

Суммируя полученные данные, мы можем сделать вывод, что требуется врачебная настороженность в отношении серьезных осложнений со стороны ЖКТ у больных, принимающих НПВП. При активном назначении НПВП, необходимо назначать гастропротекторы. Контроль в суточной дозе 40 мг является безопасным и высокоэффективным препаратом выбора для профилактики и терапии гастропатий и эрозивно-язвенных изменений, вызванных приемом НПВП, в том числе у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями, требующими медикаментозного лечения.

Литература:

1. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты при ревматических заболеваниях: стандарт лечения. РМЖ 2001; 9 (7-8). – 358с.
2. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине). Москва, Издательство «Анко», 2000; 142 с.
3. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Корешков Г.Г. НПВП-индуцированная диспепсия: распространенность и возможность медикаментозной коррекции // Научно-практическая ревматология. 2003. № 5. С. 76-78.
4. Евсеев М.А., Веренко А.М. Возможность проведения терапии НПВП у пациентов с эрозивно-язвенным поражением гастродуоденальной зоны. // Consilium medicum. 2007. том 9. №8. - С. 129-134.
5. Каратеев А.Е., Коновалова Н.Н., Литовченко А.А. и др. НПВП — ассоциированное заболевание ЖКТ при ревматизме в России // Клиническая медицина. 2000. № 5. - С. 33-39.
6. Сороцкая В.Н., Каратеев А.Е. Желудочно-кишечные осложнения как одна из причин смерти больных ревматическими заболеваниями // Научно-практическая ревматология. 2005. № 4. - С. 34-38.
7. Шостак Н.А., Рябкова А.А., Савельев В.С. и др. Желудочно-кишечное кровотечение как осложнение гастропатий, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Терапевтический архив. 2003. № 5. - С. 70-74.
8. Fries J, Kristen N, Bennet M, et al. The rise and decline of nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastropathy in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2004;50:2433-40.
9. Насонов Е.Л., Каратеев А.Е. Поражения желудка, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Клиническая медицина. 2000. № 3. С. 4-10 (часть 1); № 4. - С. 4-9 (часть 2).
10. Singh G. Recent consideration in nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. Am J Med 1998;105:31-38.
11. Brooks P.M., Day R.O. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: differences and similarities. N. Engl. J. Med. 1993;324:1716-1725
12. Ishikawa N, Fuchigami T, Matsumoto T. et al. Helicobacter pylori infection in rheumatoid arthritis: effect of drugs prevalence and correlation with gastroduodenal lesions. Rheumatology 2002; 41:72-77.
13. Каратеев А.Е., Муравьев Ю.В., Раденская Лоповок С.Г. и др. Эффективность антихеликобактерной терапии при НПВП-индуцированной гастропатии // Клиническая медицина. 2003. № 4. - С. 37-41.
14. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Корешков Г.Г. НПВП-индуцированная диспепсия: распространенность и возможность медикаментозной коррекции // Научно-практическая ревматология. 2003. № 5. - С. 76-78.
15. Singh G., Triadafilopoulos S. Appropriate choice of proton pump inhibitor therapy in the prevention and management of NSAID-related gastrointestinal damage // Int J Clin Pract 2005; 59: 1210-1215.
16. Логинов А.Ф. Нестероидная гастропатия: современные методы профилактики и лечения // Гастроэнтерология. 2011. № 3. С. 10-16.
17. Heinze H., Preinfalk J., Athmann C., et al. Clinical efficacy and safety of pan-toprasole in severe acid-peptic disease during up to 10 years maintenance treatment // Gut. 2003. Vol. 52. Suppl. 6. P. A63.

УДК 616.8-009.1-08+615.873

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ КЕТОНАЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Т.В. Каймак, М. С. Адишева, Р. Р. Нурланова, Ж.К. Ташимбетова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
Курчатовская городская больница, г. Курчатов

Тұжырым

Бұлшық ет-фасциалық ауырсыну синдромдарын кетоналды ультрадыбыс көмегімен тарату арқылы емдеу

Ұсынылған кетоналды ультрадыбысты жолмен мойын және иық-жауырын аймағында ауырсынуларда қолдану нәтижесінің тиімділігі анықталды.

Summary

Ultrasound therapy ketonal in the treatment of muscular-fascial pain syndromes

In the basis of mechanism of action of ultrasound is based on three main factors: mechanical, physical-chemical, thermal. The therapeutic effect of ultrasound - improves the functional state of the peripheral and central nervous system. The proposed ultrasound therapy ketonal is more effective

Цервикалгии стойко удерживают 3 место среди болевых синдромов по обращаемости за медицинской помощью, играют важную роль в увеличении дней нетрудоспособности населения, снижении качества жизни

у лиц молодого и среднего возраста. Боль в шее отмечается почти у половины взрослого населения, причем стойкая боль в шее отмечается примерно у 23% женщин и 17% мужчин. Частота болей в шее и инвалидиза-

ции не увеличивается с возрастом и не коррелирует с возрастными дегенеративными изменениями позвоночника /6/. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные неспецифической миофасциальной боли, многие вопросы патогенеза, диагностики и дифференцированного лечения остаются неясными. Мышцы, осуществляющие движение в плечелопаточной области и шее, иннервируются ветвями шейных спинномозговых нервов и черепно-мозговыми нервами, а тонус сосудов, кровоснабжающих эти мышцы, регулируется волокнами от грудного отдела симпатического ствола. То есть функция этих мышц зависит от состояния как шейного, так и грудного отделов позвоночника. Мышцы шеи регулируют правильную ориентацию головы, поэтому неоптимальная статика позвоночника сказывается на функционировании этих мышц. При движениях в шейном отделе позвоночника включаются не только мышцы непосредственно этого региона, но и мышцы плечевого пояса, спины, поясницы. При достаточно большом объеме выполняемого движения происходит ротация и латерофлексия позвоночного столба, и организм для сохранения равновесия или позы вынужден компенсаторно напрягать мышцы и в других регионах. А в связи с тем, что эти мышцы связаны между собой рефлекторными связями, то и проблемы в этих отдаленных мышцах непременно скажутся рефлекторным ослаблением или укорочением соответствующих мышц шейного региона и возникновением в них болевых (триггерных) точек.

Некоторые мышцы шеи (лестничные, грудноключично-сосцевидные), являются дополнительными дыхательными мышцами и могут перегружаться при дисфункции дыхательной диафрагмы.

Афферентные нервные волокна из подзатылочных мышц имеют анатомические связи с глазодвигательными мышцами и жевательными мышцами, а также с вестибулярными ядрами, что является основой цервиковестибуло-окулярных рефлексов /5/. Если у человека имеются дисфункции жевательного комплекса или нарушения зрения, то у него может возникнуть функциональный блок С0-С1-СII позвоночно-двигательных сегментов, боль и ограничение движения в шейном отделе позвоночника /6/.

Таким образом, на биомеханику плечевого пояса оказывают влияние различные структуры опорно-двигательной системы.

Методы визуализации (рентгенография, КТ, МРТ) незаменимы в диагностике структурных изменений, малоинформативны при функциональной патологии.

Достаточно хорошо изучены синдромы, сопровождающиеся слабостью мышц при поражениях эфферентного звена системы регуляции. Двигательные нарушения типа «афферентный парез» часто интерпретируются практическими врачами с точки зрения теории центральных и периферических парезов, реже - апрактических расстройств и совсем редко как сенситивная атаксия /1,3/. Роль рефлекторно-афферентных дисфункций в патогенезе мышечного дисбаланса остается малоизученной. Концепция «неврологических проявлений остеохондроза позвоночника» определила подходы к диагностике и лечению /2,5/. Врачи не всегда обладают досточными знаниями о функциональных особенностях позвоночника и мышечно-фасциальной системы, вследствие чего недооценивают роль функциональных нарушений опорно-двигательной системы в происхождении болевых синдромов /4/. В настоящее время при лечении мышечно-фасциальных болевых синдромов (МФБС) в основном внимание обращается

на болезненные мышечные уплотнения и триггерные точки.

В доступной литературе мы не встретили работ по лечению мышечно-фасциальных болевых синдромов плечелопаточной области и шеи при системной коррекции мышечного дисбаланса с восстановлением правильной биомеханики плечевого пояса и шеи. **Цель исследования:** оценить эффективность ультразвуковой терапии кетонала пациентов с мышечно-фасциальными болевыми синдромами плечелопаточной области и шеи.

Материал и методы. Проведена ультразвуковая терапия кетоналом 39 больным с мышечно-фасциальными болевыми синдромами плечелопаточной области и шеи. Возраст больных составлял от 12 лет до 50 лет. Ведущим патогенетическим механизмом формирования мышечно-фасциального болевого синдрома плечелопаточной области и шеи являлось нарушение нервной регуляции. Характерная особенность висцеральной боли в шее в отличие от соматической — усиление боли ночью, больные не испытывают облегчения от отдыха. Установлено, что использование кетонала при лечении пациентов с мышечно-фасциальными болевыми синдромами плечелопаточной области и шеи, учитывающего клинические особенности МФБС, психический статус пациента, патобиомеханические нарушения в опорно-двигательной системе и тип дыхания достоверно снижает частоту возникновения рецидивов заболевания по сравнению с традиционным подходом к лечению. В основе механизма действия ультразвука лежат три основных фактора: механический, физико-химический, тепловой. Терапевтическое действие ультразвука - улучшается функциональное состояние периферической и центральной нервной системы. Стимулируется восстановление нервных волокон, понижается болевая чувствительность. Улучшается местное кровообращение. Улучшается моторная, эвакуаторная функция желудка. Снижаются спазмы бронхов, повышается диурез.

Используют чаще малые и средние дозировки, продолжительность озвучивания 1 поля 2-5 мин. максимальное озвучивание 15 минут, стабильное озвучивание до 5 мин. Число процедур от 5-8 до 10-12.

Результаты лечения более выражены через 30-45 дней. Детям ультразвук назначается с 12-х лет, слабой интенсивности, не более 10 минут, избегая воздействия на ростковые зоны костей.

Вывод. Предложенная ультразвуковая терапия кетонала является более эффективным, чем традиционное лечение и может быть рекомендован для широкого практического внедрения. Пациенты с постоянным, не связанным с движением болевым синдромом плечелопаточной области и шеи должны быть целенаправленно обследованы на предмет висцеральной патологии, даже если нет других признаков заболеваний внутренних органов. Назначать нестероидные противовоспалительные препараты этим пациентам можно только после исключения заболеваний желудка.

Литература:

1. Ананьин Н.Н. Афферентные парезы в клинике нервных болезней: Дисс. канд. мед. наук. Новосибирск, 1983. — 18 с.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем / П.К.Анохин// -М., медицина, 1975. - 448 с.
3. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности / Н.А. Бернштейн. М.: Медицина, 1966. - 349 с.

4. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль / Г.А. Иваничев. Казань, 2007. - 392 с.

5. Попелянский А.Я. Клиническая пропедевтика мануальной медицины / А.Я. Попелянский. -М.: МЕД-пресс-информ, 2002. - 136 с.

6. Bartsch T. Increased responses in trigeminocervical nociceptive neurons to cervical input after stimulation of the dura mater / T. Bartsch, P.J. Goadsby // Brain. -2003.-N 126.-P. 1801-1813.

УДК 616.833.34-08+615.844.6

ЭЛЕКТРОФОРЕЗ МИДОКАЛМА ПРИ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Т. В. Каймак, М. С. Адишева., Р. Р. Нурланова, Ш. М. Кайрамбаева

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Тұжырым

Бұлшық ет тоникалық синдромында мидокалммен электрофорез

Мидокалммен электрофорез емі бұлшық ет қатайып ауырсынуында 10-15 күн және 2 ай мерзімінде үзіліспен тағайындалады. Мойын остеохондрозы сырқатында тиімділігі анықталды.

Summary

Electrophoresis of midokalm to musculo-tonic syndrome

The duration of treatment electrophoresis with midokalm 10-15 days, with the subsequent 2 month break. In their psychical observation of the patient is recommended for 2-3 months to 1 year when stating the normal parameters of manual testing.

Актуальность темы. Плечелопаточный периартроз и сопутствующий ему миофасциальный болевой синдром плечевого пояса [4], занимают существенное место в структуре хирургической патологии и заболеваний периферической нервной системы, сопровождаются высокими показателями временной утраты трудоспособности и инвалидизации, что обуславливает медицинскую и социально-экономическую значимость дальнейшего изучения этиологии, патогенеза и лечения данных больных [6,8].

Патологический процесс, развивающийся в области плечевого сустава, протекает стадийно, с прогрессированием дегенеративно-дистрофических изменений в сухожилиях парасуставных мышц, надкостнице, серозных сумках, на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника. Мышечно-тонические реакции параартикулярной мускулатуры, выполняя компенсаторно-защитную роль, вызывают поток патологической импульсации и перегрузку соответствующих структур позвоночно-двигательных сегментов шейного отдела позвоночника. Рефлекторные изменения мышечно-фасциальных структур при плечелопаточном периартрозе на фоне остеохондроза шейного отдела позвоночника приводят к сдавлению проходящих в мышечно-фасциально-костных пространствах и каналах нервных и сосудистых стволов, развитию комплекса нарушения сосудистого цервик-брахиалгического кровотока. Это способствует усилению боли, формированию нейродистрофических и сосудистых нарушений. Патологическая импульсация из пораженного позвоночно-двигательного сегмента и вторично вовлекаемых мышечно-фасциальных образований вызывает дистрофически-продуктивный процесс, именуемый миофасциальными триггерными пунктами, способными вследствие напряжения, отека мышц и набухания фасциально-фиброзных структур сдавливать нервные стволы или сосуды в межмышечных и костно-мышечно-фиброзных пространствах [5].

Лечение данных заболеваний представляет собой трудную задачу. Врачам приходится воздействовать на многие патогенетические механизмы, что невольно ведет

к полипрагмазии, увеличению выраженности и частоты побочных явлений медикаментозной терапии [7].

Работами отечественных и зарубежных исследователей доказана с. высокая биологическая и лечебная активность лазерной и мануальной терапии при многих патологических процессах, в том числе сосудистых [2].

Патогенетическим обоснованием применения лазерной и мануальной терапии служат антиноцицептивный эффект, ликвидация неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, нормализация блокирования позвоночно-двигательных сегментов, доказанное улучшение свертывающих свойств крови и т.д. [3].

Отмечаемый клиницистами рост заболеваемости, довольно низкая эффективность медикаментозного, физиотерапевтического и других методов общепринятого лечения диктуют необходимость изучения патогенеза и разработки более эффективных методик лечения данного заболевания. Поражения опорно-двигательного аппарата дегенеративно-дистрофического генеза, включая деформирующие остеоартрозы и остеохондроз позвоночника, относятся к тяжелейшим недугам человечества, а проблема их лечения является одной из ключевых в хирургии, клинике внутренних болезней, ортопедии, неврологии.

Ими страдает по данным разных авторов от 58 до 85% всего населения [1]. Традиционные методы лечения длительны и малоэффективны, требуют проведения продолжительного, в течение 1-1,5 месяцев стационарного лечения. При этом исчезновение болевого синдрома наступает лишь у 20,6% больных, получивших лечение. Во врачебной практике еще имеет место лечение без учета причин, клинического течения и стадии плечелопаточного периартроза, должной оценки данных инструментально-функциональных и лабораторных исследований. Традиционные методы консервативной терапии не предотвращают прогрессирования дистрофического процесса в суставах, зачастую не способны устранить причины нейротрофических расстройств и уже наступившие анатомо-морфологические изменения в тканях суставов. Значительный процент осложнений, связанных с рассасыванием костной ткани,