

нарушениями равновесия, походки и непереносимость оптокинети-ческой стимуляции, ухудшением показателей СКУ под воздействием поворотов головы.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ МЕЛОКСИКАМА В ТРИГГЕРНЫЕ ЗОНЫ ПРИ СПОНДИЛОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ

Потатурко А.В., Широков В.А., Гончаренко И.М.

ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий» Роспотребнадзора, г. Екатеринбург

Боль в спине является второй по частоте причиной обращения к врачу после респираторных заболеваний и третьей по частоте причиной госпитализации (Алексеев В.В., 2013; Павленко С.С., 2010). Благодаря новым данным по нейрофизиологии болевого синдрома изменяются подходы в лечении спондилогенных болевых синдромов. В настоящее время значительный интерес представляет проблема лечения миофасциального болевого синдрома (Симонс Д.Г., 2005). Нами предпринята попытка изучения эффективности и безопасности воздействия на триггерные точки различных форм селективного ингибитора ЦОГ-2 мелоксикама (мовалис и амелотекс).

Материал и методы. С целью изучения эффективности различных лечебных комплексов проведено рандомизированное контролируемое клиническое исследование. Обследованные 84 пациента распределялись по четырем группам с помощью генератора случайных чисел, при этом в группах не отмечалось существенных различий по профессиональному составу, возрасту, сопутствующей патологии, которые могли влиять на исход заболевания. Для оценки эффективности использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ), опросник МакГилла. Обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ БИОСТАТ общепринятыми методами вариационной статистики.

Результаты. Безопасность введения мелоксикама подтверждается тем, что во всех четырех группах как при введении в триггерные зоны, так и внутримышечно не было отмечено местных нежелательных явлений. Анализ динамики креатинфосфокиназы показал, что повышение её количества после блокад было в пределах нормы. Количество больных с диспепсическими расстройствами и кратковременным повышением артериального давления были сопоставимы в группах. Оценка эффективности лечения по ВАШ и опроснику МакГилла показала достоверно более выраженное уменьшение интенсивности болевого синдрома с первого дня лечения при введении мелоксикама в триггерные точки, по сравнению с внутримышечным введением. Максимальный анальгетический эффект отмечался после третьего дня лечения.

Выводы. Введение мелоксикама в триггерные зоны при спондилогенных болевых синдромах является высокоэффективным и безопасным методом лечения и может быть рекомендовано для использования в практическом здравоохранении. Достоверных различий в эффективности и безопасности предложенных форм мелоксикама (мовалис и амелотекс) выявлено не было.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, АССОЦИИРОВАННОГО С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ – ИЗУЧЕНИЕ ТРУДНОСТЕЙ И ОШИБОК В ЛЕЧЕНИИ

Пустоханова Л.В., Лузина А.В.

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия
им. академика Е.А. Вагнера», г. Пермь*

В практике невролога-вертебролога встречаются случаи стойких болевых синдромов, резистентных к стандартным методам лечения. Как правило, это скелетно-мышечные и вертеброгенные синдромы без признаков вовлечения нервных корешков (мышечно-тонические и миофасциальные болевые синдромы), а также ограничение подвижности суставов и фибромиалгия. Болевой синдром сопровождается выраженными проявлениями вегетативной дисфункции, астенией и