

Фармгруппы	Предлагаемый перечень препаратов для лечения больных при нейропсихореабилитации
1. Активаторы биоэнергетического метаболизма	Рибоксин (таб., амп.), АТФ (амп.), фосфаден (д/ин.)
2. Ноотропы	Пирацетам (таб.), ноотропиал (капс., д/ин.), пикамилон (таб.), фезам (таб.)
3. Неспецифические стимуляторы метаболизма	Витамин В (амп.), ККБ (амп.)
4. Аминокислоты	Глутаминовая к-та (таб.), церебролизин (амп.)
5. Антихолинэстеразные препараты	Прозерин (д/ин.), калимин (таб.)
6. Антиоксиданты	Аскорбиновая к-та (таб., амп.), аевит (капс., амп.)
7. Антигипоксанты	Натрия оксibuтират (амп.), фенобарбитал (таб.), дифенин (таб.)
8. Ингибиторы протеолитических ферментов	Контрикал (амп.), гордокс (амп.)
9. Вазоактивные препараты: улучшающие мозговое кровообращение	Циннаризин (таб.), кавинтон (таб.), фезам (таб.), сермион (амп., таб.), ницелин (амп.)
спазмолитики	Дибазол (д/ин.), папаверин (д/ин.), аминофиллин (д/ин.), но шпа (таб.)
антагонисты кальция	Коринфар (таб.), кордияпин (таб.), фаридон (таб.)
венотонизирующие	Троксевазин (капс., желе)
10. Стимуляторы регенеративных процессов	Метилурацил (таб.), пентоксил (таб.)
11. Препараты для понижения мышечного тонуса	Натрия оксibuтират (амп.), реланиум (д/ин.) и др., эглонил (таб.), нозепам (таб.), мезапам (таб.), рудотель (таб.), баклофен (таб.)

Фармгруппы	Предлагаемый перечень препаратов для лечения больных при нейропсихореабилитации
12. Липополисахариды	Пирогенал (амп.)
13. Иммунодепрессанты	Гидрокортизон (д/ин.), дексазон (амп.), дексаметазон (амп.), преднизолон (таб., амп.), трикорт (таб.)
14. НПВС	Диклофенак (таб., амп., свечи), пироксикам (таб.), фелоран (амп., таб.)

Таким образом, ГП «Татарстанфармация», располагая всеми маркетинговыми данными, имея лицензию на ввоз отечественных и импортных препаратов, гарантируя высокое качествокупаемых препаратов, может полностью удовлетворить потребность здравоохранения Республики Татарстан во многих лекарственных препаратах при условии бесперебойного и достаточного финансирования лечебно-профилактических учреждений здравоохранения. Кроме того, остается еще одно препятствие: на федеральном уровне необходимо решить вопрос о развитии законодательной базы производства и реализации лекарственных средств и о финансировании из федерального бюджета закупки таких социально значимых групп препаратов, как психотропные, транквилизаторы и др.

Р.С.САФИУЛЛИН,
Н.Т.ГАЗИЗОВА
(Казань)

УДК 616.711-018.3-002

БОЛЬ В СПИНЕ: ЭВОЛЮЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Существующие представления об обязательном сопровождении дегенеративно-дистрофических изменений позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) клиническими синдромами поражения в настоящее время считаются ошибочными. Саногенетические реакции целостного организма в ответ на изменение нагрузки на отдельный ПДС

вызывают первоначальные функциональные и последующие структурные изменения. Следует иметь в виду, что первоначальные функциональные изменения в деятельности отдельного сегмента выступают как локальные, видимые изменения в деятельности целостной цепи, какой является позвоночник. Очевидно, что патологическая интеграция

этих изменений осуществляется нервной системой, где роль измененной деятельности одного ПДС может быть представлена в виде генератора патологической детерминантной системы по Г.Н.Крыжановскому. Как известно, этот генератор способен навязывать свою патологическую активность целой функциональной системе, меняя ее основные свойства.

Дальнейшее увеличение нагрузки на ПДС в условиях биомеханических дефектов, аномалий, экзогенных отягощающих факторов способно изменить качество саногенетических реакций. Возникающая дисфункция ПДС является основой дальнейшей структурной перестройки. Патологически измененная структура ПДС, естественно, усугубляет функциональные нарушения, вызывая изменение координационных стереотипов, нарушение трофики, гемодинамики, иммунных реакций и пр. Дальнейшее развитие этих процессов сопровождается нарастанием структурных перестроек, что в итоге заканчивается выключением ПДС из движения.

В наиболее общем виде основные этапы функционально-структурной перестройки ПДС можно представить в виде следующего алгоритма: 1. *Гиперфункция ПДС*, проявляющаяся выраженной активностью саногенетических реакций, — гипертрофия мышц ПДС, изменение их координационных отношений, повышение или понижение порога возбудимости, лабильности, смена режима работы нейротрофического обеспечения и пр. 2. *Дисфункция ПДС*, возникающая при недостаточности мер физиологической (саногенетической) защиты, — перегрузки отдельных мышечных групп ПДС, функциональные блокады, триггерные феномены различного происхождения, появление патологических двигательных стереотипов. 3. *Дистрофия ПДС* (остеохондроз диска, артроз, спондилоз, ос-

теопороз) имеет две разновидности: а) *осложненная* — грыжеобразование с компрессионными поражениями различных структур нервной системы; рефлекторные синдромы остеохондроза позвоночника; б) *неосложненная* — фиброз и высыхание диска. 4. *Консолидация ПДС* — завершение функционально-структурной перестройки ПДС с выключением его из движения (ортопедическая компенсация) и с неизбежным увеличением нагрузки на соседние сегменты. В соседних ПДС могут начаться процессы по описанному алгоритму.

Естественно, реабилитационные мероприятия каждого этапа должны соответствовать основным механизмам развития патологического процесса. С учетом этого на I этапе должны быть предусмотрены недифференцированные мероприятия, рассчитанные на гармонизацию функциональных нагрузок по всей кинематической цепи, основное направление которых — профилактика перехода изменений I этапа во II. II этап основывается на принципах предыдущего этапа, но предполагает уменьшение или устранение дисфункции отдельного ПДС. III этап включает в себя комплекс реабилитационных мероприятий с учетом клинических проявлений дистрофии ПДС. Основная цель этих мероприятий — компенсация нарушенных функций. IV этап строится по схеме I этапа с целью защиты поражения соседнего перегруженного, часто гипермобильного, сегмента позвоночника.

Г.А.ИВАНИЧЕВ
(Казань),
K.LEWIT
(Praha)

УДК 616.721-002.77-07-08

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ ТРИГГЕРНЫХ ПУНКТОВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ

В последние годы значительно увеличился научный и практический интерес к проблемам реабилитации больных с анкилозирующим спондилоартритом [1, 4]. В период развития болезни, когда появляется ригидность позвоночника и суставов, но еще не возникли анкилозы (стадии преанкилозов), в клинике преобладают болевые синдромы и мышечные спазмы, существенно ограничивающие подвижность грудной клетки и суставов, не имеющих органических изменений [6].

Целью нашей работы явилось изучение роли миофасциальных триггерных пунктов в

формировании мышечных контрактур и болевых синдромов этого патологического процесса.

В исследуемую группу вошли больные с установленным диагнозом, подтвержденным клиническими, рентгеновскими и лабораторными данными; в ходе исследования также изучалось состояние мышечной системы (наличие триггерных пунктов, трофика, болезненность, тонус) и оценивались объем движений и наличие функциональных блокад позвонковых и внепозвонковых суставов.

Под нашим наблюдением находились 19 больных в возрасте от 29 до 53 лет с