006. — № 2–3. — С. 86–89.
8. *Поворознюк В. В.* Визначення стану вегетативної нервової системи у хворих з адгезивним капсулітом та ушкодженнями ротаторної манжети плеча / *Поворознюк В. В., Страфун С. С., Перфілова Л. В.* // Проблеми остеології. — 2006. — Т. 9, № 2–3. — С. 54–59.
9. *Полулях М. В.* Особливості клінічного перебігу анкілозуючого спондилоартриту на ранній стадії захворювання / *М. В. Полулях* // Вісн. ортопед., травматол. та протезув. — 2001. — № 3. — С. 21–23.
10. *Самосюк И. З.* Нетрадиционные методы диагностики и терапии / *И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк.* — К. : Здоров'я, 1994. — 235 с.
11. *Слуцкий Л. И.* Биохимия нормальной и патологически измененной соединительной ткани / *Слуцкий Л. И.* — Л. : Медицина, 1969. — 375 с.
12. *Чепой В. М.* Диагностика и лечение болезней суставов / *В. М. Чепой.* — М. : Медицина, 1990. — 303 с.

УДК 616.71-001-003.9-089.843:611.018.4

АНАЛІЗ ВПЛИВУ АУТОЛОГІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ НА ПЕРЕБІГ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ДЕФЕКТІ КІСТКИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Г. В. Гайко, А. В. Калашніков, А. Т. Бруско, В. А. Боєр, А. Г. Зубенко, Ю. І. Павлішен [1]
ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ
[1] *Хмельницька обласна клінічна лікарня, Україна*

ANALYSIS OF INFLUENCE OF AUTOLOGOUS CONNECTIVE TISSUE ON THE COURSE OF REPARATIVE PROCESS IN BONE DEFECT IN EXPERIMENT

G. V. Gaiko, A. V. Kalashnikov A. T. Brusko, V. A. Boier, A. G. Zubenko, Yu. I. Pavlisben

In experiment with 36 adult rabbits influence of autologous materials of connective tissue on restoration of bone tibia defect has been studied. Obtained results have been processed statistically by application of regressive and dispersion analyses. It was shown reliable dependence of reparative process activization on the action of fibrinous gel enriched by thrombocytes and autospongiosa.

Key words: lesions of bone, reparative osteogenesis, optimization, autofibrinous gel enriched by thrombocytes, autospongiosa.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ АУТОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА ТЕЧЕНИЕ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ДЕФЕКТЕ КОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Г. В. Гайко, А. В. Калашников, А. Т. Бруско, В. А. Боер, А. Г. Зубенко, Ю. И. Павлишен

В эксперименте на 36 взрослых кролях изучено влияние аутологических материалов соединительной ткани на репарацию костного дефекта большеберцовой кости. Полученные результаты обработаны статистически с применением регрессионного и дисперсионного анализов. Показана достоверная зависимость активизации репаративного процесса от действия обогащенного тромбоцитами аутофибринового геля и аутоспонгиозы.

Ключевые слова: повреждения кости, репаративный остеогенез, оптимизация, обогащенный тромбоцитами аутофибриновый гель, аутоспонгиоза.