

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 комплекс с различными видами рефлексотерапии (классическое иглоукальвание, аурикулотерапия, 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 (Вогралик 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, плазмозорез, гипербаротерапия, гипобаротерапия, электрическое воздействие на нервно-мышечные структуры, аутоотрансфузии 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.,

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, и 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 звукоstimуляцией.

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, электростимуляцию 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. *Вегралик В.Г., Вегралик 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

Т.А. Михайлик

Кранио-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 гомеостаза в условиях внешнего охлаждения принадлежит ядрам заднего отдела гипоталамуса и медиальной преоптической области, где имеются специфические нервные элементы, чувствительные к температурным изменениям.