

пациентов наблюдался рост антиоксидантного фермента (ГП) в процессе лечения, нормализация баланса взаимодействия между ПОЛ и ГП. Полученные результаты свидетельствуют о вовлечении антиоксидантной системы при ГБА и обосновывают целесообразность включения антиоксидантов в комплекс лечения мигрени. Курс лечения у всех наших пациентов способствовал перераспределению кровотока между сосудистыми бассейнами, улучшению микроциркуляции, венозного оттока, нормализации сосудистого тонуса, гемодинамических, тепловизионных и электроэнцефалографических показателей. Анализируя эффект терапии, нельзя не отметить, что у наших пациентов с длительностью заболевания до 5 лет положительный эффект за время лечения наблюдали в 98,2% случаев, от 5 до 10 лет – в 87,5%, от 11 до 15 лет и свыше – в 73,6%, соответственно.

Относительная простота, экономичность, доступность, высокий лечебный эффект при различных формах мигрени, возможность применения без отрыва от производства позволяют широко рекомендовать метод дозированной гипобарической гипоксии для практического применения.

Литература

1. Бурлакова Е.Б. Перекисное окисление липидов мембран и природные антиоксиданты / Е.Б. Бурлакова, Н.Г. Храпова // Успехи химии. 1985 (9). - С.1540-1558.
2. Вейн А.М. Тактика ведения пациентов с мигренью / А.М.Вейн, А.Б. Данилов, М.В. Рябус // Лечащий врач. 2001(9). - С.44-48.
3. Меерсон Ф.З. Адаптация к периодической гипоксии в терапии и профилактике / Ф.З. Меерсон, В.П. Твердохлиб, В.М. Боев и др. - М. 1989. - 70 с.
4. Садоха К.А. Гипобарическая гипоксия в лечении мигрени / К.А Садоха // Мед. новости. 1996 (11). С. 43.
5. The International Classification of Headache Disorders, 2-nd Edition // Cephalgia. 2003. Vol. 24, Supp 1.1.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Солтан С.А., Дмитриев А.Л., Гончарук И.М., Халько О.Н.
УЗ «Городская клиническая больница № 2», г. Гродно, Беларусь
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь

В данной работе освещены некоторые аспекты реабилитации

больных с дорсопатиями в центре медицинской реабилитации больных и инвалидов ортопедо-травматологического профиля 2-й городской клинической больницы г. Гродно. Данная категория больных является достаточно сложной вследствие выраженности болевого синдрома, ограничения двигательной функции, неврологических нарушений.

Рефлекторная реакция скелетных мышц на болевой синдром клинически выражается в их защитном гипертонусе. Длительное наличие такого состояния может привести к блокам позвоночных двигательных сегментов и развитию полиморфичных клинических проявлений.

Цель исследования. Оценить эффективность лечения и реабилитации больных с дорсопатиями.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения более 1000 больных с дорсопатиями, на стационарном этапе, за период 2005-2010 гг.

Диагноз подтвержден клиническими и инструментальными методами исследования, в том числе R-граммами, КТ, МРТ и другими методами визуализации.

Результаты. В зависимости от выраженности болевого синдрома и других клинических проявлений определялась тактика восстановительных мероприятий.

В случае выраженного болевого синдрома использовались блокады паравертебральные, сокральные, грушевидной мышцы с анестетиками: новокаином, лидокаином, а в ряде случаев со стероидными гормонами пролонгированного действия (дипроспан, кеналог, Депо-медрол). Это позволяло более быстро нормализовать двигательную функцию позвоночника и уменьшить количество других препаратов для лечения.

В ряде случаев наряду с блокадами в случае стойкого болевого синдрома применяли НПВС, стероидные гормоны «Дексаметазон» по схеме: 3 дня – 8 мг, 3 дня – 4 мг, сосудорегулирующие препараты: (ксантинола – никотинат - в/в, пентоксифилин или трентал - в/м, эуффилин – в/в, нейропротекторы: (нейромедин, прозерин), средства, регулирующие мышечный тонус – в/в (мидокалм), тканевая терапия – витамины группы В, актовегин и др.

При поступлении пациентов с хроническим болевым синдромом считаем патогенетически обоснованным назначение препаратов для купирования нейропатической боли – тебантин, лирика, катадолон.

После купирования острого процесса (болевого синдром, мышечно-тонический синдром) ведущее место занимают немедикаментозные методы лечения и реабилитации, такие как массаж, мануальная терапия, психотерапия, рефлексотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура и т.д. Для нормализации мышечного тонуса в подострой стадии использовались эффективные методики - позиционная мобилизация, аутомобилизация, постизометрическая релаксация, ЛФК.

Позиционная мобилизация является основой мобилизационной техники. В техническом приеме совмещены манипуляция, ритмическая мобилизация и постизометрическая релаксация. Технический прием выполняется сравнительно медленно. Техника заключается в обеспечении напряжения в суставе в направлении блокады (т.е. в сторону ограничения) до функционального барьера и в удержании этого усилия в течение определенного времени. Как правило, напряжение в сегменте сопровождается растяжением мышц в области суставов. Позиционная мобилизация часто сопровождается синергическим напряжением мышц, происходящим при изменении взора, дыхания, активации соседних мышц. Вследствие этого во время мобилизации происходят такие процессы, как постизометрическая релаксация растянутой мускулатуры сустава и ритмическая медленная мобилизация сустава вследствие изменения его положения.

В результате позиционной мобилизации происходит расширение границ общего анатомического и функционального барьеров различных тканей с восстановлением функционального резерва движения.

Физиотерапевтические методы лечения также широко использовались для нормализации состояния пациента.

При обострении заболевания и выраженном болевом синдроме применяли методики, направленные на его купирование и уменьшение отека тканей. Для этого использовали при впервые появившихся болях импульсные (диадинамические) токи. При этом оказывалось воздействие двухполупериодным током (ДН) до пяти минут или ДН до двух минут, затем короткими периодами до четырех минут, или синусоидально модулированными токами до пяти минут. Импульсные токи можно применять 2 раза в день.

Переменные магнитные поля использовали как монотерапию или в комбинации с импульсными токами на сегмент тела или конечности. Для лечения постельных больных применяли постоянные магнитные поля в комбинации с импульсными токами.

Целесообразно использовать для ослабления боли и ультрафиолетовое облучение по типу «ползучей» эритемы, начиная с двух биодоз. Можно комбинировать магнитные поля с ультрафиолетовым облучением с интервалом в 2-3 часа. С этой же целью применялись также токи Дарсонваля на сегменты тела и конечность в слабоискровой дозе. Их можно комбинировать с импульсными токами с перерывом в 15 минут.

В подостром периоде при улучшении состояния и уменьшении болей применяли токи Дарсонваля и импульсные токи по методикам, используемым при умеренных болевых ощущениях, а также интерференционные токи на область болезненности или конечности. Достаточно эффективна высокочастотная терапия сегментарно, но предпочтительнее в дециметровом диапазоне слаботепловой дозировки. Можно применять высокочастотную терапию с импульсными токами. Широко использовался электрофорез лекарственных веществ, который комбинировался с переменным магнитным полем или ультразвуком. При умеренных болях использовали ультразвук в комбинации с импульсными токами, лазерной терапией и магнитными полями. Можно использовать этот метод в виде монотерапии или как фонофорез лекарственных веществ в импульсном режиме с последующим переходом на непрерывный. Магнитолазерная терапия тоже широко используется в подострой стадии данных заболеваний, оказывая выраженное и достаточно сложное воздействие на организм.

В восстановительном периоде реабилитации использовались импульсные токи, электрофорез, дарсонвализация, фонофорез препаратов рассасывающего действия, магнитолазер, КВЧ-терапия. В этом периоде использовали теплотечение на сегмент тела или конечность, в комплексе с электролечением. Показаны лазерная терапия, переменные магнитные поля, мануальная терапия, подводный душ – массаж, иглорефлексотерапия, ручной массаж.

Эффективность проведения данных методик подтверждалась инструментальными методами исследования, такими как реовазография, рентгенография, компьютерное исследование. Интегральная оценка динамики патологических симптомов до и после физиотерапевтических процедур показала высокую терапевтическую эффективность используемых методов у данной категории больных.

Безусловно, большое значение имеет и формирование мышечного корсета с использованием специальных упражнений, при этом особое значение придается тестированию состояния мышц спины и

жизнот при помощи функциональных тестов.

Выводы. Таким образом, эффективность лечения и реабилитации больных с дорсопатиями зависит от правильной тактики выбора комплекса лекарственных и немедикаментозных методов лечения в зависимости от выраженности клинических проявлений заболевания.

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Станько Э.П., Изумнов С.А., Станько Д.Э.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Беларусь*

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья», Минск, Беларусь*

Актуальность. Широкая распространённость, социальная дезадаптация и частота встречаемости психических расстройств у больных наркозависимостью и ВИЧ-инфекцией обуславливают актуальность изучения особенностей клиники и социального функционирования ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков (ПИИ). Отмечая возрастание расходов государственного здравоохранения и акцентируя внимание на демографических и социально-экономических последствиях наркозависимости и ВИЧ-инфекции, значительно меньше внимания уделяется проблемам социального функционирования и психического здоровья заболевших и окружающих их лиц, также вопросам реабилитации ВИЧ-позитивных ПИИ. Среди развивающихся психических расстройств у ВИЧ-позитивных ПИИ выделяют психические расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания ВИЧ, связанные с употреблением наркотиков либо обусловленные органическим поражением головного мозга. Формирование реактивных психических расстройств обусловлено негативным воздействием комплекса проблем, связанных с социальной изоляцией больных и с прогрессированием неизлечимой болезни, продолжительностью оставшейся жизни и активной наркотической зависимостью. Нередко развитию наркозависимости предшествуют аффективные, тревожные и панические рас-