

увеличением его эластичности, что ведёт к нормализации кровотока.

Список литературы

1. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте. // Автореферат дисс. ... м. н. - М., 1997; 32 с.
2. Левин О.С. Клинико-магнитно-резонансно-томографическое исследование дисциркуляторной энцефалопатии с когнитивными нарушениями: Дис. ... канд. мед. наук. М 1996; 42-44.
3. Оганов Р. Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Качество жизни 2003; 2: 10-15.
4. Осипов К.В. Возможности применения высоко технологичных пептидных препаратов в неврологии // Современные наукоемкие технологии.- 2010.-№7.- С.107-111.
5. Ролик И.С. Фетальные органопрепараты: клиническое применение. // М., РегБиоМед, 2003.- 736 с.
6. Ролик И.С. и др. Органопрепараты в эстетической медицине: красота, ревитализация, профилактика старения. /Под ред. И.С. Ролика. Москва: РегБиоМед. 2006.- 496 с.
7. Справочник Органопрепараты НПК "ВитОрган" // Москва. РегБиоМед 2008.- 152 с.
8. Тойер К. Биологическая иммунотерапия: способы изготовления и применения органо-препаратов vitorgan, сывороток, вакцин из аутокрови и другого биоматериала. // Сб. патентов и статей за период 1955-1096 г.г. М.. 2007.- 255 с.

ПРОБЛЕМА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

А.П. Парахонский

*Медицинский институт высшего
сестринского образования
Краснодар, Россия*

Среди причин болевого синдрома (дорсалгий) наряду с неврогенными и миофасциальными синдромами, определённое место занимают воспалительные заболевания позвоночника. Наиболее тяжёлая патология наблюдается при идиопатическом анкилозирующем спондилоартрите и близких к нему форм псориатического и энтеропатического спондилоартритов. В основе болевого синдрома лежит воспалительный процесс с возможной локализацией как в дугоотростчатых суставах, так и структурах, образующих энтазисы позвоночника - мест прикрепления к телам позвонков связочного аппарата.

Однако в большинстве ситуаций можно говорить только о патогенетической терапии, которая включает медленно действующие базисные препараты. Активация 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 усиливает активацию ноцицепторов мышечного волокна. Таким образом, спазмированная мышца становится источником дополнительной ноцицептивной импульсации, которая поступает в клетки задних рогов того же сегмента спинного мозга. Усиленный поток

болевого импульсации соответственно увеличивает активность передних мотонейронов, что ведёт к ещё большему спазму мышцы. Замыкается порочный круг: боль - мышечный спазм - боль. Несмотря на то, что лечение может значительно отличаться в зависимости от нозологической формы болезни, в комплекс медикаментозной терапии обязательно входят симптоматические препараты, непосредственно влияющие на болевой синдром. Среди последних центральное место до сих пор занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Однако имеющиеся проблемы с переносимостью традиционных НПВП (диклофенак, индометацин, пироксикам) и недостаточной эффективностью хорошо переносимых, но более слабых НПВП нового поколения (целекоксиб, мелоксикам, нимесулид) заставляют искать дополнительные возможности лечебного воздействия. Присутствующая в клинической картине дорсалгия в значительной степени обусловлена сопутствующим мышечным спазмом. В этом случае патогенетически обоснованное включение в комплекс медикаментозной терапии миорелаксантов позволяет, с одной стороны, добиться лучшего терапевтического эффекта, а с другой - уменьшить суточную дозу НПВП и, соответственно, снизить риск развития НПВП-ассоциированных неблагоприятных явлений. При использовании новых НПВП (типа целекоксиба) снижение их дозировок за счёт комбинированной с миорелаксантами терапии также благоприятно отражается на стоимости лечения. Среди миорелаксантов центрального действия хорошо себя зарекомендовал толперизон (Мидокалм), уже многие годы успешно применяемый при многих заболеваниях, сопровождающихся усилением мышечного тонуса. Эффект включения в

медикаментозный комплекс Мидокалма заключается не только в уменьшении болевого синдрома, но и увеличении объёма движений. Соответственно тому месту, которое занимает в общей клинической картине заболевания поражение позвоночника, определяется и индивидуальный для каждого пациента план медикаментозной терапии и адекватной реабилитации. При хроническом течении заболевания пациент с поражением позвоночника в различные периоды своей жизни может требовать изменения, как лекарственной терапии, так и форм физического лечения. Пациент, обращаясь за медицинской помощью, вправе ожидать от врача профессионализма, который заключается в творческом применении современных методов борьбы с болезнью.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

А.П. Парахонский, Е.А. Венглинская

*Медицинский институт высшего
сестринского образования
Краснодар, Россия*

Основной принцип лечения ревматоидного артрита (РА) заключается в подавлении воспалительной реакции (в сочетании с мероприятиями по сохранению функции суставов). В перечень препаратов, применяемых в терапии РА, входят нестероидные противовоспалительные средства, небольшие дозы преднизолона и модифицирующие заболевание антиревматические лекарственные препараты (гидроксихлорохин, сульфасалазин, лефлуномид, метотрексат и циклоспорин).

По современным представлениям, патогенез РА сводится к воздействию артрогенного анти-