

Благодаря повышению точности диагностики, обеспечивается более высокая эффективность лечения больных с данной патологией. Это достигается путем использования целенаправленной патогенетически обусловленной терапии, как медикаментозной, так и немедикаментозной, что позволяет значительно уменьшить лекарственную нагрузку на больного, сэкономить дорогостоящие препараты, сократить сроки лечения.

Библиографический список

1. А.Ю. Ташматова, И.И. Староверов, Г.А. Ермолин, М.М. Диков, В.Н. Титов, В.П. Масенко, М.Я. Руда. Иммунологические методы определения миоглобина в сыворотке крови для диагностики инфаркта миокарда. // Бюллетень ВКНЦАМН СССР. - №2. - №984. - С.3 7-41.
2. Троицкая О.В. Миоглобин, его химическое строение и функции в организме // Вопр. мед. химии. - Т.17. - Вып. 5. - С. 451. 1971.
3. Клепиков Э.Н., Жиронкина Н.П., Корж Н.А., Рева В.Л. // Патент Российской Федерации № 2068566 ОТ 16 июня 1992 г.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Э.Н. Клепиков, Н.П. Жиронкина

Медицинская реабилитация, как новое направление в медицине, преследует своей целью проведение комплексного лечения больных для предупреждения глубокой инвалидизации и более раннего и полноценного возвращения в общество, к социально-полезному труду.

Наиболее эффективная реабилитация больных может быть достигнута в рамках единого специализированного учреждения, имеющего возможность как госпитализировать на необходимый срок, так и продолжать реабилитацию больного в условиях поликлиники, располагающей всеми видами восстановительного лечения.

В реабилитационный комплекс больных с заболеваниями периферической нервной системы широко и постоянно включаются методы немедикаментозной терапии, поскольку «фармакологическая перенасыщенность» стала проблемой медицины. К таким методам относятся: физиобальнеотерапия, лечебная физкультура – наиболее могучий фактор восстановления функций органа, применяемые в комплексе с различными видами рефлексотерапии (классическое иглоукалывание, аурикултерапия, вакуумтерапия, поверхностное раздражение рецепторов кожи специальным молоточком для рефлексотерапии, электропунктура, электроакупунктура и т.д.).

Выбор того или иного метода проводится строго индивидуально с учетом клиники, психо-эмоциональной и общей реактивности, данных клинического обследования, давности заболевания и возраста пациента (Вограйлик В.Г. и соавт., 1978; Иванченко Г.А. и соавт., 1989). На этапе реабилитации методами выбора для больных с заболеваниями периферической нервной системы являются: физиотерапия, электрофорез прозерина, новокаина, диадинамические токи, коротковолновая диатерапия, плазмофорез, гипербаротерапия, гипобаротерапия, электрическое воздействие на нервно-мышечные структуры, аутотрансфузии ультрафиолетом облученной крови.

Физиотерапевтическое лечение применяют для уменьшения болевого синдрома, ускорения регенеративных процессов, улучшения кровообращения, уменьшения отека в нервном волокне, для профилактики контрактур (Кулик Н.М. и соавт., 1987; Клепиков Э.Н.,

Жиронкина Н.П., 1991). При вегетативных расстройствах и выраженному болевому синдроме назначают воздействие магнитным полем на верхние, а затем на нижние конечности продолжительностью 15 - 20 секунд, на курс – 15 процедур (Джеман М.И. и соавт., 1993).

При лечении больных острыми периферическими невритами воздействуют электромагнитным излучением миллиметрового диапазона в интермиттирующем режиме, плотностью мощности до 3 мВт/см² в течение 25 - 40 минут на корпоральные точки акупунктуры, расположенные в области пораженного нервного ствола, сеансы проводят ежедневно, на курс 7 - 14 процедур.

При выраженным болевом синдроме с большим успехом применяют лазеротерапию. Воздействие осуществляют монохроматическим лазерным светом 1 - 4 секунды на болевые точки по ходу нерва. Болевой синдром уменьшается после 5 - 7 сеанса (Попелянский Я.Ю., 1989, Шмакова И.П. и соавт., 1996).

Иглорефлексотерапия оказывает регулирующее действие на физиологические функции организма через катехоламиновую, кортикостероидную, эндорфинную, иммунную системы, редуцирует патогенетические механизмы и способствует саногенезу.

Иглорефлексотерапию используют для лечения болевого синдрома. Аналгезирующий эффект иглорефлексотерапии обусловлен как местным, так и гуморальным воздействием, связанным с активацией опиатоподобной эндорфинной системы. С помощью иглорефлексотерапии добиваются снятия болевого синдрома с одновременной нормализацией функций иммунной и эндокринной систем.

В.В. Проскурий (1991) рекомендует использовать точки в зоне пораженных нервов в комбинации с точками общего действия. При наличии выраженного болевого синдрома на все точки воздействуют тормозным методом. Используют точки ушной раковины: AP55, шень-мэнь, AP13, надпочечник, AP22, железы внутренней секреции.

В настоящее время на основании клинических, биохимических, иммунологических, биофизических и некоторых биоэнергетических методов стало известно, что рефлексотерапия не только уменьшает болевой синдром, но и нормализует образование многих нейрогуморальных веществ: эндорфинов, энкефалинов, гистамина, серотонина, ацетилхолина, глюкокортикоидов и т.д. Под воздействием иглорефлексотерапии нормализуется обмен веществ, функции вегетативно-эндокринной, сердечно-сосудистой систем, в том числе и микроциркуляции, функции дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой, свертывающей систем. Рефлексотерапия нормализует состояние центральной нервной системы, оказывает седативное и антидепрессивное действие (Зярецкая Э.П., 1994).

Не уступающим по эффективности является метод аутотрансфузий ультрафиолетом облученной крови. К.А. Самойловой и И.Г. Дуткевич (1986) высказано предположение, что метод аутотрансфузий ультрафиолетом облученной крови – экспресс-вариант традиционного светолечения на основании сходства данного метода с аутотрансфузией необлученной крови и внешним ультрафиолетовым облучением. В обоих случаях выявлено длительное лечебное действие, антигипоксический и вазодилатационный эффекты, улучшение реологии крови, микроциркуляции, стимуляция процессов обмена, регенерация и активизация факторов неспецифической резистентности и иммунной защиты организма. Авторами (Вихриев Б.С. с соавт., 1986; Жиронкина Н.П. с соавт., 1991) установлено нормализующее иммунореактивность организма действие данного метода, а также ингибирующее действие его на процессы перекисного окисления липидов.

Таким образом, метод аутотрансфузий ультрафиолетом облученной крови предстает как мощный адаптоген, стимулирующий механизмы защиты, позволяющий организму успешно справляться с различными патологическими процессами.

Нами впервые предложено лечение аутотрансфузиями ультрафиолетом облученной крови больных с заболеваниями периферической нервной системы, а именно – неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза и полиневропатиями.

Курсы аутотрансфузий ультрафиолетом облученной крови, состоявшие из 5 ежедневных процедур, проводились серийным отечественным аппаратом «Изольда» при длине волны 254 нм, средней скорости кровотока 20 мл/мин. и объеме облучаемой крови 1 мл на 1 кг массы тела больного. В качестве антикоагулянта использовали стерильный 2,5% раствор цитрата натрия (7 - 10 мл).

Для оценки эффективности терапии применяли биохимические, иммунологические и биофизические методы обследования.

Применение данного метода лечения приводило к гораздо более быстрому наступлению ремиссии и более стойкой нормализации измененных показателей крови.

На кафедре разработан и с успехом применяется для лечения больных с заболеваниями периферической нервной системы электронный нервно-мышечный стимулятор (Шутов В.В., 1978).

Электростимуляция оказывает определенное тренирующее влияние, улучшает сократительные способности стимулируемых мышц, усиливает мускуло-висцеральные влияния, стабилизирует гемодинамику, улучшает метаболические процессы в мышцах, обладает обезболивающим действием. Этот метод основан на применении импульсного тока для улучшения ритмических сокращений определенных групп мышц. Перед электростимуляцией подбираются параметры импульсного тока, соответствующие физиологическим параметрам нервно-мышечного аппарата, находящегося в состоянии дегеративно-дистрофических изменений.

Это производится при помощи метода расширенной электродиагностики. Для обнаружения двигательных точек, представляющих собой скопление синаптических образований, используется гальванический прерывистый ток большой длительности, не менее 300 м/сек., от аппаратов для электродиагностики. Точка, раздражение которой вызывает максимальную ответную реакцию мышц, является двигательной.

В настоящее время существует несколько разновидностей электростимуляторов, которые отличаются друг от друга способом задания алгоритмов нервно-мышечного воздействия, количеством каналов, выходной мощностью, формой сигнала и др.

Представителем первой разновидности является электростимулятор «Миотон», управляющий рядом двигательных актов человека по типу «Донор-реципиент», а также по заданной программе, в качестве которой используется биоэлектрическая активность аналогичных нервно-мышечных групп другого человека (донора). Прибор работает в двух режимах: в режиме прямой стимуляции, когда сигнал биоэлектрической активности снимается и в режиме работы от магнитофона по ранее заданной программе управления. Конструктивно устройство выполнено в виде горизонтального шкафа, установленного на специальную тележку, имеет блочную конструкцию.

Особенностью аппарата, созданного на нашей кафедре, является повышение эффективности лечения путем сочетанного воздействия на больного миоэлектро- и звукостимуляцией.

Преимущество такого воздействия, по сравнению с уже известными устройствами, состоит в том, что одновременно с электрическим воздействием подается звуковой сигнал. Это позволяет установить рефлекторную связь между двигательным и слуховым анализатором, что повышает уровень суммарного афферентного тока в двигательном анализаторе.

Воздействие на нервно-мышечные структуры производится переменным синусоидальным током повышенной частоты (200 гц), характеризующимся безболезненностью воздействия, отсутствием явления поляризации и раздражения под электродами. Выходной ток может генерироваться в непрерывном режиме или в виде посылок и пауз. Для получения плавного характера сокращения предусмотрена регулировка фронта и среза посылок.

Аппарат выполнен на современной элементной базе, портативен, не требует заземления и может применяться непосредственно у постели больного. Потребляемая мощность прибора 30вт, масса – 3 - 6 кг.

Учитывая характер поражения, двигательные возможности больного, локальность воздействия, цель и задачи, намеченные каждому больному, электрозвукостимуляцию можно проводить в положении лежа, сидя и во время ходьбы.

В настоящее время все более широкое внедрение в практику лечения больных с двигательными нарушениями нервной системы находит предварительное введение лекарственных препаратов в околодвигательную зону, в частности аденозинтрифосфорной кислоты (АТФ).

Доказано, что в денервированных мышцах при патологическом повышении мышечного тонуса и наличии контрактур резко снижаются запасы АТФ, того энергетического материала, благодаря которому возможно нормальное функционирование нервно-мышечных синапсов, наступает биологическое истощение мышц, наблюдается нарушение процесса реосинтеза АТФ.

Поэтому для вызывания ритмичных оптимальных мышечных сокращений необходимо постоянное пополнение АТФ в мышцах в области наиболее возбудимых участков, представляющих собой скопление синапсов двигательных точек.

Методика введения АТФ проста и состоит из предварительного введения 1 - 2 мл препарата в ягодичную область, а затем вводится 1 - 2 мл препарата в зону двигательной точки на глубину до 1 см. Через 45 - 60 минут проводится электростимуляция этой мышцы.

Продолжительность сеанса динамической электростимуляции от 5 минут до 20 минут. Лечение проводится 1 - 2 раза в день, на курс - 2 - 30 процедур.

Многолетний опыт нашей работы позволяет рекомендовать вышеприведенные методики лечения как зарекомендовавшие себя адекватными, патогенетически обусловленными и значительно повышающими эффект терапии у больных с заболеваниями периферической нервной системы.

Библиографический список

1. Вегратик В Г, Вегратик М.В Иглорефлексотерапия. - Горький: Волго-Вят. кн. изд-во, 1978. - 293 с.
2. Иванченко Г.А., Шакуров Р.Ш. Метод рефлексотерапии в проведении диспансеризации всего населения // Казанский мед. журнал. - 1989. - Т.70. - № 5. - 383 с.
3. Клепиков Э.Н., Жиронкина Н.П АУФОК – терапия больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза // Актуальные вопросы диагностики и лечения на этапе курортной реабилитации. - Киев: Здоров'я, 1993. - С. 59-61.
4. Попелянский Я.Ю Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1989. - 464 с.
5. Шмакова И.П., Гордиенко О.С., Горбатюк А.Л Комплексная программа противоболевой терапии при заболеваниях периферической нервной системы // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. - 1996. - № 27. - С. 7-12.

СОСТОЯНИЕ ГИПОТАЛАМО-НЕЙРОГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ КРАНИО-ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ

T.A. Михайлик

Крацио-церебральная гипотермия, как метод холодового воздействия на организм человека, получает все более широкое распространение в различных областях медицины. Однако практическое применение гипотермии опережает теорию, что неизбежно приводит к упрощенному представлению о механизмах холодовых воздействий. Поэтому клиническое применение метода требует тщательных экспериментальных и теоретических обоснований состояния организма на всех уровнях организации живого.

Из данных литературы следует, что регуляторное значение в поддержании и восстановлении температурного гомеостазиса в условиях внешнего охлаждения принадлежит ядрам заднего отдела гипоталамуса и медиальной преоптической области, где имеются специфические нервные элементы, чувствительные к температурным изменениям.