

Адекватность выбора первоначального антибактериального препарата оценивается через 48-72 ч после начала лечения. Основным критерием эффективности следует считать температурную реакцию больного. В случаях с исходно нормальной или невысокой температурой врач должен ориентироваться на другие признаки микробного воздействия: интоксикационный синдром (активность больного, потливость, нарушения со стороны ЦНС, состояние других органов и систем), отсутствие прогрессирования легочной симптоматики (одышка, кашель) [3].

#### Литература:

1. Лазебник Л.Б. Практическая гериатрия (Избранные клинические и организационные аспекты). М., 2002.

2. Лазебник Л.Б. Consilium Medicum. Том 07/N 12/2005. Старение и полиморбидность.

3. Страчунский Л.С. Consilium-medicum. том 2 №4 2002. Пневмонии в пожилом и старческом возрасте. - 180-190.

4. Ноников В.Е., Зубков М.Н., Е.Н. Гугуцидзе Пневмококковая пневмония у лиц старше 60 лет: особенности специфического гуморального иммунного ответа. Пульмонология.-1991; 1:15-19.

5. Синопальников А.И., Страчунский Л.С. Новые рекомендации по ведению взрослых пациентов с внебольничной пневмонией. Клини. микробиол. и антимикроб. химиотер. 2001; 3: 54-68.

6. Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.А. Основы клинической гериатрии. Томск, 2006; с. 5.

Келесі дәрісте егде жастағы пневмониясы бар науқастарда аурудың өсу ерекшелігі, диагностикасы және емі туралы қарастырылады. Әртүрлі мамандықты дәрігерлердің егде жастардағы пневмонияны емдеуді және диагностикалауда дұрыс уақытында жүргізе білу, өйткені карт адамдардағы пневмонияны қосалқы аурулармен салыстырады.

The present lecture dedicate to pressing questions of a current features, diagnostics and treatment of pneumonia in elderly persons. Ability in due time to diagnose and correctly to treat a pneumonia important for doctors of the various specialties supervising elderly patients (family doctors, surgeons, cardiologists, neurologists and psychiatrists, oncologists, etc.) as a pneumonia at old men often associates with various accompanying diseases.

УДК 616.741-08

## К ВОПРОСУ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МЫШЕЧНО-ТОНИЧЕСКИХ И МИОФАСЦИАЛЬНЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЕЙ

Т.А. Кравченко

Учреждение «Амбулаторный центр», г. Усть-Каменогорск

Боль в спине является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью. До 80% населения в экономически развитых странах периодически испытывают боли в спине, при этом около трети из них у 28,4%, болевой синдром приобретает затяжной хронический характер. Обострения данного заболевания являются самой частой причиной временной нетрудоспособности, что составляет до 160 дней в год на 100 работающих, и в итоге приводят к значительным экономическим потерям. Основной контингент пациентов это лица в наиболее трудоспособном возрасте (40-60 лет), как правило, с достаточным профессиональным стажем и опытом. Известно, что не менее 20% всех заболевших становятся инвалидами /4,6/. Высокий уровень заболеваемости и инвалидности при данной патологии наносят значительный социально-экономический ущерб обществу, поэтому разработка научных основ профилактики, лечения, медицинской реабилитации больных является чрезвычайно актуальной проблемой. Причины болей в спине весьма разнообразны и многочисленны. При этом ведущая роль в их возникновении отводится дегенеративно-дистрофическим изменениям в позвоночнике. В настоящее время вопросы диагностики, клиники и лечения болевых синдромов, ведущая роль, в формировании которых принадлежит патологии позвоночника (дорсопатии по классификации МКБ X), широко представлены в работах отечественных и зарубежных авторов /1,3/. Однако, несмотря на достаточно большое количество публикаций, в практическом аспекте, лечение данного заболевания, по-прежнему, представляет определенные трудности и не во всех случаях имеет место поло-

жительные результаты. Во многом, причиной этого является долгое время искусственно культивируемая формула «неврологические проявления или осложнения остеохондроза позвоночника», что затрудняло понимание сущности процесса, и, как следствие, приводило к назначению неадекватной терапии. В последние годы внимание исследователей все больше привлекает первичная миофасциальная патология, как ведущий патогенетический фактор в формировании болевого синдрома в спине. Не исключая полностью значение конкретизирующего болевых механического фактора в возникновении разнообразных синдромов в спине, современная концепция нарушения формирования дорсопатии, предполагает в первую очередь биомеханики фасциального двигательного аппарата акта и дисбаланс /5,7/. Понимая всю сложность биомеханических расстройств, реализующих патогенетические механизмы дорсопатий, при выборе наиболее адекватных лечебно-восстановительных мероприятий, представляется наиболее важным решение основной задачи восстановления нормальной модели движения. Основной задачей терапии становится разрыв порочного круга: боль - мышечный спазм. Подбор наиболее адекватного и хорошо переносимого мышечного релаксанта — одна из задач лечебной тактики. С этой целью в клинической практике последних лет для лечения рефлекторных болевых синдромов в спине наиболее широко применяются комбинации препаратов нестероидного противовоспалительного ряда с миорелаксантами центрального действия. К данной группе препаратов относится баклофан (баклофен), представляющий собой аналог γ-аминомасляной кислоты (ГАМК). Связываясь с преси-

наптическими ГАМК-рецепторами, препарат приводит к уменьшению выделения возбуждающих аминокислот (глутамат, аспартат) и подавлению моно- и полисинаптических рефлексов на спинальном уровне, что вызывает снижение мышечного тонуса. Дополнительным преимуществом препарата является умеренное центральное анальгезирующее действие и противотревожный эффект /2/.

**Цель:** изучение эффективности баклосан у пациентов с болью в спине.

#### Материал и методы

В исследование были включены 36 больных с диагнозом дорсопатии поясничного отдела позвоночника: 24 женщины в возрасте 45—56 лет и 12 мужчин в возрасте 45—56 лет. Средняя продолжительность заболевания составляла 3-5 года. Все включенные в исследование находились в остром периоде дорсопатии с мышечно-тоническим или миофасциальным болевыми синдромами. В исследование не включались больные с клинически значимыми заболеваниями печени, почек, сердечно-сосудистой системы, с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, эпилепсией, судорогами в анамнезе, тяжелыми сосудистыми заболеваниями головного мозга, болезнью Паркинсона, болями в спине, обусловленными патологией органов брюшной полости и малого таза.

Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и клиническим проявлениям. В группу контроля включили 16 пациентов с дорсопатиями, получавших стандартное лечение с использованием медикаментозных и физиотерапевтических методов: НПВС, витамины группы В, рефлексотерапию.

Основную группу составили 20 пациентов с дорсопатиями, которые наряду со стандартной схемой лечения получали баклосан в течение 4 нед. Увеличение дозы препарата производили по схеме: первые 3 дня — утром и в обед по 5 мг, вечером — 10 мг; с 4-го по 7-й день — утром 5 мг, в обед и вечером — по 10 мг; с 8-го по 15-й день — по 10 мг 3 раза в день. Таким образом, максимальная суточная доза препарата составляла 30 мг. Отмену препарата осуществляли также постепенно, аналогично наращиванию дозы.

Для оценки эффективности терапии исследовалась динамика неврологических симптомов.

Сомато-неврологический статус, интенсивность болевого синдрома, выраженность тревоги и депрессии с использованием вышеуказанных шкал, биомеханика движений оценивались до начала терапии, через 2 недели лечения и по окончании исследования. Степень выраженности терапевтического ответа сравнивалась в обеих группах больных. Оценивалась также переносимость баклосана.

Дорсопатиямен ауыратын наукастарды комплексті емдеуде Баклосан препараттын қолдану нәтижелері анықталды. Қорыта келе, Баклосанмен комплексті терапиялық емдеуде, бұлшықеттің тонусының қатаюы қозғалыстар кезінде азайған. Сондай-ақ, пациенттердің эмоционалдық жағдайлары жақсарып, (күйзеліс, қорқыныш күйлерінің) азайғаны байқалған. Аталған дәрілік заттың асқазан-ішек жолдарына кері әсерінің жоқтығы айқындалды.

The given article is a material devoted to research baclosan in complex therapy myshechno-tonic of painful syndromes at patients with dorsopathic. The purpose of the present research is the analysis of mechanisms of influence baclosan in treatment dorsopathic.

The conclusion. Use baclosan renders a positive effect at a painful syndrome at patients with dorsopathic. As a result of complex therapy intensity of a painful syndrome, degree of expressiveness of myshechno-tonic pressure authentically decrease and so forth inclusion baclosan in complex therapy myshechno-fastsialnogo a syndrome at patients with dorsopathic is accompanied by improvement of an emotional condition of patients (decrease in level of alarm and depression).

Терапевтический эффект разной степени выраженности наблюдали у 18 (90%) больных основной и 14 (90%) контрольной группы. Больные отмечали уменьшение интенсивности боли в поясничном отделе позвоночника, расширение двигательной активности, выявлялись тенденции к нормализации ночного сна, повышению работоспособности. В обеих исследуемых группах боль уменьшалась к 14-му дню лечения, и по окончании курса терапии все больные отмечали значительное улучшение.

Улучшение выраженности депрессивных расстройств наступало постепенно. После лечения больные отмечали уменьшение выраженности подавленности, общей слабости, утомляемости.

Значимых побочных эффектов терапии за время исследования не наблюдалось. У 4 (10%) больных основной группы при повышении дозы баклосана до 30 мг в сутки отмечали общую слабость и сонливость, однако эти симптомы не потребовали отмены препарата. Сообщения о побочных реакциях со стороны желудочно-кишечного тракта отсутствовали.

Таким образом, можно сделать вывод, что комплексной терапии мышечно-тонических и миофасциальных болевых синдромов у больных с дорсопатией баклосан оказывает положительный эффект. Включение баклосана в комплексную терапию миофасциального синдрома у больных с дорсопатией сопровождается улучшением эмоционального состояния пациентов (снижение уровня тревоги и депрессии).

#### Литература:

1. Антонов И.П. Классификация и формулировка диагноза вертеброгенных заболеваний нервной системы. Журн. неврол. и психиатр. -1983. №4. С.99.
2. Батышева Т.Т., Бойко А.Н., Зайцев К.А., Багирь Л.В., Костенко Е.В. Использование баклосана в комплексной терапии мышечно-тонических и миофасциальных болевых синдромов у больных с дорсопатией. Журнал неврологии и психиатрии», 2008, № 6, с. 34-36.
3. Веселовский В.П. Практическая вертебродология и мануальная терапия. Рига, 1991.-344 с.
4. Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико-социальные проблемы хронических заболеваний суставов и позвоночника Тер.арх 2000. Т. 72.-№5.-С. 5-8.
5. Новиков Ю.О. Дорсалгии. М., Медицина. 2001. 76с.
6. Попелянский Я.Ю. Неврозы и остеохондрозы самые распространенные мультифакториальные болезни человека Вертеброневрология. -1992.-№2.С. 22-26.
7. Скоромец А.А., Скоромец Т.А., Шумилина А.П. Остеохондроз дисков: новые взгляды на патогенез неврологических синдромов Неврологический журнал.-1997.- №6- 53-55.