

них гормонів, які є пропорційними щодо ступеня тяжкості захворювання. Так, базальні рівні ЛГ та ФСГ майже не відрізнялись від контрольних показників, а у фолікулінову фазу менструального циклу спостерігалось зниження концентрації ЛГ на фоні нормального рівня ФСГ. Однак, незважаючи на наявність відхилень у секреції гонадотропних гормонів, компенсаторні реакції організму при цьому захворюванні забезпечують стан гомеостазу, тому овуляція в 2/3 хворих зберігається, у той час як репродуктивна функція виявляється значно порушеною.

ЛІТЕРАТУРА

1. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М.: МИА, 2010. – 781 с.
2. Калинина Е.А. Оптимизация процедуры экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона при синдроме поликистозных яичников // Пробл. репродукции. – 2002. – № 3 – С. 81-83.
3. Леонов Б.В., Кулаков В.И., Финогонова У.Я., Козлова А.Ю., Беляева А.А., Кузьмичев Л.Н. Использование препарата рекомбинантного ФСГ (фоллитропина- β) при лечении бесплодия в программах ЭКО и ПЭ// Акуш. и гин.– 2010. – № 6. – С. 35-40.
4. Назаренко Т.А., Дуринян Э.Р., Зыряева Н.А. Эндокринное бесплодие у женщин: диагностика и лечение. Практическое руководство. М., 2008. – 80с.
5. Светлаков А.В., Яманова М.В., Салмина А.Б., О.А. Серебренникова О.А. Вероятность наступления имплантации у женщин с разными формами бесплодия при лечении методом ЭКО // Пробл. репродукции. – 2010. – № 3. – С. 61-67.
6. Смольников В.Ю., Финогонова Е.Я. // Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М., 2000. – С. 91-135.
7. Смольникова В.Ю. Опыт применения гонадолиберина диферелина в программе экстракорпорального оплодотворения// Гинекология. – 2004. – Т. 6. – № 3. – С.109-111.
8. Яворская К.А. // Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М., 2013. – Гл. 12. – С. 291-317.

*М. В. Великий,
студент V курса
Научный руководитель: Т. В. Кулемзина,
доктор медицинских наук, профессор
С. В. Красножон,
ассистент,
Донецкий национальный медицинский
университет имени Максима Горького*

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Проблема борьбы с болью является одной из наиболее актуальных в медицине, в частности в травматологии и ортопедии. Существует целый ряд определений этого понятия, различающихся между собой, но практически в каждом из них подчеркивается разнообразие механизмов возникновения боли, наличие как объективных, так и субъективных факторов ее формирования. Так, в «Эн-

циклопедическом словаре медицинских терминов» боль определяется как «своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сильных раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения в организме; является интегративной функцией организма, мобилизующей разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора» [5, с. 151]. В данном определении нашли отражение как минимум два аспекта: 1) сочетание в формировании боли психического и физиологического, органических и функциональных нарушений; 2) понимание боли как интегративной защитной функции организма. Сложность механизмов формирования боли, разнообразие факторов, влияющих на этот процесс, говорит о том, что для разработки эффективных путей борьбы с болью необходимо понимать сущность процессов ее формирования, возможность влияния на конкретные звенья возникновения при той или иной патологии.

Для травматологии и ортопедии актуальными являются как проблема лечения хронической боли при воспалительных заболеваниях, посттравматологических осложнениях и целом ряде других заболеваний, так и купирование острого болевого синдрома, в частности послеоперационных болей.

В настоящее время в качестве эффективного средства терапии острых и хронических форм болезней суставов и посттравматологического болевого синдрома широко используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые расцениваются как препараты первого ряда симптоматического лечения. В то же время нельзя не отметить, что выбор препарата на практике зачастую носит эмпирический характер. Исходя из этого, цель данной работы – раскрыть роль нетрадиционной медицины в купировании болевого синдрома в травматологии и ортопедии как альтернативу НПВП, которые оказывают токсическое влияние на организм и вызывают уменьшение эффекта при длительном применении.

В этом плане следует отметить, что в настоящее время значительное внимание уделяется изучению наряду с периферическим так называемого центрального механизма возникновения боли. В частности, показано, что длительное существование источника интенсивных ноцицептивных болей на периферии, [1, с. 49-53] (характерно, например, для посттравматического болевого синдрома), ведет к развитию гиперчувствительности центральных отделов нервной системы (центральной сенситизации). В свою очередь, высокий уровень центральной сенситизации способствует усилению болевого синдрома на периферии, что ведет к возникновению своеобразного порочного круга.

Миофасциальная болевая дисфункция имеет четкую клиническую картину, заключающуюся в возникновении мышечного спазма, наличия болезненных мышечных уплотнений в напряженных мышцах (триггерных точек), снижении объема движений пораженной мышцы и наличии зон отраженной боли [2, с. 136]. Индикатором мышечно-скелетной боли является миофасциальная триггерная точка – участок повышенной раздражительности в пределах напряженных пучков скелетных мышц или мышечной фасции. Выделяют активные триггерные точки – фокусы гиперраздражимости в мышце, проявляющиеся в виде боли в месте локализации точки, а также в отдаленных, характерных для

нее областях. Боль может наблюдаться и в покое, и при движении [4, с. 6-11]. Каждая зона имеет специфическую точку отражения болей, находящихся в пределах одного скелета [6,7]. Причем в зоне отраженной боли могут также возникать вегетативные проявления в виде изменения потливости, цвета кожи, гипертрихозов. В ответ на стимуляцию триггерных точек возникает локальный судорожный ответ («симптом прыжка») с сокращением мышцы и усилением боли. Кроме активных, существуют латентные триггерные точки, которые встречаются чаще, чем активные. При пальпации латентных триггеров обнаруживается локальная болезненность без отражения боли в отдаленные зоны. Латентные триггерные точки могут активироваться под влиянием провоцирующих факторов (переохлаждение, позотоническое перенапряжение, физическая нагрузка, эмоциональное напряжение, тревога и т.д.). И, наоборот, под влиянием кратковременного отдыха, тепла, адекватной терапии активная триггерная точка может переходить в латентное состояние.

В.А. Карлов выделяет три фазы течения миофасциального болевого синдрома:

- I фаза – острая. Характеризуется постоянной мучительной болью в особо активных триггерных точках.

- II фаза – характеризуется возникновением боли только при движении и отсутствием в покое.

- III фаза – хроническая. При этом у пациента постоянно сохраняется некоторая дисфункция, чувство дискомфорта в соответствующей зоне. Имеются только латентные триггерные точки, сохраняющие способность к реактивации. Причем, огромное значение в их реактивации имеют эмоциональное напряжение, наличие астенических, тревожных, депрессивных синдромов.

Для эффективного лечения важное значение имеет правильный выбор комбинации различных методов рефлексотерапии между собой и с другими способами медикаментозной и немедикаментозной терапии [3, с. 61-65].

Среди способов акупунктуры для лечения болевых синдромов широко используются: корпоральная рефлексотерапия, микроиглотерапия, цзю-терапия, фармакопунктура, точечный массаж, магнитотерапия, МРТ электропунктура, электроакупунктура.

Корпоральная иглотерапия чаще всего является базовой рефлекторной терапией. Её влияние имеет не только лечебную, но и профилактическую направленность в борьбе с болевым синдромом в раннем послеоперационном периоде.

Часто при лечении болевого синдрома верхних конечностей самостоятельно или в комплексе используется аурикулотерапия.

Одной из разновидностей классической рефлексотерапии является микроиглотерапия, которая позволяет обеспечить пролонгированный анальгетический эффект путем введения в ТА специальных микроигл с оставлением их на срок 3-4 недели.

Часто при лечении боли используют многоигольную поверхностную рефлексотерапию, в которой применяется молоточек или пластина с большим количеством игл в зоне одного дерматома или в зоне проекции меридиана.

Цзю-терапия (прогревание акупунктурных точек мокса-ватой из полыни или угольной сигарой) используется чаще на местные и сегментарные ТА при преобладании дистрофических процессов.

В последнее время в нашей стране большое внимание уделяется электропунктуре и электроakupунктуре. Электропунктурная аналгезия чаще применяется при оперативных вмешательствах. Особенно этот метод показан при заболеваниях, которые сопровождаются хроническим болевым синдромом.

В настоящий момент в медицинскую практику широко внедряется пунктурная физиотерапия, являющаяся объединенным понятием рефлексотерапии и физиотерапии и использующая механизм сложной нейрогуморальной регуляции. У больных ортопедо-травматологического профиля для лечения болевых и нейро-дистрофических синдромов чаще находят применение фоно-, магнито- и лазеропунктура. Наилучшие результаты от применения лазеропунктуры наблюдаются у больных с болевым синдромом, сопровождающимся сосудистыми и обменными нарушениями. К преимуществам лазеропунктуры можно отнести быстроту, безболезненность и асептичность данного метода.

Изучается клинический эффект влияния на АТ аэроионного массажа, постоянного магнитного поля, ультразвукового воздействия в непрерывном режиме, электромагнитного излучения миллиметрового диапазона, синусоидально-модулированных и диадинамических токов.

Выводы. Используя рефлексотерапию наряду с традиционными методами лечения можно добиться значительно лучших результатов. Поскольку применяемые выше методы можно сократить срок реабилитации, снизить токсический эффект от медикаментов, менять дозу и место введения препаратов, свести к минимуму риск осложнений и повысить качество жизни больного. Преимущества рефлексотерапии в том, что побочные эффекты полностью отсутствуют, происходит восстановление внутреннего равновесия организма, восстановление баланса обменных процессов, нормализуется работа систем и органов в организме пациента, а так же повышается иммунитет. Долговременный результат проводимого лечения. Одним из основных преимуществ рефлексотерапии является воздействие не только на симптом заболевания, но и непосредственно на причину, которая его вызвала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иваничев Г.А., Кузнецова Е.А. (2007) Вызванные потенциалы мозга при миофасциальном болевом синдроме у больных в позднем периоде натальной цервикальной травмы. Журн. невропат. и псих., 4: с. 49–53.
2. Попелянский А.Я. (2003) Клиническая пропедевтика мануальной медицины. МЕД пресс-информ, Москва, 136 с.
3. Самосюк И.З., Самосюк Н.И. (2008) Основные принципы и методы применения физических факторов для лечения болевых синдромов у постинсультных пациентов. Практична ангиологія, 5(16): с. 61–65.
4. Хейманн В. (2007) Сегментарная дисфункция и структурные повреждения. Нейрофизиологические аспекты диагностики. Мануальная терапия, 2(26): 6–11.
5. Энциклопедический словарь медицинских терминов. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – Т. 1. – С. 151.
6. TelleriaDiaz A., Schmidt M., Kreuzsch S. et al. Spinal antinociceptive effects of cyclooxygenase inhibition during inflammation: Involvement of prostaglandins and endocannabinoids // Pain. – 2010. – V. 148. – P. 2635.
7. TorresLopez J.E., Ortiz M.I., CastanedaHernandez G. et al. Comparison of the antinociceptive effect of celecoxib, diclofenac and resveratrol in the formalin test // Life Sciences. – 2002. – V. 70. – P. 16691676.