

8. Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Гэотар-Мед, 2003. – 340 с.

Тұжырым

Мақалада комалардың дамуының ерекшеліктері есебінен әр түрлі генездерінің негізгі клиникалық белгілері ұсынылған. Тыныс алу және жүрек – тамыр жүйесінің функциональды жағдайын бағалау әдістерімен Глазго-Питсбург шкаласы бойынша комалардың тереңдігін анықтау кестесі көрсетілген. Қортындысында генезі белгісіз комалар кезіндегі шұғыл көмек алгоритмі ұсынылған.

Түйінді сөздер: генезі анықталмаған комалар, диагностикасы және емдеу принциптері

Summary

The basic clinical signs of comas of different genesis with specific features of their development are represented in the article. Scheme of determination of depth of comas by Glasgo-Pitsburg scale with methods of functional condition of respiratory and cardio – vascular systems estimation is recommended. At the end algorithm of emergency help at coma of unknown genesis is given.

Key words: coma of unknown genesis, principles of diagnostics and treatment

УДК 616.83:613.6

ПРИМЕНЕНИЕ БИОСТИМУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С МОВАЛИСОМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО УРОВНЯ

Г. А. Миянова

Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний МЗ РК, г. Караганда

В основу лечения хронического болевого синдрома любой локализации положена стимуляция так называемой антиноцицептивной системы, поскольку важным фактором формирования хронической боли является несостоятельность эндогенных анальгетических систем. В последние годы в лечении болевых синдромов успешно применяется новый физиотерапевтический метод, использующий принцип данной стимуляции. Биостимуляционная терапия в сочетании с мовалисом улучшает проводимость по нервным волокнам, оказывает противовоспалительный, дегидратационный эффект, тем самым приводит к уменьшению болевого синдрома.

Ключевые слова: биостимуляционная терапия, мовалис, лечение, болевой синдром, пояснично-крестцовый уровень

ISSN 1727-9712

Гигиена труда и медицинская экология. №2 (27), 2010

Практически каждый человек в течение жизни хотя бы однократно испытывает боли в спине. Если учесть, что болезнь поражает преимущественно людей наиболее трудоспособного среднего возраста и представляет собой одну из самых частых причин временной нетрудоспособности среднего возраста, то становится понятным значение и социально-экономических последствий этой патологии.

В подавляющем большинстве случаев боли в спине обусловлены различной патологией позвоночника, и в первую очередь остеохондрозом, представляющим собой дегенеративно-дистрофический процесс, затрагивающий межпозвонковый диск, тела позвонков, межпозвонковые суставы, мышечно-связочный аппарат. С возрастом в бессосудистом пульпозном ядре межпозвонкового диска происходят дегенеративные процессы, приводящие к его высыханию, вследствие чего диск уплощается и фиброзное кольцо начинает выпячиваться. В дистрофически измененных коллагеновых волокнах фиброзного кольца появляются трещины, разрывы, через которые начинает просачиваться, а в ряде случаев выпадать пульпозное ядро, приводя к образованию грыж различной локализации [1].

В происхождении боли не меньшее значение, чем морфологические изменения, имеет функциональное обратимое блокирование межпозвонковых суставов. Функциональное блокирование суставов может предшествовать развитию спондилоартроза и остеохондроза, (именно этим объясняется болевой синдром, например у подростков) и может возникать в уже пораженных суставах, вызывая клинические проявления вертеброгенной патологии. Причинами блокирования могут быть статические или динамические нагрузки, антифизиологические позы и микротравмы. Блокирование в одном участке позвоночника вызывает функциональные изменения в смежных областях в виде формирования компенсаторной гипермобильности или в более отдаленных областях. Мышцы практически всегда откликаются на появление болевой импульсации тонической рефлекторной реакцией. Физиологическая обоснованность напряжения мышц, которое следует за любой болью, заключается в иммобилизации пораженного участка тела, создании мышечного корсета. Однако сама спазмированная мышца становится источником дополнительной боли. Кроме того, мышцы могут страдать первично, а не вслед за морфологическими или функциональными нарушениями в позвоночнике. Избыточное напряжение ряда мышечных групп, обусловленное разнообразными причинами (от антифизиологической позы до мышечного дистресса, вызванного тревогой) приводит к дисфункции миофасциальных тканей с формированием болевого синдрома. Миофасциальные болевые синдромы могут наблюдаться как вне зависимости от вертеброгенной патологии, так и осложнять практически любые вертеброгенные боли. Боли, связанные с вышеописанными причинами, носят относительно доброкачественный характер [2,3].

Таким образом, источником болевого раздражения могут быть: капсулы суставов, связки и фасции, мышцы, позвонки (болевые рецепторы обнаружены в надкостнице и в кровеносных сосудах), межпозвонковый диск (болевые рецепто-

ры обнаружены в наружной трети фиброзного кольца). Относительно более редкой причиной болевого синдрома является компрессионная радикулопатия. Компрессия или ишемия корешка, нерва, спинального ганглия приводит к более тяжелому и длительному (часто хроническому) болевому синдрому (невропатическая боль). Боль, связанная с радикулопатией, сама по себе не является показанием к оперативному вмешательству и весьма эффективно лечится консервативно (лечение может продолжаться 6–8 недель). Поэтому пациенты с радикулярной болью и незначительным неврологическим дефицитом лечатся консервативно, и только при неэффективности консервативного лечения и доказанной нейровизуализационной компрессии обсуждаются возможности оперативного вмешательства. Таким образом, одной из основных задач терапии обострений вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы является быстрое и эффективное купирование болевого синдрома для улучшения общего прогноза. В основу лечения хронического болевого синдрома любой локализации положена стимуляция так называемой антиноцицептивной системы, поскольку важным фактором формирования хронической боли является несостоятельность эндогенных анальгетических систем [4,5]. В последние годы в лечении болевых синдромов успешно применяется новый физиотерапевтический метод, использующий принцип данной стимуляции [6].

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность применения биостимуляционной терапии в сочетании с мовалисом в лечении болевого синдрома пояснично-крестцового уровня.

Материалы и методы. Обследовано 84 горнорабочих основных профессий угольных шахт Карагандинского угольного бассейна в возрасте от 30 до 60 лет с умеренным и выраженным болевым синдромом хронической пояснично-крестцовой радикулопатии.

Биостимуляционная терапия проводилась на аппарате «Электростимул ЭМС-30-3. Стимул-1» (2009) предназначен для электрической стимуляции мышц, переменными синусоидальными токами повышенной частоты, характеризующимся безболезненностью воздействия, отсутствием явлений поляризации и раздражения под электродами.

Биостимуляция периферического нерва с применением переменного тока синусоидальной формы повышенной частоты (2000 Гц), прерываемого с частотой 50 Гц и модулированного по амплитуде в виде посылок и пауз в сочетании с мовалис внутримышечно в течение 10-15 дней. Доступные литературные данные свидетельствуют о высокой противовоспалительной, анальгетической, жаропонижающей активности и высокой биодоступности мовалиса. Исследования показали, что препарат по эффективности, не уступает традиционным НПВП, обладает лучшим профилем безопасности.

Эффективность данной терапии оценивалась показателями электонейромиографических исследований, соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП) и болевого опросника Мак-Гиловского.

Результаты исследования. Биостимуляционная терапия в сочетании с мовалисом улучшает проводимость по нервным волокнам, оказывает противовоспалительный, дегидратационный эффект, тем самым приводит к уменьшению болевого синдрома. Включение в лечебный комплекс биостимуляции хорошо переносится больными, не вызывает осложнений.

В процессе комплексного лечения менялся характер («окраска») алгических ощущений с «мучительного» на «терпимый». Так, например, из первоначально «дергающей» боль становилась «пульсирующей», из «раздирающей» – «распирающей» и т. д. Если в начале терапии согласно оценке аффективного класса опросника Мак Гилла, боль «приводила в ярость», то к концу терапии она вызывала у пациента только «чувство досады». Использование комплексного лечения отчетливо влияло на эмоциональные и аффективные компоненты болевого синдрома, что находило соответствующее подтверждение в достоверном снижении среднего показателя (медиана) рангового индекса боли и интенсивности боли (уменьшилось количество выделяемых дескриптов).

Обобщая данные обследования пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией, можно отметить, что до лечения у всех пациентов наблюдалась постоянная боль средней выраженности с анталгическими приемами и выявлялись болезненные при пальпации спазмированные мышцы в нижней части спины, асимметрия скелета, положительные симптомы натяжения.

Применение комплексного лечения позволило достоверно снизить уровень боли, уменьшение дефанса мышц спины, уменьшение симптомов натяжения.

Применение биостимуляционной терапии в сочетании с мовалисом сопровождалось:

- увеличением амплитуды М-ответа в дистальных и проксимальных точках на 8% и 26% соответственно, уменьшением амплитуды Н-рефлекса на 5%, резидуального периода на 6%, увеличением F-волны средне на 14%, максимально на 0,7% и увеличение объема движения, что определяло эффективность проводимой терапии.

- достоверным повышением амплитуд 1,2,3 фаз, что составило до лечения $1,12 \pm 0,04$ – $0,9 \pm 0,04$ – $0,85 \pm 0,03$, после лечения $1,51 \pm 0,01$ – $1,3 \pm 0,05$ – $1,0 \pm 0,04$, соответственно. Данные изменения сопровождалось незначительным увеличением длительности данных фаз и латентного периода, некоторым повышением скорости проведения нервного импульса по постганглионарным симпатическим волокнам.

- снижением амплитуд компонентов ССВП (N 22-51%, N30 - 48%, P38-37%; P46- 43%).

Выводы:

1. Согласно результатам ЭНМГ до лечения отмечались достоверные ($P < 0,05$) изменения амплитудно-скоростных показателей и увеличение латентности F-волны, что свидетельствует об аксонально-демиелинизирующем процессе как в проксимальном, так и в дистальном участке ветвей пояснично-крестцового сплетения.

2. После проведенного лечения зафиксировано достоверное ($P < 0,05$) увеличение амплитуды M-ответа, уменьшение латентности F-волны, увеличение скорости проведения импульса (СПИ). Особенно заметно восстановилась амплитуда M-ответа и уменьшилась латентность F-волны, примерно вдвое возросла СПИ по двигательным волокнам – свидетельство возможного частичного или полного восстановления аксонального транспорта и ускорения ремиелинизации поврежденных нервных волокон.

3. Биостимуляционная терапия в сочетании с мовалисом приводит к уменьшению болевого синдрома.

Литература

1. Дарибаев Ж.Р., Искендеров А.И., Жабаспаева Ш.А., Дарибаева С.А. и др. Опыт применения препарата целебрекс при острых и хронических болях в спине // Актуальные проблемы неврологии: сб. науч. тр. междунауч. конф., посв. 70-летию проф. С. Кайшибаева. – Алматы, 2004. - № 4. - С.56-57.

2. Poiraud S., Nys A., Reve M. Анализ методов лечения при болях в пояснице: физиотерапевтические и функциональные подходы // Rev. Yhum. & 1.fr. – 2003. – V.68, N 22. - С.154-159.

3. Del Tacca M., Colucci R., Fornai M., Blandizzi C. Efficacy and tolerability of meloxicam, COX-2preferential nonsteroidal anti-inflammatory drug. Clin Drug Invest 2002;22:12. - P. 799-818.1. Герасимова М.М. Цитомедины в комплексной терапии пояснично-крестцовых радикулопатий // Кортексин - пятилетний опыт отечественной неврологии / под ред. А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова. - С-Петербург: Наука, 2005. - С. 156-167.

4. Одинак И.А., Емелин А.Ю. Применение мовалиса в лечении дорсопатий // Неврологии и психиатрии. - 2004. - № 12. - С. 29-32.

5. Павленко С.С., Веретельников И.А., Фомин Г.И. и др. Опыт применения катадолона (флупиртин) для лечения болей в нижней части спины // Неврологии и психиатрии. - 2006. - № 4. - С. 70-72.

6. Камчатнов П.Р., Батышева Т.Т., Ганжула П.А. и др. Применение катадолона у больных со спондилогенной дорсалгией // Неврологии и психиатрии. - 2006. - № 11. - С. 46-48.

Тұжырым

Созылмалы аурулар түзілуінің негізгі факторы эндогенді анальгетикалық жүйенің қалыптаспауы болып табылатындықтан, созылмалы ауырсыну синдромын емдеу негізінде кез келген оқшаулауға антиноцицептикалық жүйе деп аталатын стимуляция тән. Соңғы жылдарда ауырсыну синдромын емдеуде осы стимуляция принципін пайдаланатын жаңа физиотерапиялық әдіс кең қолданылуда. Ауырсыну синдромын биостимулдық терапияны мовалис дәрісімен емдеу арқылы ауырсыну дәрежесін азайтуға болатындығы анықталды.

Түйінді сөздер: биостимуляциялық терапия, мовалис, емдеу, ауырсыну синдромы, бел-омыртқа бөлімі

Summary

Stimulation is put in a basis of treatment of a chronic painful syndrome of any localization so-called antinociceptive systems as the important factor of formation of a chronic pain is the inconsistency endogenous analgesic systems last years in treatment of painful syndromes the new physiotherapeutic method using a principle of given stimulation is successfully applied. The biostimul therapy in a combination with movalis improves conductivity on nervous fibres, renders anti-inflammatory, dehydration the effect, and thereby leads to reduction of a painful syndrome.

Key words: the biostimul therapy, movalis, treatment, pain syndrome, lumbar sacral level

ӘОЖ 616.379-008.64-06:616.12-005.4

ҚАНТТЫ ДИАБЕТТІҢ 2 ТИПІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ ДАМУЫНДАҒЫ ГЕМОСТАЗ ЖҮЙЕСІ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ ОРНЫ

С.Е. Сапиева

ГККП «№8 қалалық емхана», Астана қ.

Мақалада қантты диабеттің 2 типімен ауыратын науқастарда гемостаз жүйесі және бұл өзгерістердің жүректің ишемиялық ауруының дамуына әсерін зерттеледі. Қантты диабеттің 2 типімен ауыратын науқастарда тамырлы-тромбоцитарлы және коагуляциялық гемостаз бұзылыстары анықталды, тромбоз түзілуінің қатері жоғары екенін және жүректің ишемиялық ауруының үдейтінін дәлелдейді.

Түйінді сөздер: қантты диабеттің 2 типі, жүректің ишемиялық ауруы, гемостаз жүйесі