

5. Чухрова В.А., Верецагин Н.В., Джигладзе Д.Г. Изменения электрической активности у больных с поражением магистральных сосудов мозга (сонных и позвоночных артерий)// *Ж. невропат. и психиатр.* -1962 т. 62 - с.1181-1188

6. Чухрова В.А., Зарецкая И.Х. Изменения электрической активности мозга у больных с поражением средней мозговой артерии// *Ж. невропатол. и психиатр.* -1964, т. 64 - с. 1451-1455

7. Berger I. Ueber das Elektroencephalogramm des Menschen// *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 1932.-В.98.- S.231-254.

8. Jasper H. The ten-twenty electrode system of the

international federation// EEG a. Clin. Neurophysiol. 1958.- Vol.10, №2. – P.351.

ТҮЙІН

Бұл мақала электроэнцефалограммалардың төмен амплитудаларын зерттейді. Патологиялық құсқаулары ми ішілік гемодинамикалық өзгерістерің көрсетеді.

SUMMARY

This article is devoted to study of the low-amplitude electroencephalogram phenomenon, of the variants its standard and pathology. The correlation of the pathological variants with the intracerebral hemodynamics changes is represented.

УДК 616-08-031.84

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕТОДИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Тажибаев Д.А.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, г.Алматы

Остеохондроз является одним из видов дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, в результате которых: уменьшается эластичность и толщина межпозвонковых дисков; образуются наросты (остеофиты) на теле позвонков; происходит сужение отверстия для прохода нервных корешков спинного мозга [1].

Чаще всего, свыше 50% случаев, диагностируется поясничный остеохондроз, шейный остеохондроз – более 25%, и распространенный - около 12% [2]. Осложнением данного заболевания являются протрузии и межпозвонковые грыжи, основным проявлением которых является боль разной интенсивности [3].

Лечебная блокада – это современный метод терапии болевого синдрома и других клинических проявлений заболевания, основанный на введении лекарственных веществ непосредственно в патологический очаг, ответственный за формирование болевого синдрома [4]. Метод применяется сравнительно недавно и принципиально отличается от других методов терапии болевого синдрома.

Цель работы – совершенствование методики противоболевой терапии у больных остеохондрозом в амбулаторных условиях и оценка ее эффективности.

Материалы и методы. В кабинет лечения боли, организованного в поликлинике больницы, обратилось 120 больных с остеохондрозом и выраженными болями в возрасте от 36 до 72 лет и давностью заболевания от 3 до 17 лет. Количество пациентов с поясничным остеохондрозом из общего числа обратившихся составило 70%.

Помимо клинико-лабораторных исследований перед началом лечения для больных остеохондрозом обязательным было проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ). При этом на МРТ-картине отмечались: эластические протрузии межпозвонковых дисков, дегенеративно-дистрофические процессы в поясничном отделе позвоночника, ретроспондилолистез тел позвонков, стенозы позвоночного канала на уровне L4-L5, L5-S1 позвоночно-двигательного сегмента, грыжа Шморля.

Всего было проведено 136 паравертебральных, селективных корешковых блокад препаратом лидокаин на различных уровнях позвоночника. При этом количество процедур определялось индивидуально для каждого пациента в зависимости от характера, тяжести и длительности заболевания и составляло 3-5, реже 10 блокад

на курс. Периодичность процедур также была разной: при острых болевых синдромах блокады проводилось через день, по мере стихания боли - 2-3 раза в неделю. Блокады с гормональными препаратами (гидрокортизон), в соответствии с рекомендациями, проводились не более 2-3 раз на курс во избежание развития остеопороза костей и общих дисгормональных расстройств.

Результаты. При применении лечебных блокад у наших пациентов с остеохондрозом было достигнуто купирование болевого синдрома в 100% случаев. Средняя продолжительность ремиссии составляла 6-8 мес в 60-85% случаев, что зависело от длительности заболевания, выраженности болевого синдрома и возраста пациентов. Причем у лиц моложе 50 лет отмечалась более стойкая ремиссия продолжительностью 7-10 мес.

У всех пациентов отмечалась хорошая переносимость процедур, так как анестетик вводился непосредственно в патологический очаг и в меньшем количестве поступал в общий кровоток. Отсутствие побочных эффектов позволяет применять метод многократно, при каждом обострении. Лечебный же эффект блокады обусловлен тем, что прерывая болевую импульсацию из патологического очага, они снимают на длительное время локальное патологическое мышечное напряжение и сосудистый спазм, приводящие к уменьшению воспалительной реакции, отека, восстановлению нарушенного питания местных тканей и нормализации рефлексов на всех уровнях нервной системы.

Таким образом, использование противоболевой терапии у больных остеохондрозом путем паравертебральных, селективных корешковых блокад является одним из оптимальных и современных методов купирования острой и хронической спинальной боли в амбулаторных условиях. Преимущество метода заключается в простоте проведения и малозатратности описанной лечебной процедуры, по эффективности, не уступающей комплексной терапии данной нозологии в условиях стационара.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гнездилов А.В., Загоруйко О.И., Сыровегин А.В., Медведева Л.А. *Терапия острого корешкового синдрома с использованием глюкокортикоидных препаратов в практике отделения терапии боли // Терапевтический архив.* 2004. Т. 76. № 5. С. 75-77.

2. Рачков Б.М., Кустов В.М. Способ противоболевой блокады при патологии спинного мозга и позвоночника // *Терапевтический архив.* - 2006. - Т. 78. № 8. - С. 41-47.

3. Lutz GK, Butzlaff ME, Atlas SJ, et al. The relation between expectations and outcomes in surgery for sciatica. *J Gen Intern Med* 1999; 14:740-4.

4. Kalauokalani D, Cherkin DC, Sherman KJ, et al. Lessons from a trial of acupuncture and massage for low back pain: patient expectations and treatment effects. *Spine* 2001; 26:1418-24.

ТҮЙІН

Емхана жағдайында остеохондрозы бар 120 емделушіге паравертеральді, селективті түбіршектік блокадаларды қолдану арқылы ауырсынуды емдеу мәліметтері келтіріледі. Бұл әдістің артықшылығы

- жүргізудің қарапайымдылығы мен сипатталған емшараның аз шығындылығы, тиімділігі бойынша стационар жағдайында осы нозологиядағы кешенді терапияға жол бермейтіндігі.

Түйін сөздер: остеохондроз, ауырсынуды емдейтін кабинет, паравертеральді, селективті түбіршектік блокадалар, тиімділік

SUMMARY

The data treatment of pain in 120 patients with osteochondrosis by applying paravertebralnyh, selective blockade of the axon in a clinic. The advantage of the method lies in the simplicity and low-cost of the treatment procedure described, is as effective as the treatment of the nosology in hospital.

Key words: low back pain, pain management office, paravertebralnye, selective radicular blockade efficiency.

УДК: 617.7-005.4-053.2

ИШЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ

Телеуова Т.С., Жазыкбаева К.Т., Тасбергенова С.А., Адилханкызы А.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК, г. Алматы

За последние 2-3 десятилетия не только среди пожилых людей, но и в более молодых возрастных группах патология сосудистой системы глаза заняла первостепенное положение среди причин слабости зрения, слепоты и инвалидности по зрению.[5]

Окклюзия сосудов сетчатки, как правило, развивается у пациентов старше 60-65 лет; при этом у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин. В большинстве случаев окклюзия носит односторонний характер.

В 60% наблюдений расстройство кровообращения развивается в центральной артерии сетчатки и приводит к стойкой потере зрения на один глаз. У 40% пациентов ретинальная окклюзия затрагивает одну из ветвей ретинальной артерии, что сопровождается выпадением соответствующей части поля зрения.

В зависимости от уровня блокировки кровотока в офтальмологии различают окклюзию центральной артерии сетчатки (ЦАС), ветвей ЦАС и цилиоретинальной артерий. Окклюзия центральной артерии сетчатки может развиваться изолированно или сочетаться с окклюзией центральной вены сетчатки или с передней ишемической нейропатией. [3]

Механизм острого расстройства ретинального кровообращения может быть связан со спазмом, тромбозом, эмболией, коллапсом артериол сетчатки. Чаще всего к неполной или полной окклюзии приводит закупорка ретинальных сосудов холестериновыми, кальцифицированными или фибринозными эмболами. Во всех случаях окклюзия центральной артерий сетчатки является следствием системных острых или хронических патологических процессов. [2]

Основными факторами риска развития окклюзии центральной артерий сетчатки в пожилом возрасте служат артериальная гипертензия, атеросклероз, гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона). Потенциальную опасность в отношении окклюзии центральной артерий сетчатки представляют синдром гиперкоагуляции, переломы трубчатых костей, внутривенные инъекции, сопряженные с опасностью тромбоэмболии, жировой или воздушной эмболии. Коллапс артериол сетчатки возможен при массивной кровопотере, обусловленной маточным, желудочно-кишечным или внутренним кровотечением.

В результате спазма, тромбоэмболии или коллапса артериол происходит замедление либо полное прекращение

кровотока в пораженном сосуде, приводящее к острой ишемии сетчатки. В том случае, если кровоток удается восстановить в течение ближайших 40 минут, возможно частичное восстановление нарушенных зрительных функций. При более длительной гипоксии в сетчатке развиваются необратимые изменения – некроз ганглиозных клеток и нервных волокон с их последующим аутолизом. Исходом окклюзии центральной артерии сетчатки служит атрофия зрительного нерва и стойкая потеря зрения.

По данным Канцельсона Л.А., причиной окклюзии сонных артерий чаще бывает атеросклероз (в 70% случаев), вторым по частоте является неспецифический аорто-артериит (24%). У 6% обследуемых встречается патологическая извитость магистральных артерий головного мозга. Атеросклероз преобладает у мужчин, в то время как неспецифический аорто-артериит наблюдается, в основном, у женщин (98%). [1]

Острые нарушения кровообращения в сетчатке в большинстве случаев встречается у взрослых. Нарушение кровообращения сетчатки у детей в литературе встречается крайне редко, в связи с этим мы решили описать клиническую картину и результатов исследования ребёнка с ишемическим синдромом глаза.

Больной В.И., 12 лет, год назад при профилактическом осмотре в школе выявлено снижения зрения правого глаза. Спустя 8 месяцев обратился к офтальмологу по месту жительства, который после консультации невролога ребенка направили на обследование в Международный центр охраны зрения.

Из анамнеза, ребенок часто болел ангиной, но последние 3-4 года ничем не болел.

При осмотре: Острота зрения правого глаза – 0,45, не корр., левого глаза – 1,0. При осмотре по-переменно глазное яблоко отклоняется к носу, угол косоглазия по Гиршбергу 10°. Движения глазного яблока в орбите в полном объеме.

ОУ - Передний отрезок глаза без видимых изменений. Глазное дно обоих глаз: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы ступенчаты, проминирует в стекловидное тело. Сетчатка в заднем полюсе мутная, сероватого цвета, особенно в верхне- и нижне-височном квадрантах. Артерий сетчатки резко сужены, на фоне узких артерий вены кажутся расширенными и умеренно извиты. Выраженный симптом «вишнёвой косточки» в обоих глазах.