

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТЕРАФЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ СИНДРОМОВ

С.В. Котов, Т.И. Якушина, М.А. Якушин

**Московский областной научно-исследовательский клинический
институт им. М.Ф.Владимирского**

Распространенность вертеброгенных заболеваний в популяции, по данным различных авторов, составляет от 40 до 80%, со стойкой тенденцией к росту. В отдельных регионах до 14,7% работающего населения ежегодно оказываются временно нетрудоспособными по поводу данной патологии [1].

Рутинные методы лечения спондилогенной патологии не всегда эффективны, в связи с чем заболевание принимает затяжное, рецидивирующее течение. Одним из перспективных направлений решения данного вопроса является поиск препаратов, способствующих восстановлению метаболизма суставного хряща и стимуляции тканевых репаративных процессов. В настоящее время в качестве базового метода лечения дегенеративной патологии позвоночника все чаще используются хондропротекторы. Одним из представителей этой группы является препарат терафлекс, состоящий из глюкозамина и хондроитин сульфата натрия. Экзогенный глюкозамин усиливает выработку хрящевого матрикса, защищает хрящ от повреждений, оказывает умеренное противовоспалительное действие. Хондроитин сульфат натрия стимулирует образование гиалурона, протеогликанов и коллагена II типа, поддерживает вязкость синовиальной жидкости, активизирует механизмы репарации хрящевой ткани [2].

Задачи исследования:

Оценить эффективность препарата терафлекс.

Уточнить динамику патологических проявлений на фоне его приема.

Оценить переносимость терафлекса, выявить возможные побочные эффекты и осложнения.

Материалы и методы:

Поставленные задачи решались на основании клинического наблюдения за 30 больными с рефлекторными и компрессионными синдромами остеохондроза, из них 17 женщин и 13 мужчин. Средний возраст пациентов - 49,1 лет (от 24 до 71 года). Продолжительность болевого синдрома составляла, в среднем, 10,4 года, длительность последнего обострения – 1,6 мес.

В 18 случаях больные проходили комплексную терапию (терафлекс, нестероидные противовоспалительные средства, витамины, сосудистые препараты, физиолечение). 12 человек получали исключительно терафлекс.

Объем обследования включал неврологический осмотр, спондилографию; 10 пациентам проведена МРТ. Интенсивность боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале и методом описательных определений. Объем движений в пораженном двигательном сегменте (ПДС) соотносился с 5-ти балльной шкалой. Для определения уровня «качества жизни» использовался опросник Роланда-Морриса [3]. Все пациенты осматривались до назначения препарата, через 2 недели от начала приема, через 1 месяц, 2 месяца и в конце курса лечения (всего 5 визитов).

Рентгенологически у 6 пациентов были выявлены начальные признаки остеохондроза (сглаженность физиологических изгибов, незначительное снижение высоты межпозвоночных дисков); у 12 изменения носили выраженный характер (субхондральный склероз, сужение суставной щели, остеофиты); у 10 обнаружены грыжи дисков, в одном случае на основании рентгенологических данных (клиновидная деформация позвонков) был выставлен диагноз болезнь

Шейерманна-Мау, еще в одном случае - болезнь Бехтерева (деформирующий спондилоартроз).

У всех пациентов имел место болевой синдром, ограничение двигательной активности в соответствующем ПДС, мышечный дефанс. У 14 человек в клинической картине превалировала корешковая симптоматика, у 5 - определялись признаки плечелопаточного периартроза.

Схема лечения:

1 капсула 2 раза в день в течение 1 месяца,

1 капсула 1 раз в день – последующие 2 месяца.

Результаты исследования.

Положительная динамика наблюдалась у 28 пациентов. Улучшение проявлялось снижением болевого синдрома, нормализацией объема движений и мышечного тонуса, регрессом корешковой симптоматики, достоверным улучшением уровня качества жизни.

Регресс алгического синдрома наблюдался приблизительно через месяц после начала терапии терафлексом; по окончании курса боли купировались у 11 пациентов, у 9 – стали незначительными. Выраженный болевой синдром сохранялся неизменным в двух случаях.

Менялся и характер болевых ощущений. Если до лечения у 9 пациентов преобладали постоянные умеренные или резко усиливающиеся при движении боли (у 12), а у 2 пациентов отмечались интенсивные «боли покоя», то после сочетанной терапии у 11 боли купировались, у 9 – возникали только при движении, у 8 алгический синдром носил постоянный умеренный характер.

Миотонические проявления у 28 пациентов уменьшились, в среднем, на 1,7 балла.

Для оценки нарушений жизнедеятельности мы использовали опросник Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности». Пациенты заполняли его самостоятельно до и в конце курса лечения. Во время первого визита выраженные нарушения жизнедеятельности выявлены у 21 человека; по окончании курса они остались неизменными лишь у семерых.

Переносимость терафлекса расценена как хорошая у 27 больных, у 2 – удовлетворительная (у 1 пациента возникли диспептические явления, у 1 - незначительные головокружение). В 1 случае курс лечения препаратом был прерван в связи с выраженным головокружением. Аллергических проявлений не отмечено.

Таким образом, результаты лечения показали, что значительное улучшение состояния с купированием болевого синдрома и положительной динамикой неврологической симптоматики отмечалось у 18 человек, у 6 эффективность лечения расценена как умеренная, у 4 наступило незначительное улучшение. В 2 случаях добиться какого либо эффекта не удалось (один пациент с болезнью Бехтерева, один, которому курс терапии был прерван в связи с плохой переносимостью препарата, с большой грыжей диска). Отмечалась высокая эффективность и монотерапии терафлексом: из 12 пациентов улучшение состояния с купированием болевого синдрома и положительной динамикой неврологической симптоматики отмечалось у 9, у 2 эффективность лечения была умеренной, у 1 наступило незначительное улучшение.

Проведенное исследование выявило достаточно высокую эффективность препарата терафлекс в лечении вертеброгенных синдромов, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника. Незначительное количество побочных действий терафлекса, его хорошая переносимость, наряду с достаточно высокой эффективностью открывают перспективу широкого применения препарата в вертеброневрологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. – М.: Медицина, 2001. – С. 293-317.
2. Лекарственные препараты в России: Справочник. М.: Астра Фарм Сервис, 2005г. 1536 с.
3. Белова А.Н., Шепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002. – С.265-284

ИСКУССТВЕННАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Е.Т.Лильин, А.С.Шалоник, А.В.Степанченко, Н.В.Месилова

Российский реабилитационный центр «Детство»

Одной из актуальных проблем современного здравоохранения является постоянно возрастающее количество детского населения с ограничением возможностей, вследствие пренатального и перинатального органического поражения центральной нервной системы и проявляющегося в постнатальном периоде различной по выраженности и тяжести неврологической патологией. В нашей стране ежегодно рождается более 50 000 инвалидов с детства - ведущее место принадлежит детскому церебральному параличу (ДЦП). У больных с данным заболеванием в клинической картине на первый план выступают двигательные расстройства, интеллектуальная и психоречевая недостаточность.

Наличие патологических синергий, возникающих в результате преобладания нередуцированных позо-тонических рефлексов у больных ДЦП ведет к нарушению функционирования эфферентного и афферентного звеньев рефлекторного кольца управляемой подсистемы двигательного аппарата (1,3). Поэтому патогенетической основой нейромоторного перевоспитания детей с двигательным дефицитом является применение корригирующих афферентацию методик, направленных на дестабилизацию имеющегося патологического двигательного стереотипа, и на этой основе создание другой, более физиологичной стато-локомоторной системы (2,4).

В качестве наиболее адекватного метода нейромоторного перевоспитания рекомендуется методика кинезотерапевтического воздействия с одновременной стимуляцией когнитивных функций в сочетании с психологопедической коррекцией (в западных источниках данный метод обозначается термином «кондуктивная терапия») (2). Преимуществом данного метода является активное включение самого ребенка в процесс реабилитации, путем формирования у него горячего желания выздоровления и мотива к достижению этой цели. Кондуктивная терапия успешно применяется в сочетании с другими методами, одним из которых является метод локальной искусственной гипотермии (ИЛГ).

Положительный терапевтический эффект применения метода ИЛГ реализуется посредством создания гипобиотического состояния мышцы и ее рецепторного аппарата, приводящего к снижению патологически высокого мышечного тонуса. На данном фоне значительно повышается эффективность применения массажа и ЛФК (4). Депривируя патологическую афферентацию, гипотермическое воздействие на рецепторную систему мышечно-связочного аппарата, формирует тем самым более физиологическую регуляторику движения и, соответственно, более физиологичную эфферентацию.

Для проведения ИЛГ используется ледяная крошка, которая помещается в герметичную тару, соответствующую размерам мышцы ребенка, на которую будет проводиться криоапликация. Топография криовоздействия зависит от особенностей, формирующих патологию статики и локомоции в каждом конкретном случае, и преобладающего влияния нередуцированных позо-тонических рефлексов периода новорожденных. Воздействие производится