

при обследовании 120 пациентов с поясничным остеохондрозом (случайная выборка) с хронически-прогредиентным рецидивирующим течением заболевания, проходивших лечение в ГКБВЛ № 5, 65 женщин и 55 мужчин в возрасте $46,3 \pm 2,3$ года с средней давностью заболевания $10,2 \pm 2,6$ года. Отмечено, что стойкая ремиссия до 2 лет отмечалась у 21%, до 5 лет — у 14%, до 10 лет — у 5% пациентов. У остальных изменился характер течения, оно оставалось рецидивирующим, с той же, либо несколько меньшей частотой, но выраженность рецидивов держалась на одном уровне или была менее интенсивной. Сами больные отмечали улучшение качества жизни, заключающееся в том, что при использовании гигиены поз и движений, а также фиксирующих ортопедических средств им удавалось избегать

болей и выполнять профессиональную и бытовую деятельность.

Таким образом, у исследуемых сменилось течение заболевания на хронически рецидивирующее или хронически рецидивирующее регредиентное. Показательно, что в исследуемой группе, даже в случаях длительной ремиссии, сохранился неврологический дефицит. Предпринятая нами попытка оценить эффективность восстановительного лечения позволила установить высокое качество лечебно-профилактической помощи в МУЗ ГКБВЛ № 5 г. Иванова. Страховым компаниям целесообразно использовать такой подход к оценке эффективности ЛПУ в своей практике и разработать меры поощрения ЛПУ при высоких показателях эффективности.

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ЧЕЛОВЕКА

Новосельский А.Н., Быков А.А., Пузырев О.И., Новосельская О.И., Белов И.В., Быкова Н.А.

МУЗ «Городская клиническая больница восстановительного лечения № 5», г. Иваново
ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Рост патологии опорно-двигательного аппарата у взрослых и детей обуславливает необходимость комплексных профилактических мероприятий, позволяющих на стадии предболезни остановить развитие возникающих нарушений. Многие исследователи развитие патологических процессов в позвоночнике относят к детскому возрасту (Иванов Г.А., 1995; Сител А.Б., 1999). Нами установлено, что наряду с физиологическими изгибами позвоночника в сагиттальной плоскости в норме существует и микроротация вокруг вертикальной оси отдельных позвонков, проявляющееся на уровне всего позвоночного столба как «кручение» (Новосельский А.Н., 2000).

«Кручение» проявляется во фронтальной плоскости небольшими отклонениями. «Кручение» позвоночника является физиологической и конституциональной нормой. Пространственная ориентация позвоночного столба зависит от соответствия структурно-функциональных асимметрий человека. Выявлены четыре основных конституциональных типа пространственной ориентации позвоночного столба. Расположение структур позвоночника фиксировалось с помощью компьютерной кифосколиозграфии на диагностическом комплексе «Стабилан-3D».

Для I типа характерна праворукость-правоность, т. е. правая рука ведущая, относительно длиннее левой, правое плечо опущено, правая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, а нижними отделами — кзади, правая нога длиннее левой, толчковая, ведущая. Левая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, правая половина наклонена в меньшей степени. Это типичный правша, здоровый, в популяции встречается у 6—15% населения. С учетом мышечного развития и типа мобильности рекомендованы занятия физической культурой и спортом.

II тип — это правоногий, левая рука ведущая, относительно длиннее правой (может быть «скрытый левша», что выявляется тестированием при ссылаках на ведущую «правость»). Левое плечо опущено и кпереди, может быть симметричная ориентация оси плечевого пояса, проведенной через нижние углы лопаток и оси тазового пояса, проведенной через задние верхние подвздошные ости. Возможна амбидекстрия. Левая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, а правая — кзади. Нижняя половина грудной клетки слева — кпереди, правая — кзади. Правая нога длиннее левой, толчковая, ведущая. Левая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, правая половина наклонена в меньшей степени. Леворукий-правоногий, адаптивный тип, близкий к здоровому. Встречается у 20% обследуемых. При нарушениях опорно-двигательного аппарата необходима тренировка координаторной сферы, статические и динамические нагрузки на плечевой пояс, тренировка двоеручия (амбидекстрии).

Для III типа характерна праворукость-левононость, т. е. правая рука ведущая, относительно длиннее левой, правое плечо опущено, правая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, и нижними отделами — кпереди, левая половина ориентирована верхушкой кзади, нижними отделами — кзади. Левая нога длиннее правой или одинаковой длины, толчковая, ведущая. Правая половина таза наклонена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, левая половина наклонена в меньшей степени. Праворукий-левоногий, самый многочисленный (до 35%), неблагоприятный, дезадаптивный тип. Необходима перетренировка нижних конечностей: статические упражнения на левую ногу, динамические — на правую. Возможна нивелировка разницы длин ног стельками, иногда с созданием избыточной длины

справа (только врачом!). Именно при этом типе чаще у девочек в период полового созревания развиваются сколиозы. В некоторых случаях следует вначале тренировать «левоногость», либо усилить «кручение» сверху, от плечевого пояса и лишь затем перейти к перетренировке.

IV тип является «зеркальным» отображением первого типа, встречаемость в популяции — 15—40%. Ему присуща леворукость-левоногость, т. е. левая рука ведущая, относительно длиннее правой, левое плечо опущено, левая половина грудной клетки ориентирована верхушкой кпереди, а нижними отделами — кзади, левая нога длиннее левой, толчковая, ведущая. Возможны варианты «скрытого левши», что выявляется тестированием при ссылах на ведущую «правость», либо амбидекстрия. Правая половина таза накло-

нена кпереди со стороны укороченной опорной ноги, левая половина наклонена в меньшей степени. Типичный «левша» (в руках — может быть «скрытый левша» или амбидекстр). Развитие патологии может возникать при переориентации кручения в ключевой зоне позвоночника: шейно-грудном переходе. В этих случаях следует тренировать леворукость или амбидекстрию, равномерно используя статические и динамические упражнения справа и слева, а так же «двоеножие», т. е. обучение обеих ног функциям опоры и толчка. Целесообразна тренировка координаторной сферы.

Таким образом, лиц, имеющих III и IV типы пространственной ориентации позвоночного столба, следует относить к группе риска развития нарушений опорно-двигательного аппарата.

ВАРИЦЕЛЛА-ЗОСТЕР-ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Подгорнов Д.В., Никуленкова Н.Е.

ОГУЗ «Владимирская областная клиническая больница»

Вирус варицелла-зостер является представителем альфа-герпесвирусов и обладает морфологическими характеристиками сходными с другими вирусами этого семейства. Источником инфекции является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим герпесом.

Начало опоясывающего герпеса характеризуется синдромом общей интоксикации, различной степенью выраженности лихорадочным состоянием. Отмечается локальная болезненность в местах высыпаний различной интенсивности. Клинические проявления могут варьировать от незначительных пузырьковых сгруппированных высыпаний до тяжелых гемморрагических и некротических проявлений, имеющих, как правило, унилатеральный характер.

Часто данным заболеванием страдают люди пожилого возраста, и первым врачом, к которому обращаются данные пациенты, как показывает опыт, являются участковые терапевты и врачи общей практики. Но малая информированность последних, не умение контролировать кожный статус, не знание современных фармакологических препаратов приводит к достаточно серьезным осложнениям: присоединению пиодермии, стойкой и длительной постгерпетической невралгии и как результат депрессия. Сильно страдает качество жизни таких пациентов.

Цель исследования — оценить эффективность комплексной терапии опоясывающего герпеса комплексом «Валтрекс — Виферон — Мильгамма — Панавир».

Проведен сравнительный анализ терапии двух групп больных, репрезентативных по возрасту, полу и тяжести течения заболевания. Основную группу составили пациенты, которым проводилась комплексная терапия, включающая: «Валтрекс» по 1000 мг 3 раза в сутки 7—10 дней (в первые сутки появления эффоресценций), ректальные свечи

«Виферон» по 1 свече на ночь 10 дней, «Мильгамма» в/м по 1 амп. ежедневно 10 дней, затем 2 раза в неделю 6 недель (препарат обладает не только благоприятным нейротропным эффектом, но и достаточным анальгетическим действием). Наружно: «Панавир» (гель защитный), туширование элементов фукоксептолом, смазывание очагов препаратом «Виру-мерц-серол» (1% гель тромантацина). При выраженных, обширных эрозиях применялся водный раствор метиленовой сини, «Эпиген-спрей», аэрозоль «Пантенол», масло шиповника, солкосерил-гель.

Группу контроля составили 15 пациентов с опоясывающим лишаем, которым проводилась традиционная терапия (ацикловир местно и наружно, поливитамины, индометацин). Выраженность болевого синдрома оценивалась нами спустя 10 дней по специальному индексу, с использованием универсальной анкеты.

В основной группе после назначения «Валтрекса» в первые сутки появления высыпаний улучшение общего самочувствия наблюдалось уже после первых дней приема препарата, в среднем на 3—5-й день. В группе контроля этот показатель значительно варьировал и тесно коррелировал с тяжестью процесса, составил в среднем 11—18 дней.

Эпителизация дефектов на коже в основной группе составила 6—8 дней, тогда как во второй группе в среднем длилась 13—16 дней. Пациенты основной группы при анкетном опросе, спустя 10 дней от момента дебюта заболевания, показали значения индекса, соответствующие меньшей интенсивности болевого синдрома, чем в группе контроля, что наблюдалось и в результате лонгитудинального наблюдения.

Таким образом, раннее назначение «Валтрекса» (в течение первых суток после появления эффоресценций опоясывающего герпеса) значительно