

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,

развитием различных деформаций, появлением около- и внутрисуставных оссификатов, контрактур свидетельствует о том, что существующие методики не несут всеобъемлющего характера, позволяющего бороться с развитием общего мультифакториального заболевания, каким являются плечелопаточный периартроз и остеохондроз позвоночника.

Необходим комплексный и всесторонний подход, одним из звеньев которого может явиться возможность использования немедикаментозного лечения, в т.ч. применения лазерной и мануальной терапии /2/. Широкое использование низкоинтенсивного лазерного излучения и мануальной терапии в различных областях медицины объясняется высокой эффективностью лечения при достаточной широте показаний, доступностью метода, отсутствием побочных эффектов при правильном подборе доз и методик, относительной простотой работы и их высокой пропускной способностью /3/.

Мидокалм — миорелаксант центрального действия, который уже в течение 30 лет широко используется при лечении рефлекторных и компрессионных осложнений дегенеративодистрофических изменений позвоночника (остеохондроз, спондилез, спондилоартроз) и миофасциальных болях. Возникающее при этих состояниях тоническое напряжение мышц не может только само по себе быть причиной боли, но и вызвать деформацию и ограничение подвижности позвоночника, а также компрессию проходящих вблизи нервных стволов и сосудов. Для лечения этих состояний, помимо нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), анальгетиков, физиотерапии и лечебной гимнастики, теоретически обосновано применение миорелаксантов, которые способны разорвать порочный круг болевого синдрома, вызванный напряжением мышц спины и конечностей.

Цель данного исследования

Дать клиническое обоснование использования электрофореза мидокалмом в лечении миофасциальных болевых синдромов при плечелопаточном периартрозе у больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Задачи работы:

Как результат клинических наблюдений обосновать целесообразность использования электрофореза мидокалма для эффективного лечения миофасциальных синдромов при плечелопаточном периартрозе.

Методы и материал исследования. Эффективность и безопасность применения мидокалма при боле-

вом мышечно-тоническом синдроме преимущественно вертеброгенной природы была оценена у 20 больных в возрасте от 20 до 75 лет в двойном слепом плацебо-контролируемом испытании. Сравнительный анализ полученных данных показал, что использование курс электрофореза мидокалма при МФБС у больных значительно повышает эффективность базисного лечения пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Выводы.

Длительность курса лечения электрофореза с мидокалмом 10-15 дней, с последующим 2-х месячным перерывом. В катамнезе наблюдение пациентов рекомендуется проводить на протяжении 2-3 месяцев до 1 года при констатации нормальных показателей мануального тестирования.

Литература:

1. Астапенко М.Г., Копьева Т.Н., Фильчагин Н.М. и др. Итоги длительного изучения механизма дегенерации суставного хряща при первичном деформирующем остеоартрозе // Тер. архив. -1982.-№6.-С.115-118.
2. Гейниц А.В., Петухов М.И., Цыганова Г.И. О подготовке кадров по лазерной медицине // Материалы междунар. конф. "Лазерные и информационные технологии в медицине XXI века".-Санкт-Петербург.-2001.-С.9-11.
3. Иваничев Г.А. Мануальная терапия. Руководство //Казань.-1997.-С.448
4. Карлов В.А. Терапия нервных болезней // М-«Шаг».-1996.-653с.
5. Крыжановский Г.Н. Системные механизмы нервных и психических расстройств // Ж. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова.-1996.-т.96.-№6.-с.5-11
6. Мирютова Н.Ф., Левицкий Е.Ф., Абдулкина Н.Г., Вельбик И.В. Лазеропунктура в терапии нервно-мышечных нарушений остеохондроза позвоночника // Материалы междунар. конгресса "Лазер и здоровье".-Москва.-1999.-С.359-360.
7. Пономаренко Г.Н., Енин Л.Д. Некоторые методические подходы к физиотерапии болевого синдрома // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК.-1998.-№5.-с.20-23.
8. Gowans S.E., deHueck A., Voss S. et al. Effect of randomized, controlled trial of exercise on mood and physical function in individuals with Fibromyalgia // Arthritis rheum.- 2001.-Vol.45(6).-P.519-529.

УДК 616.284-002.2-615.281

ОПТИМИЗАЦИЯ СИСТЕМНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО СРЕДНЕГО ГНОЙНОГО ОТИТА

Л. Т. Семенова

Учреждение «Амбулаторный центр», г. Усть-Каменогорск

Тұжырым

Созылмалы іріңді ортаңғы отитті антибактериалды емдеудің оптимизациясы

Созылмалы іріңді ортаңғы отитпен ауыратын науқастардың ортаңғы құлағынан алынған микрофлораның құрылымы мен оның қазіргі кездегі жаңа антибиотиктерге сезімталдығын зерттеу, клиникалық-микробиологиялық көрсеткіштердің негізінде зерттеу қазіргі кездегі оториноларингологияның өзекті мәселелерінің бірі болып табылады.