

6. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. – Москва. – Медиа Сфера. – 2005. № 3. – С. 27-29.

7. Садыков Ф.Г., Юлдашев М.Т. Перфоративная язва желудка у ребенка // Вестник хирургии. - Санкт-Петербург «Гиппократ» - 1993. №5. – С. 61-62.

Тұжырым

БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСКЕН АСҚАЗАН ОЙЫҚ ЖАРАСЫНЫҢ ТЕСІЛУІ

К.К. Уашпаев

ШЖҚК МК «Риддер қалалық ауруханасы»

Асқазан және ұлтабар ойық жара ауруы балаларда сирек кездеседі. Сонымен бірге бұл аурудың тесіліп асқынуы одан да сирек кездеседі. Асқазан және ұлтабар ойық жарасы тесілгенде диагноз қою үшін құрсақ қуысының шолу рентгенографиясы мен УДЗ-ның маңызы зор. Ойық жараның тесілуінде жараны қарапайым тігу тиімді әдіс болып саналады.

Негізгі сөздер: Асқазан және ұлтабар ойық жара ауруы, тесілуі, ойық жараның тігілуі.

Summary

THE CHILD'S PERFORATED GASTRODUODENAL ULCER CASE

К.К. Uashpaev

Ridder Municipal Hospital

Gastroduodenal ulcer is rare in childhood, complication of its perforation is even more rarely. Survey radiograph and ultrasound investigation of the abdominal cavity are important in the perforated gastroduodenal ulcer diagnosis. In case of the perforated ulcer, its simple suturing is preferable.

Key words: gastroduodenal ulcers, perforation, gastric ulcer suturing.

УДК 617.546-009.7-085

А.Т. Смагулов

Консультативно-диагностическая поликлиника №3, г. Семей

АДЕКВАТНАЯ ПРОТИВОБОЛЕВАЯ ТЕРАПИЯ ДОРСОПАТИЙ В ПРАКТИКЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО НЕВРОЛОГА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФАСТУМ ГЕЛЬ®

Аннотация

В статье приведён опыт применения препарата Фастум гель® при проведении противоболевой терапии дорсопатий у 43 пациентов. Выявлено положительное влияние на динамику болевого синдрома.

Ключевые слова: Фастум гель®, заболевания позвоночника, дорсопатии.

В 20-е годы прошлого столетия дрезденский патологоанатом К. Шморль выявил, что позвоночник формируется к 20 - 22 годам и вскоре вступает в стадию раннего старения, изнашивания. В межпозвонковых дисках под влиянием нагрузок, уже начиная с третьего десятилетия, начинаются процессы перерождения [1,2].

Остеохондроз (osteochondrosis: по-гречески osteon - кость + chondros - хрящ) - дистрофический процесс суставного хряща и подлежащей костной ткани. В основе данного заболевания лежит прогрессирующая деформация (изменение формы и преждевременный износ) межпозвонкового хрящевого диска с последующим поражением позвонков, межпозвонковых суставов и связок [1]. В настоящее время за рубежом и в нашей стране для диагноза комплексных дегенеративных изменений позвоночника больше принят термин «Дорсопатия».

По мнению ряда авторов [3], термин "дорсопатии" в соответствии с МКБ-10 должен постепенно заменить термин «остеохондроз позвоночника», типичными проявлениями которого является дегенерация межпозвонкового диска и сегментарная нестабильность позвоночника.

В раздел «деформирующие дорсопатии (M40–M43)» включены:

- M40 Кифоз и лордоз (исключен остеохондроз позвоночника);
- M41 Сколиоз;
- M41.1 Юношеский идиопатический сколиоз;
- M41.4 Нервно-мышечный сколиоз (вследствие церебрального паралича, полиомиелита и других заболеваний нервной системы);
- M42 Остеохондроз позвоночника;
- M42.0 Юношеский остеохондроз позвоночника (болезнь Шейермана);
- M42.1 Остеохондроз позвоночника у взрослых;
- M43 Другие деформирующие дорсопатии;
- M43.1 Спондилолистез;
- M43.4 Привычные атланта-аксиальные подвывихи.

Как видно, этот раздел классификации содержит различные деформации, связанные с патологической установкой и искривлением позвоночника, дегенерацией диска без его протрузии или грыжи, спондилолистезом (смещением одного из позвонков относительно другого в переднем или заднем его варианте) или подвывихами в суставах между первым и вторым шейными позвонками.

Болевой синдром в области спины относится к наиболее частым жалобам, с которыми больные обращаются к неврологу поликлиники. Согласно данным

экспертов ВОЗ, около 90% людей хотя бы один раз в жизни испытывали боли в спине и не менее 40% больных обращаются за медицинской помощью. У 17% пациентов, страдающих болями в поясничной области, болевой синдром имеет хроническое течение, причем 11% испытывают социальную дезадаптацию из-за болей в спине. Наиболее частой причиной боли в спине являются дорсопатии – группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомо-комплексом которых является боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии [1].

Согласно современным исследованиям, дорсопатии – сложный каскадный процесс, в итоге которого межпозвонковый диск (МПД) утрачивает амортизирующую функцию, теряя воду, высыхает, а со временем секвестрируется. Образуется протрузия, а в последующем и пролапс – грыжа МПД. Когда компрессии грыжей диска подвергается прилегающий спинномозговой корешок и соответствующий спинномозговой ганглий, у больного развивается радикулопатия [2]. Классическими проявлениями компрессии корешка считаются стреляющие боли, дерматомная гипалгезия, периферический парез, ослабление или выпадение рефлексов. Обнаружение одного из этих признаков или их совокупности позволяет диагностировать участие корешкового компонента в картине цервикобрахиалгии и люмбоишалгии наряду со спондилогенными и мышечно-фасциальными болями [3]. Следовательно, провоцирующим моментом поясничной боли являются первичное повреждение (морфологические изменения) либо дисфункция нервной системы. Болевая афферентация может исходить из поврежденного фиброзного кольца, мышц, суставов, связок и нервных корешков, что приводит к выбросу альгогенных соединений (серотонин, гистамин, простагландины, брадикинин, субстанция P и др.) в межклеточную жидкость, окружающую болевые рецепторы.

Оказание медицинской помощи таким больным предполагает проведение комплекса мероприятий, в том числе [5,6]:

- поддержание щадящего режима, обеспечивающего двигательный покой больного;
- проведение коррекции системных метаболических нарушений;
- восполнение дефицита витаминов и питательных веществ;
- назначение препаратов патогенетического действия (антиоксиданты) – в том числе нейрометаболических и нейротрофических средств;
- адекватный контроль болевого синдрома;
- коррекция вегетативной дисфункции и предупреждение соматических осложнений;
- осуществление активной поэтапной реабилитации, включающей лечебную гимнастику, массаж и физиотерапию;
- обеспечение психологической поддержки больного.

В комплексной терапии, в ряду перечисленных мероприятий, первоочередное внимание уделяется своевременному устранению либо облегчению болевого синдрома. С этой целью в настоящее время широко используются анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты и современные методы физиотерапии (лазеро- и УФО-облучение, магнитотерапия и др.) [7,8].

Локальная терапия поражений опорно-двигательного аппарата является весьма эффективным дополнительным методом лечения, а в ряде случаев имеет отчетливые преимущества перед пероральной формой НПВП. Для лечения воспалительных заболева-

ний суставов и периартикулярных тканей используются мазевые, кремовые и гелевые формы НПВП.

Следует отметить, что наиболее удачной формой для противовоспалительной локальной терапии является гель. Наличие спиртовых растворителей, используемых при приготовлении геля, обеспечивает быстрое впитывание лекарственного средства в кожу. Применение геля является более гигиеничным, чем применение мазей или кремов, экономным, так как максимальное количество наносимого препарата проходит кожный барьер. Кроме того, в состав некоторых гелей (Фастум-гель) входят вещества, обеспечивающие проведение действующего вещества через дерму и подлежащие ткани.

Практическая значимость. Проблема выбора адекватной терапии болевого синдрома осложняется массовым поступлением на фармацевтический рынок препаратов, обладающих различной эффективностью. Так, для снижения и купирования болевого синдрома как одного из основных факторов, влияющих на качество жизни больных, в настоящее время применяются препараты, производимые фармацевтической компанией BERLIN-CHEMIE/MENARINI, топикальная группа среди которых представлена препаратом – Фастум-гель®.

Действующее вещество препарата Фастум-гель® – нестероидное противовоспалительное средство – Кетопрофен. Кетопрофен обладает способностью обратимо ингибировать ЦОГ и липоксигеназу – ключевые ферменты, принимающие участие в метаболизме арахидоновой кислоты с образованием простагландинов и лейкотриенов. Кетопрофен является мощным ингибитором брадикинина, одного из химических медиаторов боли и воспаления, и предотвращает выделение лизосомальных ферментов, приводящих к тканевой деструкции. Благодаря синтезу новых основ, позволяющих препаратам быстро всасываться с поверхности кожи и оказывать обезболивающий эффект, местная анальгетическая терапия все активнее внедряется в клиническую практику. Чрескожная проницаемость препарата Фастум-гель® в 2 раза превышает проницаемость гелей на основе диклофенака.

Целью данного исследования явилась оценка эффективности препарата Фастум-гель® на группе больных с дорсопатиями.

Материалы и методы. В исследование было включено 43 больных (из них 38% – мужчины, 62% – женщины) дорсопатиями с болевыми рефлекторными синдромами в виде цервикобрахиалгического, торакалгического и люмбоишалгического, в амбулаторных условиях Консультативно-диагностической поликлиники №3 с февраля по сентябрь 2013 г. Средний возраст больных составил 41,7±5,1 года (от 27 до 59 лет), в том числе мужчины – 44,3 года, женщины – 40,3 года. Диагнозы подтверждены данными анамнеза, объективного неврологического обследования больного, методами рентгенографии, и при необходимости, магнитно-резонансной томографии. После врачебного осмотра и верификации диагноза в составе комплексного лечения с информированного согласия пациента, назначалась местная терапия препаратом Фастум-гель, с нанесением препарата 1-3 раза в сутки по 3-5 см геля тонким слоем на кожу в пораженной болевым синдромом области методом лёгкого втирания.

Интенсивность острого болевого синдрома оценивалась по цифровой рейтинговой шкале боли (Numerical Rating Scale, NRS). Шкала состоит из 11 пунктов: от 0 («нет боли») до 10 («худшая боль, какую можно пред-ставить»). Снижение боли на 1–2 пункта считается ми-

нимально значимым, снижение на 3 пункта – умеренно значимым, а более чем на 5 пунктов – существенным облегчением боли. Так же оценивался регресс характерной клинической симптоматики и самооценка качества проводимой терапии пациентом.

Результаты и обсуждение

На фоне проводимой терапии проводилась оценка по цифровой рейтинговой шкале боли NRS – до лечения, через 5, 10 и 15 суток после проводимой терапии.

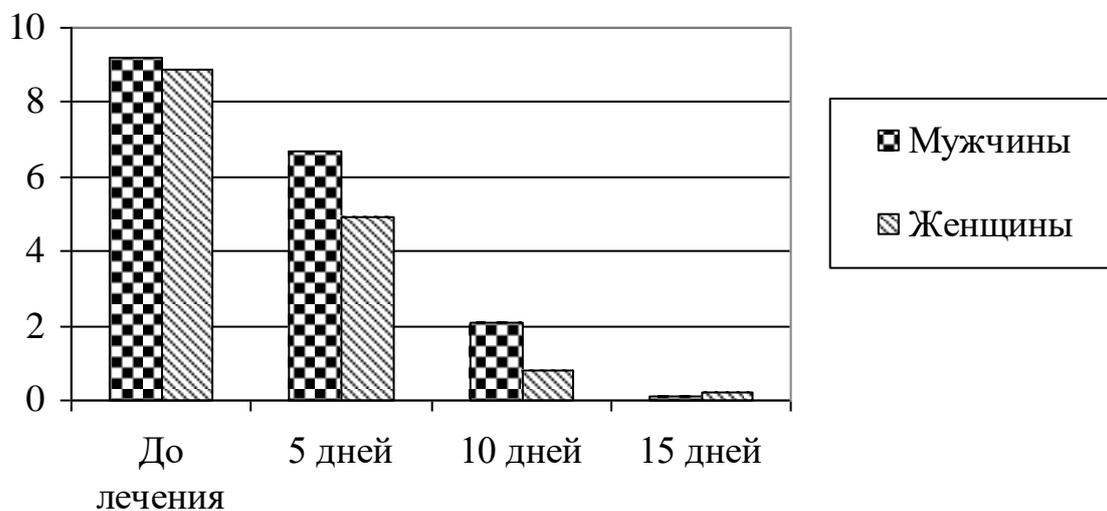


Рисунок 1 – Динамика болевого синдрома в группах мужчин и женщин на фоне проводимой терапии.

В среднем среди мужчин изначальный уровень боли по шкале NRS был незначительно выше такового у женщин $9,2 \pm 0,7$ к $8,9 \pm 0,5$ соответственно (Рисунок 1).

На фоне проведенного лечения интенсивность болевого синдрома снизилась, причём следует отметить значимое снижение боли более чем на 3 бала уже в первые дни лечения и существенное снижение боли более чем на 5 баллов на 10 день терапии. После 10 дней проводимого лечения продолжение местной противоболевой терапии, на фоне сохраняющегося умеренного болевого синдрома потребовалось 18,3% (7 человек), что очевидно связано с несоблюдением пациентами двигательного и охранительного режимов. К

концу второй недели зафиксировано полное купирование болевого синдрома с отменой противоболевых препаратов.

Структура болевого синдрома по шкале NRS до и после лечения у больных с разными формами дорсопатий представлена в таблице 1. Из приведённых данных следует, что подавляющее большинство 39,1% (n-19) представлено люмбоишалгическими дорсопатиями. В целом положительная динамика отмечена во всех трех группах дорсопатий. На основании чего можно сделать вывод об эффективности топикального применения препарата Фастум гель® на всём протяжении позвоночного столба.

Таблица 1.

Структура острого болевого синдрома по шкале NRS до и после лечения.

Вид дорсопатии		Всего обследовано	Число больных			
			Оценка боли по 10–балльной шкале			
			0 баллов	1–3 балла	4–6 баллов	7–10 баллов
Цервикобрахиалгическая	до терапии	14	0	0	10	4
	после терапии	14	13	1	0	0
Торакалгическая	до терапии	10	0	0	4	6
	после терапии	10	9	1	0	0
Люмбоишалгическая	до терапии	19	0	0	10	9
	после терапии	19	17	2	0	0
Всего	до терапии	43	0	0	24	19
	после терапии	43	39	4	0	0

На фоне проводимой терапии наблюдалась хорошая переносимость больными препарата Фастум гель®, о чем свидетельствует достаточно быстрое купирование болевого синдрома, положительное отношение к проводимому лечению пациентами и отсутствие жалоб на диспепсические расстройства и иные характерные для НПВС побочные явления во время и после лечения.

Выводы. Получены данные о высокой противоболевой эффективности препарата Фастум гель® в составе комплексной противоболевой терапии дорсопатий.

Применение препарата Фастум гель® с нанесением 1-3 раза в сутки по 3-5 см геля тонким слоем на кожу в пораженной болевом синдромом области методом лёгкого втирания – следует считать одним из надежных методов в симптоматическом лечении болевого синдрома дорсопатии.

Литература:

1. Иванова Г.Е. Поляев Б.А. Реабилитация больных остеохондрозом позвоночника - Москва. - 1997. - 213с.

2. Путилина М.В., Гайкин А.В., Казакова Т.В. Дорсопатия поясничного отдела (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Методическое пособие для врачей. М., 2007. -С. 2–12.

3. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. Consilium medicum, 2005. №6, - с. 217–283.

4. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача. М.:Медпресс-информ, 2002, - С. 70–90.

5. Чуканова Е.И., Гусев Е.И. Мильгамма в терапии болевых синдромов // Медицинский вестник (дайджест). – 2009, № 10–11. – 135с.

6. Левин О.С. Принципы лечения полиневропатий // Медицинский вестник. – 2006, №17 (360), - с. 12.

7. Герасимова М.М., Базанов Г.А. Пояснично-крестцовые радикулопатии (этиология, патогенез, клиника, профилактика и лечение). – Москва–Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2003. – 152 с.

8. Боголюбов В.М. Курортология и физиотерапия // Медицина - 2000. – 214с.

9. Боголюбов В.М. «Остеохондроз позвоночника» М. 2004. – 123с.

Тўжырым

ЕМХАНАЛЫҚ НЕВРОЛОГТЫҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ ДОРСОПАТИЯНЫҢ АДЕКВАТТЫ АУЫРСЫНУҒА ҚАРСЫ ТЕРАПИЯСЫ: ФАСТУМ ГЕЛЬ ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

А.Т. Смагулов

Кенестік-диагностикалық №3, Семей қ.

Осы мақалада 43 науқастарда дорсопатияны Фастум гель дәрімен емдеу тәжірибесі туралы жазылған. Фастум гель ауырсынды басатынын көрсетілген.

Негізгі сөздер: Фастум гель®, ауырсыну, дорсопатия.

Summary

PROPER PAIN THERAPY DORSOPATHIES IN OUTPATIENT PRACTICE NEUROPATHOLOGY: EXPERIENCE OF MEDICATIONS FASTUM GEL®

A.T. Smagulov

Consultative-diagnostics polyclinics №3, Semey

The article presents the experience of the drug Fastum gel® during analgesic tolerance dorsopathies 43 patients. A positive impact on the dynamics of pain.

Key words: Fastum Gel®, diseases of the spine, dorsopathies.