

держивающей социальной среды, адаптированной к их потребностям.

Литература

1. Бойко, О.В. Охрана психического здоровья / О.В. Бойко. - М., 2004. - 265 С.
2. Виленский, О.Г. Психиатрия. Социальные аспекты / О.Г. Виленский. - М., 2002. - 220 С.
3. Виткин, Дж. Женщина и стресс / Дж. Виткин. — СПб., 1995. — 75 С.
4. Гуманистический подход к охране здоровья / Пер. с англ. под редакцией К.В. Григорьева. — М., 1998. — 170 С.
5. Вулис, Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью / Р. Вулис // 2002. — 98 С.
6. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников. — М., 1998. — 230 С.
7. Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи. Резолюция 46/119. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 18 февраля 1992 г. по докладу Третьего комитета (A/46/721) // Международное право в документах. — М., 2000. — 85 С.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ПРОЛОТЕРАПИИ НАСКЕТТ-НЕМВАЛЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛАТЕРАЛЬНОГО ЭПИКОНДИЛИТА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Кошман Г.А.¹, Сакович Д.В.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «ГКБ СМП г.Гродно»

Актуальность. Хронический латеральный эпикондилит является частой патологией, встречающейся в 4-7 случаях из 1000 обращений в амбулаторные учреждения здравоохранения ежегодно [1]. Около 30% пациентов это работники физического труда и спортсмены.

Основной причиной латерального эпикондилита являются интенсивные часто повторяющиеся разгибательно-сгибательные движения кисти, приводящие к дегенеративным изменениям в сухожилиях мышц, прикрепляющихся к латеральному надмыщелку плеча.

Термин латеральный эпикондилит является не точным, т.к. патоморфологически при данном заболевании отсутствует воспалительный процесс. При этом обнаруживается дегенерация коллагеновых волокон, пролиферация фибробластов, мукоидное набухание и неоваскуляризация соединительной ткани сухожилия *m. extensor carpi radialis brevis*, дистальнее его прикрепления на 1-2 см. Также в процесс могут вовлекаться сухожилия *m. extensor carpi ulnaris* и *m. extensor digitorum communis* [2].

В настоящее время предложено множество методов консервативного (инъекции глюкокортикостероидов и ботулотоксина А, НПВС, ЛФК, иммобилизация, ударно-волновая терапия и др.) и хирургического лечения латерального эпикондилита, однако ни один из способов не принят как «золотой стандарт» и не является патофизиологически обоснованным методом лечения.

Пролотерапия (пролиферативная терапия, регенеративная инъекционная терапия) - метод консервативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы,

закрывающийся в инъекции специальных растворов (гипертонического раствора глюкозы, плазмы обогащенной тромбоцитами, стволовых клеток и др.), стимулирующих регенерацию тканей.

Наиболее простым и дешевым направлением прототерапии является метод Hackett-Hemwall заключающийся в инъекции гипертонического раствора глюкозы, склерозанта (морхуата натрия, полидоканол) и лидокаина в область наибольшей болезненности [3].

Цель исследования. Целью исследования являлось изучение эффективности модифицированного метода прототерапии Hackett-Hemwall при лечении латерального эпикондилита плечевой кости.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили 10 пациентов с латеральным эпикондилитом в возрасте от 42 до 61 года, со средней продолжительностью симптомов заболевания $7,2 \pm 5,5$ месяцев. Средний период наблюдений составил в среднем $8,1 \pm 3,5$ месяцев.

Сущность предложенной нами модификации заключается в инъекции 5 мл 15 % гипертонического раствора глюкозы и 0,5% раствора новокаина в область кольцевидной связки и латерального надмыщелка дробными порциями в среднем по 0,5 мл в каждую точку. Во время инъекции предплечье располагали в положение супинации. Курс лечения составлял из 4 инъекций, выполняемых через 1, 4 и 8 недель.

Результаты лечения оценивались через 1, 3 и 6 месяцев со дня последней инъекции. Нами использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки выраженности болевого синдрома от 0 до 10 баллов.

Результаты. До проведения прототерапии по предложенному методу болевой синдром по шкале ВАШ составлял в среднем 6,6 баллов. В результате проведенного лечения болевой синдром значительно снизился в среднем до 3,2 балла после второй инъекции и составил 1,6 баллов через 6 месяцев после проведенной терапии. Все пациенты отмечали субъективное увеличение силы хвата кисти.

Выводы. Теннисный локоть является частым заболеванием, сопровождающимся выраженным болевым синдромом, потерей трудоспособности и снижением уровня физической активности. Имеющиеся способы терапии не всегда приводят к желательным результатам и имеют множество нежелательных эффектов. Предложенный метод прототерапии является простым, безопасным, эффективным и экономически выгодным методом лечения латерального эпикондилита плечевой кости.

Литература

1. Silverstein, B. Use of a prevention index to identify industries at high risk for work-related musculoskeletal disorders of the neck, back and upper extremity / B. Silverstein, E. ViikariJuntura, J. Kalat // Am. J. Ind. Med.- 2002.-Vol. 41, № 3.-P.149–169.

2. Chen, J. In chronic lateral epicondylitis, apoptosis and autophagic cell death occur in the extensor carpi radialis brevis tendon / J. Chen, A. Wang, J. Xu, M. Zheng // Journal of Shoulder and Elbow Surgery. - 2010. - Vol. 19, № 3. - P. 355–362.

3. Hauser, R. A. Journal of prolotherapy international medical editorial board consensus statement on the use of prolotherapy for musculoskeletal pain / Hauser, R. A. [et al.] // Journal of Prolotherapy. - 2011.- Vol. 3, № 4. - P.744-764.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА УВЕИТОВ

**Кринец Ж.М.¹, Ильина С.Н.¹, Солодовникова Н.Г.¹, Логош М.В.²,
Ершова М.В.², Бородавко О.Н.²**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Увеит – заболевание сосудистой оболочки глазного яблока воспалительного генеза, которое возникает преимущественно в передних ее отделах (ирит или иридоциклит) – передний увеит, либо в задних ее отделах – задний увеит (при поражении хориоидеи). Несмотря на значительное число исследований, все авторы отмечают сложность диагностики в связи с отсутствием достаточно объективных критериев верификации этиологии и степени активности воспалительного процесса. Не до конца определена и тактика лечения данного заболевания [2]. В настоящее время разработаны, как традиционные консервативные методы лечения, направленные на регрессию воспалительного процесса, так и экстракорпоральные методы терапии, активное применение которых ограничивается многочисленными противопоказаниями и может привести к тяжёлым осложнениям [1]. Увеиты занимают высокий удельный вес в структуре офтальмологической патологии, с преимущественным поражением лиц молодого трудоспособного возраста, рецидивирующим характером течения заболевания, возникновением осложнений, что и определяет актуальность данного исследования не только с точки зрения медицины, но и в социально-экономическом плане [3].

Цель исследования. Изучить методы клинико-лабораторной диагностики увеитов различной этиологии.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 104 пациента, которые находились на лечении по поводу острого увеита в отделении микрохирургии глаза Гродненской областной клинической больницы в период с января 2013 по сентябрь 2015г. Всем пациентам проводилось полное офтальмологическое обследование: определение остроты центрального зрения, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, исследование глазного дна с помощью немидриатической камеры с видеофиксацией.

Пациентов с диагнозом хориоретинит было 35, что составило 33,6%, с иридоциклитом – 69, что составило 66,4%. Распределение по полу выглядело следующим образом: мужчины – 61 (58,7%),