

ВЕРТЕБРОГЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Гехаев И.Н., Вышлова И.А.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, tixatmad.gexaev@bk.ru

Актуальность темы: проблема лечения и реабилитации вертеброгенной патологии является актуальной, так как согласно статистическим данным, только на долю неврологических синдромов, обусловленных изменениями в позвоночнике, приходится 75-85% всех заболеваний периферической нервной системы.

Цель исследования: научное обоснование и разработка предложений по оптимизации помощи населению с вертеброгенными заболеваниями периферической нервной системы на региональном уровне.

Факторы возникновения дегенеративно-дистрофической патологии позвоночного столба разнообразны.

Под воздействием этиологических факторов развивается ряд патогенетических конфликтов (диско-радикулярный, диско-васкулярный, диско-медулярный, диско-венозный, диско-ликворный, диско-вегетативный), приводящих к возникновению неврологических проявлений деструктивно-дистрофических патологий позвоночного столба.

Основным источником боли в спине может быть болевая импульсация, идущая из капсул суставов, связок, фасций, мышц, нервных корешков, межпозвоночных дисков, позвонков, твердой мозговой оболочки, спинномозговых узлов, периневральной соединительной ткани. Более редкими причинами болей в спине являются: врожденная патология, посттравматический синдром, опухоли позвонков, туберкулезный спондилит, сирингомиелия, отраженные боли при заболеваниях внутренних органов, спондилоартрит. Вся ноцицептивная (специфическая болевая) импульсация поступает через задние корешки в нейроны задних рогов спинного мозга, откуда она по ноцицептивным путям достигает центральной нервной системы. Одновременно болевые импульсы активируют альфа- и гамма-мотонейроны передних рогов спинного мозга. Сенсомоторный рефлекс работает как в автономном режиме, так и под контролем ЦНС. Активизация передних мотонейронов приводит к спазму мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. При мышечном спазме происходит стимуляция ноцицепторов самой мышцы. В спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, что вызывает вазомоторные и нейродистрофические изменения в тканях и еще больше усиливает активацию ноцицепторов мышечного волокна. Таким образом, спазмированная мышца становится источником дополнительной импульсации, которая поступает в клетки задних рогов того же сегмента спинного мозга, что ведет к еще большему спазму мышц. Замыкается порочный круг: боль — спазмированные мышцы — боль. Все это осложняет диагностику и лечение боли в спине. [5. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004. 144 с.] Различают рефлекторные и компрессионные корешковые болевые синдромы.

Наиболее распространенной дегенеративно-дистрофической патологией позвоночного столба, сопровождающейся болевым синдромом, является остеохондроз позвоночника — заболевание при котором происходит поражение пульпозного ядра межпозвоночных дисков, вследствие чего возникает их деформация, уменьшение высоты, расслоение, утрата амортизационных функций и постепенное разрушение.

Диагностика вертеброгенного болевого синдрома:

1. Детальное клинико-вертеброневрологическое обследование.

2. Рентгенография позвоночника с функциональными пробами.

3. Контрастная миелография (при заинтересованности спинальных структур).

4. Компьютерная томография позвоночника и спинномозговых структур.

5. Магнитно-резонансная томография позвоночника и спинномозговых структур.

6. Ангиография с исследованием позвоночных и спинномозговых артерий.

7. Электромиография и электронейромиография (с исследованием СПИ, М-ответа, Н/Ф-рефлекса и др.).

8. Проведение полного параклинического лабораторного исследования крови, мочи, спинномозговой жидкости (при необходимости) и др. для исключения невертеброгенного (дискогенного) происхождения выявленных расстройств (опухоли, воспалительные заболевания спинного мозга, оболочек и позвоночника, системные поражения соединительной ткани и костно-суставного аппарата и др.).

Принципы лечения больных с вертеброгенным болевым синдромом:

1. Необходима патогенетическая обоснованность лечебных мероприятий.

2. Комплексность лечения: использование различных методов и способов воздействия на вертебральные структуры, периферические паретические нарушения, экстравертебральные очаги и на весь организм в целом. [2. Вышлова И.А. Комплексное лечение больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 2. С. 47-49.]

3. Этапность и последовательность лечебных мероприятий в зависимости от выраженности клинических проявлений (степень выраженности болевого синдрома, нарушение вертебродинамики и периферического пареза) и общего самочувствия больного, вплоть до стойкого улучшения состояния и устранения вертебро-неврологических расстройств.

4. Превалирование в лечебно-реабилитационных комплексах немедикаментозных способов лечения: электростимуляции паретичных мышц, массажа, ЛФК, кинезотерапии, тракционного лечения, физиобальнеолечения, рефлексотерапии, йоги и др. [1. Вышлова И.А., Стародубцев А.И. Применение чжень-цзю терапии в комплексе лечения больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 5. С. 22-25., 3. Вышлова И.А., Карпов С.М., Шевченко П.П., Чигрина Н.В. Применение акупунктуры в терапии хронического болевого синдрома в нижней части спины Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 322.,

4. Вышлова И.А., Карпов С.М., Головова О.Э. Применение йоги в терапии хронического вертеброгенного болевого синдрома в нижней части спины Медицинский вестник Северного Кавказа. 2015. Т. 10. № 3. С. 232-235.]

5. Индивидуальность применяемых лечебных комплексов с учетом психовегетативного статуса пациента, особенностей течения заболевания, наличия соматической патологии и состояния всего организма.

Таким образом, на основании всего вышеперечисленного можно сделать следующие выводы:

Использование в комплексном лечении вертеброгенных болевых синдромов нестероидного анальгетика Ксефокама и витаминов группы В (Нейробион) способствует более быстрому регрессу болевых проявлений и восстановлению вертебродинамики, а в комбинации с Актовегином и Келтиканом — улучшение

нию трофики и уменьшению паретических нарушений.

Ксефокам – эффективный нестероидный противовоспалительный препарат, применяющийся при вертеброгенном болевом синдроме:

- не подавляет синтез лейкотриенов;
- ингибирует фермент ЦОГ2;
- подавляет синтез простагландинов;
- стимулирует выработку эндогенных эндорфинов;
- угнетает высвобождение активных форм кислорода;
- тормозит синтез NOсинтетазы;
- замедляет образование интерлейкинаб.

Список литературы

1. Вышлова И.А., Стародубцев А.И. Применение чжень-цзю терапии в комплексе лечения больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами / Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 5. С. 22-25
2. Вышлова И.А. Комплексное лечение больных с хроническими вертеброгенными болевыми синдромами / Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 2. С. 47-49.
3. Вышлова И.А., Карпов С.М., Шевченко П.П., Чигрина Н.В. Применение акупунктуры в терапии хронического болевого синдрома в нижней части спины / Современные проблемы науки и образования. 2015. № 4. С. 322.
4. Вышлова И.А., Карпов С.М., Головкова О.Э. Применение йоги в терапии хронического вертеброгенного болевого синдрома в нижней части спины / Медицинский вестник Северного Кавказа. 2015. Т. 10. № 3. С. 232-235.
5. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004. 144 с.,
6. Веселовский В.П. Компенсаторные биомеханические реакции позвоночника у больных с синдромами поясничного остеохондроза. Ленинград, 1986. 103 с.
7. Веселовский В.П. Патогенез остеохондроза позвоночника. Л.: Ленинградский ГИДУВ, 1984. 25 с.

ВЗГЛЯД НА МЕДИЦИНУ В СОВРЕМЕННОМ КИНЕМАТОГРАФЕ

Демин А.С., Кривошеева Ю.А.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия, diomin-sashaz@mail.ru

«Медик занимает в пределах любого общества, любой цивилизации совершенно особенное положение: он повсеместно является предметом общественного внимания и почти всегда незаменим», - сказал как-то французский философ, теоретик культуры и историк Поль Мишель Фуко.

Еще с давних времен и по настоящее время происходит процесс распространения влияния медицины на все новые общественные сферы, то есть происходит так называемая медиализация жизни. Результатом данного процесса является то, что мы без труда можем обнаружить послы к медицинской тематике и проникновение «врачебной науки» в самые различные не связанные с целительством области.

Так, медицина нашла широкое отображение в современном кинематографе. Именно медицинскую эстетику можно использовать в качестве своеобразной метафоры для отображения патологического состояния общества.

В кинематографе существует отдельный жанр «больничного ужаса», в котором сюжет строится вокруг медицинской деятельности, а главный отрицательный персонаж, медик, выступает негативным компонентом в комбинации «свой — чужой».

В апреле 2013 года состоялась премьера американского телевизионного триллера «Ганнибал», основанного по мотивам серии романов Томаса Харриса. В центре сюжета — взаимоотношения специального агента ФБР Уилла Грэма и психотерапевта доктора Ганнибала Лектера.

Одиозная фигура Лектера не может не привлекать внимания, и не будоражить сознание зрителя! Ганнибал — чрезвычайно выдающийся, образованный психиатр и хирург, в то же время чудовищный серийный убийца, практикующий на своих жертвах каннибализм. Мир может считать себя в безопасности только до тех пор, пока он будет находиться за стальной дверью одиночной камеры в тюрьме строгого режима. Моральный диссонанс!

Необходимо отметить, что подобная концепция страха перед непознаваемой тайной медицинского знания достаточно разнопланово используется в кинематографе. Кроме того, можно обнаружить и внедрение новых идей, таких как возможная коррумпированность медицинской системы, трансплантация органов и генетические эксперименты.

В этом отношении показательным кинофильмом является «Кома» режиссера Майкла Крайтона. Действие фильма проходит в больнице, представляющей собой бескрайний лабиринт, который полон тайных ходов и мрачных, страшных коридоров. За фасадом повседневной жизни лечебного учреждения скрываются страшные тайны: пациенты являются марионетками в руках руководства клиники, организовавшего преступный синдикат для осуществления нелегального трафика донорских органов. В фильме медицинские работники предстают равнодушными и безэмоциональными жрецами, играющими и распоряжающимися жизнями людей, а сами преступные действия осуществляются под лозунгами гуманизма и сострадания.

Совершенно иные примеры фильмов данной тематики можно обнаружить в российском кинематографе. Медицинская эстетика перестает быть отображением «патологически больного общества».

В противовес личности доктора Лектера здесь вырисовывается такой персонаж, как Геннадий Викторович Тырса - настоящий врач, хирург, диагност, широко известный как лучший специалист по лечению спортивных травм.

Предыстория событий сериала «Доктор Тырса» показана уже в первой серии. Приблизительно за 3 года до начала действия по инициативе Олимпийского комитета в одной из московских клиник создано элитное «Отделение спортивной и балетной травмы», специализирующееся на лечении лучших спортсменов и артистов балета. Отделение финансируется за счёт комитета, обеспечивается самым современным оборудованием, его сотрудникам платится высокая зарплата, они же должны как можно быстрее и эффективнее возвращать в строй спортсменов и артистов, выступления которых приносят стране рекорды, медали, престижные премии. Заведует отделением доктор Тырса — выдающийся врач, поставивший на ноги множество великих спортсменов. Каждая серия сериала посвящена какому-то одному конкретному случаю лечения того или иного знаменитого спортсмена или артиста. Параллельно с решением медицинских вопросов показана личная и семейная жизнь героев сериала, развитие их отношений с близкими, друг с другом.

«Красной нитью» через весь сериал проходит тема вреда, который наносит спорт высших достижений, ориентируя и спортсменов, и тренеров, и чиновников на получение рекордов и медалей любой ценой, а также тема допинга. Спортсмены сами, при поддержке и одобрении тренеров, игнорируют опасные симптомы, тянут до последнего с обращением к врачам, принимают опасные для здоровья препараты, при этом даже перед лицом реальной перспективы умереть продолжают выкручиваться, обманывать врачей и игнорировать выполнение их предписаний.