

аксона. Это сопровождается увеличением входа ионов кальция в пресинаптическую терминаль, и как следствие, усилением выброса медиатора в синаптическую щель во всех синапсах.

Повышение концентрации медиатора в синаптической щели способствует усилению стимуляции постсинаптической клетки вследствие медиатор-рецепторного взаимодействия.

В холинергических синапсах ингибирование холинэстеразы вызывает еще большее накопление нейромедиатора в синаптической щели и усиление функциональной активности постсинаптической клетки (сокращение, проведение возбуждения).

Таким образом, Нейромидин действует на все звенья в цепи процессов, обеспечивающих проведение возбуждения. Нейромидин усиливает действие на гладкие мышцы не только ацетилхолина, но и адреналина, серотонина, гистамина и окситоцина. Нейромидин также блокирует натриевую проницаемость мембраны, однако, существенно слабее чем калиевую, с чем связаны его слабые седативные и анальгетические свойства.

Нейромидин обладает следующими фармакологическими эффектами:

- восстанавливает и стимулирует нервно-мышечную передачу;
- восстанавливает проведение импульса в периферической нервной системе, нарушенного вследствие воздействия различных факторов, таких как травма, воспаление, воздействие местных анестетиков, некоторых антибиотиков, калия хлорида, токсинов и других факторов;
- увеличивает сократимость гладкомышечных органов под влиянием всех агонистов, за исключением калия хлорида;
- специфически умеренно стимулирует ЦНС с отдельными проявлениями седативного эффекта;

Заключение:

Выводы. Воздействие нейромедина путем эндорального электрофореза оказывает положительное влияние на слуховую функцию детей, тугоухость которых обусловлена преимущественно патологией беременности и родов, а также в меньшей степени при наследственных заболеваниях, сопровождающихся поражением слухового анализатора.

Практические рекомендации. Наличие положительного эндорального электрофореза нейромедином на слуховую функцию позволяет рекомендовать его применение в комплексе медицинской реабилитации слабослышащих и глухих детей и более эффективной их интеграции в общество.

Литература:

1. Гурьева М.Г. Организация коррекционной работы с тугоухими дошкольниками в городском детском сурдологическом центре / М.Г. Гурьева, Т.Ю. Мусохранова // Новости оториноларингологии и логопатологии. 1999. - №1. - С.49-52.
2. Комарова Е.В. Влияние раздражения слухового анализатора у здоровых лиц на вегетативную нервную систему. Е.В. Комарова // Новости оториноларингологии и логопатологии. 1999. - №1. - С.52-54.
3. Кузьмичева Е.П. Развитие речевого слуха у глухих / Е.П. Кузьмичева. - Москва: Педагогика, 1983. 160с.
4. Устинова Н.Н. Вопросы эпидемиологии детской тугоухости и качественная оценка слуха у детей раннего возраста. Автореф. дис. . канд. мед. наук / Н.Н. Устинова. Екатеринбург, 2001. - 24с.
5. Attanasio G. Protective effect of allopurinol in the exposure to noise pulses / G. Attanasio, E. Cassandro, L. Sequino et al. Acta- Otorhinolaryngol- Ital. 1999. -Vol.19, №1.-P.6-11.

УДК 616.7+615.844.6

ФОНОФОРЕЗ ДИПРИЛИФА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

М. С. Адишева

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Тұжырым

Тірек-қозғалыс аппаратының сырқаттары кезінде диприлифпен фонофорез

Тірек-қимыл жүйесінің зақымдалуы кезінде науқастардың жалпы жағдайының деңгейін жоғарылатуда диприлифпен фонофорез өте тиімді ем екендігі анықталды.

Summary

Phonophoresis of dyprilif in diseases of the musculoskeletal system

The proposed phonophoresisdypriliv developed on the basis of the identified changes of condition of the support-motor apparatus and inner organs is an effective means of increasing the level of physical condition of patients with disorders of the musculoskeletal system.

Актуальность темы. Непрерывающийся интерес к проблеме заболеваний опорно-двигательного аппарата в детском и юношеском возрастах связан с такими немаловажными аспектами как выраженный болевой синдром, длительное снижение трудоспособности, дорогостоящее и продолжительное лечение, ухудшение качества жизни, возможность инвалидизации. Цельный ряд проявлений соединительно-тканых дисплазии, таких как изменение величины физиологических

изгибов позвоночника и его положение во фронтальной плоскости (сколиотическая осанка), продольное и поперечное плоскостопие, гипермобильность суставов, могут явиться одной из серьезных причин перегрузки различных отделов опорно-двигательного аппарата, что в дальнейшем приводит к возникновению травм и заболеваний как самого опорно-двигательного аппарата, так и внутренних органов /1,2/.

В настоящее время под синдромом дисплазии соединительной ткани понимают полигенно-мультифакториальный синдром, проявляющийся диспластическими изменениями соединительной ткани в сочетании с внешними фенотипическими признаками и клинически значимой дисфункцией одного или нескольких внутренних органов /4/. Согласно современным представлениям в основе возникновения данного синдрома лежит генетически обусловленное нарушение соотношения между содержанием коллагенов различного типа /7/. По данным Э.В.Земцовского (1998), все чаще встречаются пациенты с "размытыми" фенотипическими признаками соединительнотканной дисплазии (СТД), что дало основание многим авторам предлагать собственные названия для обозначения недифференцированных соединительнотканной дисплазий (НСТД). Говорят также о дисфункции или слабости соединительной ткани, о мезенхимальной недостаточности или синдроме "малых" СТД.

Прогрессивно возрастающее число экзогенных и эндогенных факторов риска возникновения изменений состояния опорно-двигательного аппарата, убедительное доказательство роли последних в комплексе причин, провоцирующих и поддерживающих различные предпатологические и патологические проявления со стороны внутренних органов, придают особую значимость проблеме, особенно, когда речь идет о периоде роста и созревания организма человека. Микротравмы, возникающие в детском и подростковом возрасте при чрезмерных и неоптимальных физических нагрузках без учета индивидуальных особенностей развития организма, имеют большее отрицательное значение, чем в пожилом возрасте, а также отмечают недостаточный уровень фундаментальных исследований и конкретных знаний по закономерностям роста и созревания детей и подростков, отсутствие надежных критериев определения, оценки и прогнозирования ряда важнейших характеристик физического развития, а также зависимости приспособительных возможностей организма к физическим нагрузкам от уровня отдельных характеристик физического развития /3,7/. Врачи и работники физкультуры, чаще всего, не имеют необходимых знаний для назначения рекомендаций по двигательной активности в подростковом и юношеском возрастах в целях профилактики, лечения и реабилитации заболеваний опорно-двигательного аппарата /1/.

Однако, достижение положительного эффекта от восстановительных мероприятий возможно только при правильной оценке доли в клинической картине нарушения функции механического повреждения и структурной дисфункции, а так же механизма компенсации имеющихся нарушений. Показания к применению препарата диприлиф это заболевания опорно-двигательного аппарата (ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, остеоартроз, остеохондроз с корешковым синдромом, радикулит, люмбаго, ишиас); ревматические заболевания мягких тканей (тендовагинит, бурсит, поражение периартикулярных тканей); посттравматическое воспаление мягких тканей и суставов (вследствие растяжений, перенапряжений и ушибов); боли в спине, пояснице.

Отсутствие внимания к диспластическим процессам соединительной ткани может привести к значительному снижению эффективности использования

лечебных мероприятий, традиционно применяемых при повреждениях опорнодвигательного аппарата, а так же вызвать ухудшение состояния пациентов /5,6/.

Цель исследования: Оценить эффективность фонорезадиприлифа у пациентов молодого возраста с морфо-функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата в условиях поликлиники .

Задачи исследования:

1. Изучить клинические проявления нарушений функции опорно-двигательного аппарата юношей и девушек в возрасте от 15 до 20 лет, обратившихся в поликлинику восстановительного лечения по поводу боли в спине.

2. Оценить клиническую эффективность фонорезадиприлифа у больных с морфо-функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Выводы.

1. Среди обследованных юношей и девушек в возрасте от 15 до 20 лет, проживающих в городских условиях достаточно высока частота выявления патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата в виде изменения положения позвоночника, костей таза, функционального блокирования в различных сочленениях, выраженной асимметрии тонуса в отдельных группах мышц, выполняющих основную поструральную функцию.

2. Предлагаемый фонорез диприлифа разработанный на основании выявленных изменений состояния опорно-двигательного аппарата и внутренних органов является эффективным средством повышения уровня физического состояния пациентов с морфо-функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Литература:

1. Аухадеев ЭИ. Проблемы содержания и организации двигательной активности — интегрального фактора профилактики болезней, лечения и реабилитации больных. // Медицина, физкультура и спорт. Материалы научно-практической конференции. Ижевск, 2000. — С. 5.
2. Давлиев А.А., Аухадеев Э.И. Факторы риска острых травм на фоне функционально-трофических нарушений в аппарате движения. //Вестник спортивной медицины России. -1999. №3(24). - С. 18-19.
3. Егоров Е.Н. Влияние спортивной нагрузки на опорно-двигательный аппарат спортсмена //Вестник спортивной медицины России. — 1999. -№3(24). - С. 20.
4. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца. СПб.: Политекс, 1998. — 96с.
5. Лагода О.О. Морфо-функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата как аспект в системе медицинского контроля за юными спортсменами. -Дисс. на соискание уч. Ст. канд. Мед. Наук.-М.- 2001.-С.167
6. Макарова Г.А. Клиника и спорт. Краснодар, 1997. - 176с.137. 58. Макарова М.Р. Проблемы плоскостопия у детей и взрослых. // Медицинская помощь. М. Медицина, 2001. - №1 - С.24-28.
7. BoucteulasiKoHbach A., Baker P. et al Mitral valve prolapse and the mitral valve prolapse syndrome: a diagnostic classification and pathogenesis of symptoms //Amer. Heart J. — 1989. Vol. 118, N 4. - P. 796-&18.