

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЭС-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Каде Е.А., Елисеева Л.Н.
Кубанский государственный
медицинский университет,
Краснодар

Ревматоидный артрит — хроническое аутоиммунное системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно-деструктивного прогрессирующего полиартрита. В основе патогенеза лежат генетически детерминированные аутоиммунные процессы, возникновению которых способствует дефицит супрессорных влияний на лимфоциты. Воздействие этиологического фактора вызывает развитие ответной иммунной реакции. Повреждение сустава начинается с воспаления синовиальной оболочки (синовиита), приобретающего затем пролиферативный характер (паннус) с повреждением хряща и костей. Развитие воспалительного процесса сопровождается выделением лизосомальных ферментов, цитокинов [интерлейкин-1, фактор некроза опухолей (ФНО- α), гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор, интерлейкин-6], медиаторов воспаления (гистамин, серотонин, кинины, простагландины, лейкотриены и др.). Некоторые из этих биологически активных веществ активируют хемокиноцепторы и вызывают боль. Существует множество препаратов для купирования боли при РА, главную роль среди которых играют нестероидные противовоспалительные средства. Однако, препараты, в том числе и НПВС, обладают рядом побочных реакций, самыми распространенными из которых являются стероидные язвы желудка и ДПК, агранулоцитоз. Кроме того, пациенты вынуждены принимать дополнительное количество таблеток, имеющих определенную стоимость. Поэтому целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения транскраниальной электростимуляции в комплексном лечении РА. Данный метод разработан в институте физиологии И. П. Павлова РАН группой ученых под руководством профессора В. П. Лебедева.

Транскраниальная электростимуляция (ТЭС-терапия) - это неинвазивное электрическое воздействие на структуры мозга, избирательно активирующее антиноцицептивную систему, деятельность которой реализуется главным образом с участием β -эндорфинов и серотонина.

Для проведения ТЭС-терапии используют аппараты "ГРАНСАИР". Один из электродов фиксируют над бровями на лбу, другой (сдвоенный) - на свободной от волос коже за ушами (на сосцевидных отростках черепа). Такое положение обеспечивает продольное протекание тока в мозге и наружных тканях головы.

ТЭС блокирует проведение болевых импульсов за счет снижения чувствительности кожных болевых рецепторов (достигается увеличением концентрации в крови β -эндорфина (эффект устраняется локальным введением блокатора опиоидных рецепторов – налоксона); блокадой выделения субстанции Р окончания-

ми первичных болевых афферентов в задних рогах спинного мозга при болевых раздражениях; блокадой проведения болевых импульсов на уровне релейных ядер продолговатого мозга и таламуса по пути к соматосенсорной коре.

Лечебные эффекты (анальгетический и антистрессорный, нормализация вегетативного статуса, иммунотропный и т.д.) ТЭС-терапии обладают следующими важнейшими особенностями:

1. имеют гомеостатический характер - нормализующее воздействие проявляется только в отношении нарушенных функций;

2. проявляются комплексно – при лечении основной патологии наблюдаются положительные воздействия на проявления сопутствующих нарушений;

3. проявляются системно – с одной стороны, при лечении разных видов патологии, имеющих однородные синдромы (например, боли или депрессия), с другой – при лечении разных нарушений, вызванных одним и тем же фактором.

В наше исследование включено 28 больных страдающих РА в течение 5-15 лет, преимущественно с 2-3 степенью активности, в основном женщин (22), с выраженным болевым синдромом (ВАШ 7-10). Диагноз РА верифицировался с учетом диагностических критериев АРА 1987 г. и классификации РА, утвержденной АРР 2004 г. Пациенты этой группы получали метатрексат, нестероидные противовоспалительные средства в сочетании с ТЭС-терапией (основная группа). Контрольную группу составили 10 человек той же давности заболевания и степени активности РА.

Оценку боли проводили по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Кроме того, регистрировали уровень СРБ, серомукоида, СОЭ, тревожность по шкале Спилбергера, а также оценивали состояние микроциркуляторного русла с использованием лазерной доплерофлоуметрии (ЛДФ) по стандартной методике. Оценивали значения показателя МЦ (ПМ), среднее квадратическое отклонение (СКО), коэффициент вариации (K_v), вазомоторную активность (ВА), активность эндотелия (ALF, $A\alpha/M$), пульсовые колебания (A CF), снижение ПМ в дыхательной (ДП%) и постуральной (ПП%) пробах, в окклюзионной пробе – резерв капиллярного кровотока (ОП РКК), время восстановления кровотока ($T \frac{1}{2}$ ОП), определяли тип МЦ и тип реакции МЦ русла.

Сеансы ТЭС-терапии проводились в положении больного лежа, первый сеанс был ознакомительным, длительностью 20 минут. С целью получения максимального эффекта проводили не менее 7-10 сеансов ТЭС-терапии, продолжительностью воздействия 30 минут.

Анализ полученных данных показал, что у больных РА, получавших ТЭС-терапию отмечалась более выраженная положительная динамика клинических и лабораторных проявлений заболевания.

Наблюдалось снижение СОЭ, уровня СРБ, серомукоида на 28%, 36,7% и 29,3% соответственно. Тогда как в контрольной группе данные показатели улучшились лишь на 16,6%, 13,7% и 12,2% соответственно.

Применение ТЭС-терапии позволило уменьшить

болевым синдромом на 52%, а в контрольной группе лишь на 28,7%. Тревожность по шкале Спилбергера составившая 58,6 балла, после ТЭС-терапии снизилась на 18%, в контрольной группе - на 7,5%.

Оценка состояния микроциркуляторного русла у больных РА, получавших ТЭС-терапию наряду с традиционным базисным лечением, позволила установить незначительное влияние данного метода на тонус прекапиллярных сфинктеров и артериол (снижение ОП РКК на 11%, увеличение ВА на 6% по сравнению с контрольной группой). Однако применение ТЭС-терапии позволило увеличить индекс эффективности МЦ (ИЭМ) на 38% по сравнению с контрольной группой, что говорит о возможности данного метода влиять на способность микрососудов изменять свой тонус.

Таким образом, применение ТЭС-терапии в комплексном лечении РА позволяет улучшить качество и эффективность обезболивания и противовоспалительной терапии, увеличить адекватность кровотока в периферическом отделе МЦ русла.

К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Магомедова С.А.

*Дагестанский государственный университет,
Махачкала*

На протяжении почти десяти лет благодаря демократическим преобразованиям в нашей стране, развитию социальной зрелости российского общества основным инструментом решения проблем инвалидности был Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации".

Существенные изменения произошли в понимании сущности инвалидности и критериях ее установления у больных граждан. Инвалидность стала трактоваться как "социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ОЖД и необходимости социальной защиты". Инвалидом, согласно этому же закону, является лицо, имеющее вышеобозначенное нарушение здоровья. В 1997 г. Совместно Министерствами труда и социального развития и здравоохранения РФ были приняты "Классификация и временные критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы", которые легли в основу оценки характера и степени нарушения функций и ОЖД больных, направляемых на МСЭ. В рамках экспертного освидетельствования граждан на учреждения службы МСЭ, наряду с определением группы и причины инвалидности, срока ее наступления и другими видами экспертизы, была возложена важная задача по определению потребности инвалидов в мерах социальной защиты, включая реабилитацию. Кроме экспертного освидетельствования, на учреждения МСЭ были возложены обязанности по осуществлению разработки индивидуальных программ реабилитации инвалидов, оказанию им содействия в реализации мер реабилитации, участию в разработке комплексных программ профилактики инвалидности,

медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов.

На данную службу были возложены обширные задачи по экспертному обслуживанию жителей и реализации политики государства в области социальной защиты инвалидов.

Успешность их решения, видимо, не вполне соответствовала ожидаемой, т. к. в 2004 году перед Правительством РФ была поставлена новая задача – создать систему медико-социальной экспертизы на федеральном уровне, передать полномочия по осуществлению МСЭ с уровня регионального, обеспечив для всех 2082 учреждений этого профиля по стране единые стандарты работы.

Таким образом, 22 августа 2004 года был принят не имеющий аналогов в российской законодательной деятельности Федеральный закон Российской Федерации от N 122-ФЗ О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации".

Рассматриваемым законом были внесены изменения в более чем 250 федеральных законов, регулирующих социальные гарантии и льготы, предоставляемые инвалидам. Еще никогда, пожалуй, социальные реформы не проводились столь стремительно и масштабно.

Основная цель нового документа – отразить те монументальные реформы, которые затеяло российское правительство, способствуя тем самым увеличению материального благосостояния российских граждан и обеспечению экономической безопасности государства.

Это, во-первых, замена натуральных льгот денежными компенсациями. И, во-вторых, реформа федеральных отношений и местного самоуправления, суть которой – разграничить полномочия между регионами и центром.

Фактически, если раньше главной задачей учреждений медико-социальной экспертизы было установление реабилитационно-экспертного диагноза с целью определения реабилитационного потенциала инвалида, установления группы инвалидности и разработки индивидуальной программы реабилитации, то сегодня главное в деятельности этих учреждений – определение степени утраты способности инвалида к трудовой деятельности. Размер пенсии инвалида теперь зависит не от группы инвалидности, а от степени утраты способности к трудовой деятельности.

Данный закон стал одним из наиболее обсуждаемых проектов Правительства РФ за последние годы. Тем более что реформы подобного рода всегда болезненно воспринимаются обществом. На фоне множества митингов, прошедших по всей стране рядом депутатов Государственной Думы и общественных деятелей было направлено обращение в адрес