

Заключение. Таким образом, при проведении комплексного обследования больных с хроническим гнойным мезотимпанитом можно обнаружить тимпанограмму по типу «В», аудиометрию с нарушением звукопроводения и звуковосприятия, указывающих на возможное снижение функции звуковосприятия, связанное с метаболическими нарушениями.

Список литературы:

1. De Azevedo AF, Pinto DC, de Souza NJ, Greco DB, Gonçalves DU. Santa Casa de Misericórdia, Belo Horizonte Sensorineural hearing loss in chronic suppurative otitis media with and without cholesteatoma. Braz J Otorhinolaryngol. - 2007. - Sep-Oct; 73(5). - P. 671-674.
2. Ruben RJ., Math R., Serious otitis media associated with sensorineural hearing loss in children. Laryngoscope. - 1998. - 88 (7 Pt 1). - P. 1139-1154.
3. Ganzer U., Arenold W. Chronic mucous effusions of the middle ear and the influence on inner ear function (author's transl) Laringol Rhinol Otol (Stattg). - 1997. - № 56 (10). - P. 850-859.
4. Лопотко А.И., Бердникова И.П., Бобошко М.Ю. и др. Практическое руководство по сурдологии / Под общей редакцией проф. Лопотко А.И. – Санкт-Петербург. - 2008. – 274 с.
5. Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А. Руководство по аудиологии. - Москва: «ДМК Пресс». - 2003. – 359 с.

ТҮЙІН

Р.Х. САХАНОВ

НЕЙРОСЕНСОРЛЫ ЕСТІМЕУШІЛІКТІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

МҚКҚ «№1 Қалалық емхана», Орал қаласы

Созылмалы іріңді мезотимпанитке дыбыс өткізу мен дыбыс қабылдаудың бұзылуы тән және дыбыс қабылдаудың бұзылуы метаболикалық күйзеліспен байланысты.

Негізгі сөздер: іріңді мезотимпанит, аудиометрия, диагностика.

SUMMARY

R.KH. SAKHANOV

DIAGNOSTICS OF NEUROSENSORY COMPONENT OF DEAFNESS

SRME «City polyclinic № 1», Uralsk city

Hearing impairment on sound conduction and perception are characterized for chronic purulent mesotympanitis that indicates the possibility of reduction of the function of sound perception associated with metabolic disorders.

Key words: purulent mesotympanitis, audiometry, diagnostics.

К.Т. СЕМБАЕВА

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Медицинский центр «Наш доктор», г. Актөбе

Не вызывает сомнения целесообразность использования физиотерапии на всех этапах реабилитации данного контингента больных. Физические факторы можно назначать на фоне применения индивидуально подобранной медикаментозной терапии, разгрузки пораженного сегмента в острый период и в дальнейшем - лечебной физкультуры, являющейся важным элементом реабилитации.

Ключевые слова: остеохондроз позвоночника, разгрузка пораженного сегмента, реабилитация.

Актуальность. Физиотерапия вертебрального синдрома с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника - тактически и стратегически сложная врачебная задача, поскольку при большом количестве клинических вариантов течения заболевания существует и поистине огромное число

лечебных методов, методик, их модификаций, сочетаний. Так, по данным И.А. Балабанова и Е.И. Оранского [1-3], 8 лет назад существовало более 800 утвержденных методик физиотерапии остеохондроза позвоночника. По мере появления новых лечебных факторов, аппаратов, лекарственных препаратов, описания новых синдромов заболевания, особенностей их диагностики и течения это число растет. При таком обилии лишь большая точность выбора может способствовать улучшению результатов лечения. В процессе лечения больного принимают участие как минимум два врача. Один из них, лечащий, ставит диагноз, планирует весь терапевтический комплекс, включающий физиотерапию, оценивает результаты лечения, корректирует его. Второй - физиотерапевт в соответствии с поставленной лечащим врачом задачей назначает и проводит физиотерапию, также оценивает ее результаты, корректирует совместно с лечащим врачом. При этом оба специалиста компетентны каждый в своей области, а результат их деятельности полностью зависит от качества их взаимодействия [4,5].

Цель исследования – оценка эффективности физиотерапии при лечении острых обострений поясничного остеохондроза.

Материалы и методы исследования. Нами изучены в течение 2008-2009 г.г. 50 больных: 31 мужчина и 19 женщин в возрасте от 27 до 69 лет с диагнозом поясничный остеохондроз, прошедших амбулаторно, по направлению невропатологов, курсы физиотерапии (таблица 1).

Таблица 1

Больные, прошедшие курс физиотерапии

Длительность последнего обострения	1-2,5 месяца	2,5-5 месяца	5-7 месяца	В течение года
Количество больных	35	10	3	2

Все больные длительное время наблюдались врачами, 31 из них проходили курсы физиотерапии дважды в течение последнего обострения, 13 - трижды, 6 - более 3 курсов, но улучшения не было (42 %) или имелось ухудшение состояния (58 %) в виде усиления поясничных болей, учащения и удлинения их приступов, появления ночных болей, расширения зоны их иррадиации и др.

Все больные повторно клинически обследованы по стандартной нейроортопедической методике с изучением характера течения заболевания. Это позволило уточнить или пересмотреть существовавшие диагнозы, учесть сопутствующие заболевания. После этого проведен сравнительный анализ полученной больными физиотерапии с учетом соответствия ее диагнозу, показаниям и противопоказаниям при основном и сопутствующих заболеваниях, возможности проведения сочетанных и комплексных методик, повторных курсов. В каждом случае рассматривался наиболее вероятный механизм обострения или осложнения заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Для купирования болей при резко выраженном болевом синдроме мы назначали диадинамические и синусоидальные модулированные токи сегментарно паравертебрально и по ходу иррадиации болей на конечность. Если боли были неприятного, жгучего характера, с чувством онемения ноги, жара, зябкости стопы, в таких случаях отдавали предпочтение амплипульстерапии. Для уменьшения отека корешка, венозного застоя перед импульсными токами (за 30-60 мин) использовали магнитотерапию в виде постоянного или переменного магнитного поля сегментарно на соответствующие отделы позвоночника (С5-Т2, L4-S1). При инфекционно-аллергическом генезе обострения заболевания назначалась лазеротерапия паравертебрально слева и справа и между остистыми отростками позвонков (по три поля на сегмент) в области наибольшей болезненности при пальпации или движении, а также на один-два сегмента выше и ниже предыдущего. Использовалось излучение в красном и ближнем инфракрасном диапазонах [2].

При выраженном болевом синдроме применяли синусоидальные модулированные и диадинамические токи в комбинациях с магнитотерапией и дарсонвализацией. Дарсонвализацию мы проводили сегментарно и на заинтересованную конечность за 15-30 минут до низкочастотных импульсных воздействий. Если в патогенезе заболевания ведущая роль принадлежала сосудистому фактору, применяли магнитотерапию (бегущее или импульсное магнитное поле) или магнитолазеротерапию по стандартным методикам квантовой терапии.

При умеренных болях, кроме диадинамотерапии и амплипульстерапии, мы назначали интерференционные токи на два поля (сегментарно и на конечность). При наличии рефлекторно-тонического синдрома перед импульсными токами использовали ультратонотерапию на область напряженных мышц в слаботепловых дозировках. Патогенетически в этом периоде оправдано назначение лекарственного электрофореза, ультразвуковой терапии, которые снимают спазм мышц и рефлекторное напряжение, стимулируют кровообращение и трофические функции, вызывают обезболивающий эффект. Электрофорез проводили сегментарно, выбор препарата (анальгин, новокаин, магний, гепарин, зуфиллин, никотиновая кислота, гидрокортизон, йод, лидаза) определял ведущий клинический синдром. Для ультрафонофореза лекарств применяли обезболивающие (анальгин, баралгин, фастум-гель), сосудистые (зуфиллин, троксевазин) и рассасывающие, дефибрирующие препараты (лидаза, йод). Ультразвуковые

воздействия осуществляли сегментарно и по ходу болевого синдрома на конечность. Необходимо отметить, что в стадии дискорадикулярных, дискомедуллярных конфликтов, при распространении процесса на межпозвонковые суставы, унковертебральные сочленения, связочный аппарат двух или более сегментов мы исключали паравертебральные воздействия, ограничиваясь озвучиванием ягодицы и конечности. Аналогичной тактики придерживались и при назначении массажа. При формировании нейродистрофических синдромов, когда заболевание приобретает черты хронически рецидивирующего или прогрессирующего процесса, ультразвуковую терапию проводили по лабильно-стабильной методике с задержкой ультразвукового излучателя в местах мышечных уплотнений, болезненных узелков.

При двигательных нарушениях (радикулоишемия) комплексная физиотерапия осуществлялась на разные зоны: сегментарно для уменьшения компрессии корешково-спинальных артерий (магнитотерапия, лазеротерапия, амплипульстерапия, электрофорез сосудистых препаратов) и на конечность с целью восстановления функционального состояния нервно-мышечного аппарата (электрофорез прозерина, галантамина, дибазола, лечебный массаж, электро- и магнитостимуляция, вибротерапия, дарсонвализация и ультратонотерапия.). При необходимости комбинировали электрофорез лекарств, ультразвуковую терапию, амплипульстерапию с микроволновой терапией и электрическим полем УВЧ, практически без перерыва между процедурами.

Тепловые факторы и бальнеотерапия включались в комплекс восстановительного лечения при нерезко выраженном болевом синдроме. Парафино-озокеритолечение использовали на область позвоночника с целью уменьшения спазма скелетных мышц и компрессии ноцицептивных проводников, стимулирования дифференцировки и созревания фибробластов, формирования структурно-упорядоченных рубцов. Эти факторы не применяли женщинам при сопутствующих заболеваниях органов малого таза и молочных желез, относящихся к группе риска по онкологии.

Для закрепления достигнутых результатов и профилактики обострений на амбулаторном этапе больным проводилось два-три курса реабилитации с использованием физических факторов, устраняющих или смягчающих дистрофические процессы и корригирующих локомоторную функцию.

Схема 1

Методика фонирования при скованности и болях в спине, являющихся проявлением остеохондроза (для аппаратов «Витафон» и «Витафон-Т»)

Область воздействия микровибрацией	Фонирование 1-3 раза в сутки			
	Режим	Начальное время	Темп увеличения времени фонирования	Конечное время фонирования
На область болезненности	Режим 1	5 мин.	Плюс 1 мин в день	10 мин.
Выше области болезненности на 5 см	Режим 1	5 мин.	Плюс 1 мин в день	10 мин.
*Область почек, точки «К»	Режим 2	10 мин.	Плюс 2 мин ежедн.	20-40 мин.

В нашем исследовании установлено, что после курса физиотерапии при лечении острых обострений поясничного остеохондроза наступила положительная динамика: исчез или уменьшился спазм мышц и рефлекторное напряжение, исчез болевой эффект, увеличилась работоспособность.

Заключение. Таким образом, не вызывает сомнения целесообразность использования физиотерапии на всех этапах реабилитации данного контингента больных. Физические факторы можно назначать на фоне применения индивидуально подобранной медикаментозной терапии, разгрузки пораженного сегмента в острый период и в дальнейшем - лечебной физкультуры, являющейся важным элементом реабилитации.

Литература:

1. Тарасова Е.И., Козловская Л.Е. Физиотерапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Медицинские новости. – 2007. - № 1. – С. 48-49.
2. Майох С. Физиотерапия: Пер. с пол. / Под ред. Вейсса М., Зембато А. - Москва. - 2006. - С. 226-234.
3. Ненашева Т.В. Гимнастика при болях в спине. Методические рекомендации. – Санкт-Петербург. - 2004. – С. 113-118.
4. Стрелис Л.П. Физиотерапия травм периферических нервов. – Томск. - 2001. – С. 54-55.
5. Рогожкин А.А. Анатомофизиологические предпосылки радикулопатии при грыже межпозвонкового диска // Вертеброневрология. - 2005. - № 2. - С. 76-78.

ТҮЙІН

К.Т. СЕМБАЕВА

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДАҒЫ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛ ОМЫРТҚА ОСТЕОХОНДРОЗЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУЫН БАҚЫЛАУ

«Наш доктор» медициналық орталығы, Ақтөбе қаласы

Мақала авторлары осы сырқатты науқастарға сауықтырудың барлық кезеңінде орынды физиотерапияны қолдануды зерттеді.

Негізгі сөздер: бел омыртқа остеохондрозы, зақымданған сегменттен босату, реабилитация.

SUMMARY

K.T. SEMBAYEVA

OBSERVATION OF NEUROLOGIC MANIFESTATIONS OF SPINE OSTEOCHONDROSIS IN THE OUPATIENT SETTING

Medical center «Our doctor», Aktobe city

The authors of the article investigated rational application of physiotherapy at all stages of rehabilitation of this contingent of patients.

Key words: spine osteochondrosis, unloading of damaged segment, rehabilitation.

А.Т. ИМЖАРОВ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕВОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛЕЙ АЛГИНСКОЙ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, медицинский центр, г. Ақтобе

Проведенные авторами скрининговые исследования большого контингента жителей биогеохимической провинции по бору позволили определить группу лиц с патологией мочевой системы для их дальнейшего оздоровления.

Ключевые слова: скрининг, биогеохимическая провинция, патология мочевой системы.

Актуальность. В настоящее время выделилась особая группа производств по получению соединений бора, представляющая собой специализированную ветвь основной химической промышленности. Значительного развития достигло производство соединений бора, важнейшего элемента технического прогресса XX столетия, применяемых более чем в 50-ти отраслях народного хозяйства: атомной и ракетной технике, в производстве высоко энергетического топлива, твердых и тугоплавких сплавов, качественных сталей, моющих средств и микроудобрений, катализаторов, полупроводниковых и абразивных материалов. Абразивный материал, карбид бора, находит широкое применение в различных отраслях промышленности: металлургической, металлообрабатывающей, электротехнической. Следовательно, необходимость изучения воздействия бора и его производных на организм человека связана со всевозрастающим поступлением его во внешнюю среду, наличием бора в значительных количествах в опресненной воде, существование борных биогеохимических провинций, в которых отмечено развитие специфических эндемических заболеваний.