МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГУ НИИ ОБЩЕЙ ПАТОЛОГИИ И ПАТОФИЗИОЛОГИИ РАМН
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ БОЛИ
ОБЩЕСТВЕННЫЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ СИБИРСКИЙ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ФОНД

РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

«ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ»

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

23–25 мая 2007 года

Новосибирск — 2007

УДК 616.8-009.7(061.3)
ББК 52.5я5
Х94

Под редакцией:
доктора медицинских наук, профессора,
академика РАМН *Н. Н. Яхно*
доктора медицинских наук, профессора *М. Л. Кукушкина*
доктора медицинских наук *С. С. Павленко*

Российская научно-практическая конференция «Хроничес-
Х94 кие болевые синдромы» : тезисы докладов. — Новосибирск : Сибмедиздат НГМУ, 2007. — 342 с.

В сборнике опубликованы материалы Российской научно-практической конференции «Хронические болевые синдромы», включающие 144 тезиса научных докладов. Работы участников конференции освещают важнейшие достижения в области физиологии, патофизиологии и психологии боли, результаты клинических исследований по современным методам диагностики и лечения острых и хронических болевых синдромов в различных областях медицины.

УДК 616.8-009.7(061.3)
ББК 52.5я5

© НГМУ

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОГЕННЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В УСЛОВИЯХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА (НА МОДЕЛИ НТН)

Архипов В. В.

ГКБ № 36, г. Москва, Россия

Невропатическая боль является одним из самых распространённых видов боли в неврологической практике и её купирование по важности стоит на втором месте после мер по спасению жизни. По данным ВОЗ до 40 % обращений к врачу составляют обращения по поводу болевых синдромов, которые являются основной причиной снижения качества жизни и временной нетрудоспособности.

Лечение пациентов с болевыми синдромами в условиях многопрофильной клиники определённо имеет ряд преимуществ, так как при стационарном лечении возможно осуществление комплексного обследования и лечения с привлечением широкого круга специалистов, воздействие на этиопатогенетические и психологические составляющие.

Основная часть представленных Вашему вниманию исследований выполнена на базе ГКБ № 36 — многопрофильного стационара, имеющего в своём составе неврологическое отделение и два отделения челюстно-лицевой хирургии, отделение психотерапии.

Для совершенствования методологических подходов к лечению и реабилитации пациентов с нейрогенными болевыми синдромами в качестве модели была выбрана НТН. Это обусловлено достаточно высокой распространенностью заболевания — 30–50 больных на 100 000 населения, яркостью клинической картины, спецификой стационара в котором выполнялась настоящая работа.

Исследование основывается на материалах исследования 138 больных с невралгией тройничного нерва с различными стадиями и клиническими вариантами течения заболевания.

Целью работы явилась совершенствование методологических подходов к лечению болевых синдромов в условиях неврологического стационара.

В ходе работы проводилась оценка эффективности традиционных и новых методик, основанных на применении высокотехнологичного обоснования. По результатам проведенного исследования, дано обоснование включения данных методов в комплекс лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в условиях неврологической клиники.

При комплексном лечении пациентов с НТН широко применялись немедикаментозные методы лечения: КВЧ-терапия, рефлексотерапия, плазмаферез. использовались традиционные (ВАШ, ЭЭГ, психологическое тестирование) и оригинальные методы объективизации пароксизмального болевого синдрома (новый метод основанный на измерении изменения элетропроводности кожи в точках кожной проекции мест выхода тройничного нерва при помощи ЛДК «Шарм», компьютеризированная система оценки выраженности пароксизмального болевого синдрома).

В работе предложены следующие критерии, для отбора больных с невропатическими болевыми синдромами для госпитализации в стационар:

1. Тяжёлое течение (обострение) хронического болевого синдрома характеризующееся выраженной астенизацией и снижением качества жизни с необходимостью психосоциальной реабилитации и подбора адекватной терапии.

2. Острые и хронические болевые синдромы, не поддающиеся курации в амбулаторных условиях, существенно снижающие качество жизни пациента, с необходимостью психокоррекции и выбора адекватной лечебно-диагностической концепции.

3. Острый болевой синдром, резко снижающий качество жизни пациента, нуждающийся в экстренном купировании, обследовании и подборе адекватных методов лечения.

При проведении комплексного лечения у больных с острой болью в работе применялась система психотерапевтического маниторинга по типу «лечение — результат» в рамках предложенных схем психосоциальной реабилитации. Совместно со специалистами отделения

психотерапии осуществлялось психологическое тестирование, подбор психофармакологических препаратов, проводились сеансы психотерапии.

Таким образом, в работе обобщены и усовершенствованы организационно — методологические подходы к вопросам лечения, реабилитации и динамического наблюдения за состоянием пациентов с обострением НТН на фоне проводимых лечебных мероприятий, предложены критерии для отбора больных с хроническими болевыми синдромами на стационарное лечение.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ БОЛЯХ В УСЛОВИЯХ КОМПАКТНОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ПРОЖИВАНИЯ ЭТНИЧЕСКИХ НАРОДОВ

Киселев Д. С., Колбаско А. В., Сарыглар Э. Д.,
Саяпин В. С., Хорошунов В. Н., Шмидт И. Р.
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, г. Новокузнецк, Россия

Введение. Широкое внедрение в практику новых, патогенетически обоснованных методов лечения боли и усовершенствование известных ранее методов привело к необходимости создания специализированной противоболевой помощи и определения потребности в ее объеме [С. С. Павленко, 1998–2002]. Большинство этих исследований касалось населения, проживающего в городах, в условиях относительно широкой доступности медицинских услуг. Целью нашего исследования было изучение возможностей специализации противоболевой помощи больным с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (НПОП) в условиях компактного проживания коренных народов на основе клинико-эпидемиологического исследования болевых феноменов у коренных жителей Республики Алтай и Республики Тыва.

Материалы и методы исследования. Клиническое, клинико-эпидемиологическое и клинико-рентгенологическое исследование частоты и полиморфизма феномена боли при НПОП проведено среди коренного населения юга Горного Алтая, проживающего в условиях горной местности с довольно суровым климатом. Было обследовано 387 человек (148 мужчин и 239 женщин) в возрасте от 5 до 74 лет в селах Балыктуюль, Шашикман и Кулада, отобранных методом случайной вы-

борки из числа всех жителей сел. Кроме того, были изучены особенности болевых проявлений у 300 больных с НПОП, обследованных в лечебных учреждениях города Кызыл Республики Тыва. Среди них 150 тывинцев (85 женщин и 65 мужчин) и 150 европеоидов (82 женщин и 68 мужчин), постоянно проживающих на территории Республики Тыва.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного исследования и осмысления его результатов мы пришли к заключению, что лечебно-реабилитационную помощь при вертебральных болях и профилактическую работу в условиях юга Горного Алтая необходимо оптимизировать при адекватном использовании имеющихся условий и использования опыта организации противоболевой службы в разных регионах Российской Федерации. Наиболее адекватной нам представляется структурно-функциональная модель противоболевой медицинской службы, разработанная на примере Новосибирска и рекомендованная к внедрению на территориальном уровне [С. С. Павленко, 2001].

Особенностью данной модели является интеграция в существующую систему здравоохранения, оказание противоболевой помощи неврологами первичной медицинской сети, организация альготерапевтических кабинетов различного типа на базе неврологического отделения многопрофильной клинической больницы. Создание такого кабинета вполне реально в условиях Республиканской больницы столицы Республики Тыва г. Кызыла. Что же касается условий Республики Алтай, оказание противоболевой помощи может быть оптимизировано с сохранением существующей структуры последовательной четырехэтапной территориальной медицинской помощи.

1 этап — первичная противоболевая медицинская помощь. Может осуществляться на уровне ФАП и сельских врачебных амбулаторий врачом общего профиля (в основном, терапевтом), реже — фельдшером. Состоит в сборе анамнеза, физикальном исследовании, общеклиническом лабораторном исследовании (если есть возможность), и заключается в определении заболевания или ведущих патогенетических звеньев, являющихся вероятной причиной болевого синдрома, с последующим развертыванием комплекса соответствующих лечебных мероприятий. При отсутствии эффекта от лечения в течение месяца, при невозможности оказания адекватной лечебной помощи на данном этапе, или при неясном диагнозе пациент должен направляться на следующий этап медицинской помощи.

Второй этап оказания противоболевой помощи в условиях республики Алтай может быть разделена на два уровня: 2а и 2б.

2а этап — квалифицированная медицинская помощь. Заключается в консультативно-лечебной противоболевой помощи. Может состоять в создании кабинета противоболевой терапии при ЦРБ. Основная задача заключается в оказании медицинской помощи больным с длительностью болевого синдрома не более 1–3-х месяцев. В кабинете должен быть врач невролог, получивший соответствующую подготовку по диагностике и лечению болевых синдромов. Его лечебно-диагностическая деятельность может включать диагностику заболеваний, обусловливающих болевой синдром, проведение ряда лечебных мероприятий (различные виды блокад), фармакотерапию боли, взаимодействие с другими специалистами (хирург, терапевт, анестезиолог), консультацию больных по направлениям от других специалистов, отбор больных для направления республиканский противоболевой центр.

2б этап — высоко квалифицированная и специализированная медицинская помощь. Может оказываться на уровне консультативной поликлиники и многопрофильной клинической больницы, расположенных в Республиканском Центре, и состоит в создании специализированных альгологического и альготерапевтического кабинетов. Прием должен проводиться врачами-неврологами, имеющими опыт работы в неврологическом отделении и прошедшими соответствующую специализацию. Основная цель специализированного альгологического приема в консультативной поликлинике заключается в оказании помощи пациентам с длительностью болевого синдрома более 3 месяцев. Основной задачей специализированного альготерапевтического кабинета или отделения является дифференцированный подход к лечению болей, разработка индивидуальных программ лечения, наблюдение за пациентом в динамике, использование методов психологической коррекции и традиционной медицины (мануальной терапии, иглорефлексотерапии, массажа), рекомендации по организации труда и отдыха.

Организация 3-го этапа — высокоспециализированной противоболевой медицинской помощи — в условиях Республиканской многопрофильной клинической больницы затруднительна, в связи с чем необходимо использовать возможности крупных противоболевых центров региона (например, в Барнауле, Новокузнецке или Новосибирске).

4-й этап — диспансерный. Может заключаться в наблюдении пациентов терапевтом или фельдшером на уровне фельдшерско-акушерских пунктов после получения помощи на предыдущих этапах, с соблюдением полученных лечебных рекомендаций и периодическим проведением реабилитационных мероприятий.

Одной из задач противоболевой помощи, помимо непосредственно лечения вертебральных болевых синдромов, является профилактика их развития и предупреждение повторных обострений. Данная задача может осуществляться на любом из перечисленных этапов оказания противоболевой помощи и заключается в диспансерном наблюдении за пациентами. Важным моментом в реализации этой задачи является выявление факторов риска появления болей и формирование на их основе среди населения групп диспансерного наблюдения.

Заключение. Предложенный нами вариант модели организации противоболевой помощи при вертебральных болях применим также к болевым синдромам других локализаций. Внедрение данной модели противоболевой медицинской службы целесообразно не только в регионах компактного проживания отдельных этнических групп, но и в сельских районах, имеющих достаточную удаленность от крупных городских центров. В условиях же городских центров независимо от этнической принадлежности обслуживаемого населения целесообразно создание специализированных кабинетов или отделений для оказания высоко специализированной помощи больным с хронической болью любого происхождения.

МЕДИЦИНСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В РОССИИ

Осипова Н. А.

МНИОИ им. П. А. Герцена Росздрава, г. Москва, Россия

Цель: установить причины неудовлетворительного состояния лекарственной терапии хронических болевых синдромов (ХБС), широко распространенных в разных облостях медицины и наметить пути улучшения ситуации.

Методы: 1. Научные анализ результатов клинического исследования эффективности и безопасности всех основных представителей анальгетических средств (АС): опиоидных (препараты трамадола, просидол, препараты морфина, фентанил трансдермальный, бупренорфин трансдермальный и сублингвальный) неопиоидных (разные НПВП, парацетамол, метамизол) и комбинированных (трамадол/парацетамол, кодеин/парацетамол) у более 12500 пациентов с онколо-

гическими и неонкологическими ХБС; 2. Изучение состояния помощи пациентам с ХБС в России и в мире при взаимодействии с Минздравсоцразвития РФ, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Федеральной службой контроля за оборотом наркотиков (ФСКН), Советом по боли, Российской медицинской ассоциацией, Общероссийским общественным движением «Медицина за качество жизни», российскими фармацевтическими предприятиями.

Результаты: важнейшими критериями при выборе АС для терапии ХБС являются: характер вызвавшего ХБС заболевания (онкологическое или неонкологическое) и интенсивность боли. При онкологических ХБС, отличающихся прогрессирующим течением, особой тяжестью и имеющих место у больных с ограниченным сроком жизни, основой терапии являются опиоидные АС, способные купировать боль от умеренной до самой сильной. Эта стратегия принята ВОЗ и должна соблюдаться во всех странах мира. В отношении неонкологических ХБС такая тактика официально пока не провозглашена, однако при ХБС высокой интенсивности в неврологии, ревматологии, травматологии и др. во многих странах все шире прибегают к назначению опиоидных АС при неэффективности неопиоидной терапии или связанных с ней осложнениях, что позволяет улучшить качество жизни этих пациентов и вернуть их к социально полезной деятельности. В России, несмотря на наличие необходимого перечня современных опиоидных АС в неинвазивных (оральных, трансдермальных) формах, большинство пациентов с ХБС, не купируемыми неопиоидными АС, не имеют возможности получить опиоидный анальгетик и страдают от боли. Это относится даже к инкурабельным онкологическим больным. Анализ ситуации показывает, что законодательная база, предусматривающая право пациента на облегчение боли (Федеральный закон РФ об охране здоровья граждан), система назначения, выписывания и отпуска физическим лицам сильнодействующего или наркотического средства (Приказы Минздрава РФ №№ 328, 330, 397), в нашей стране есть, тем не менее доступность опиоидных анальгетиков для нуждающихся в них пациентов резко ограничена. Основным тормозом являются врачи: как специалисты — онкологи, обязанные назначить конкретный опиоид, так и участковые врачи, обязанные выписать этот опиоид на соответствующем рецептурном бланке (для сильнодействующего или наркотического АС) с соблюдением установленных правил. Этого в большинстве случаев не происходит из-за

отсутствия у врачей необходимых знаний о наркотических и других контролируемых АС, правилах работы с ними. Наука о боли и обезболивании не входит в программу преподавания Российских высших медицинских учебных заведений, а последипломная подготовка практикующих врачей не предусматривает их лицензирование на право деятельности, связанной с оборотом наркотических АС. В результате врачи воздерживаются от назначения и выписывания АС из-за боязни ответственности за возможные упущения в существующей строгой системе контроля за медицинским оборотом наркотиков. Необходима ликвидация этого пробела в знаниях наших врачей. Для радикального решения проблемы следует включить в программу медицинского образования науку о боли и обезболивании, имеющую отношение ко всем без исключения медицинским специальностям. Без этого не может быть сформирован полноценный врач. На это потребуются годы. А для того, чтобы в короткие сроки реально улучшить доступность опиоидных АС для сотен тысяч онкологических больных России, совместными усилиями консультативно-методического центра лицензирования при Росздравнадзоре, Минздравсоцразвития РФ, ФСКН и ведущих специалистов по лечению хронической раковой боли разработана и вводится в действие программа циклов тематического усовершенствования «Организация деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» для организаторов здравоохранения, руководителей учереждений, деятельность которых связана с оборотом контролируемых АС, практических врачей, среднего медицинского персонала, провизоров, фармацевтов, специалистов научных медицинских учреждений.

Заключение. На современном этапе первостепенной задачей на пути правильной организации лекарственной помощи онкологическим и другим больным, страдающим от сильной хронической боли, является подготовка и сертификация на специальных циклах усовершенствования по опиоидной терапии и правилам работы с опиодными анальгетиками всех поименованных выше участников легального (медицинского) оборота этих контролируемых лекарств. Недельные циклы такой подготовки действуют на базе ФГУ «консультативно-методический центр лицензирования» Росздравнадзора. Не прошедшие такую специальную подготовку руководители медицинских и аптечных учереждений, обязанных осуществлять деятельность, связанную с оборотом наркотических и других контролирумых лекарственных средств, могут привлекаться к ответственности за нарушение прав па-

циентов. Более глобальные задачи (финансирование лекарственного обеспечения противоболевой терапии, оптимизация системы доступа пациентов к опиоидным анальгетикам, развитие в России собственного высокотехнологичного производства современных опиоидных анальгетиков для длительной терапии хронических болевых синдромов требуют решения на государственном уровне.

СРАВНЕНИЕ КАЧЕСТВЕННОЙ И КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИК ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БОЛИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА И РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

Сарыглар Э. Д., Шмидт И. Р.,
Саяпин В. С., Киселев Д. С.
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, г. Новокузнецк, Россия

Введение. Актуальность проблем хронической боли объясняется их высокой частотой и значимостью в клинике подавляющего большинства заболеваний. К числу факторов, влияющих на полиморфизм болевых проявлений, относятся этнические особенности, изучение которых способствует совершенствованию медицинской помощи коренному населению соответствующего региона.

Целью исследования было проведение сравнительной характеристики особенностей вертебральной боли у этнических тывинцев и европеоидов, постоянно живущих в Республике Тыва в сравнении с аналогичными феноменами у этнических алтайцев.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели был проведен анализ двух массивов наблюдений за больными с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (НПОП): 1) 300 больных обследовано в лечебных учреждениях города Кызыл Республики Тыва (150 тывинцев — 85 женщин и 65 мужчин; и 150 европеоидов — 82 женщин и 68 мужчин, постоянно проживающих на территории Республики Тыва; 2) 285 алтайцев из субэтносов теленгиты и Алтай-кижи (69 мужчин, 216 женщин) — жители восьми сел Республики Алтай. Методы исследования — неврологический, вертеброневрологический, клинико-рентгенологический и мануальное тестирование. Для выявления качественных аспектов болевых синдромов применялась сокращенная форма Мак-Гилловского болевого опросника. Использовалось 19 слов-дескрипторов трех классов (сен-

сорные, аффективные и смешанные), по одному из каждого подкласса. Пациенту предлагалось выбрать одно или несколько слов, описывающих его болевые ощущения. Оценивалось количество выбранных дескрипторов, а также их принадлежность к тому или иному описательному классу. Также отмечались качественные особенности болевой чувствительности в виде парестезий в области болевых ощущений. Количественная оценка болевых синдромов проводилась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), на одном конце которой «отсутствие боли», выраженная «нестерпимая боль» — на другом. Интенсивность боли оценивалась в баллах по 10-балльной системе, соответственно длине отрезка в см от начального конца до отметки.

Результаты и их обсуждение. Шейный остеохондроз выявлен у 48,0 ± 4,99 % тывинцев, 26,0 ± 4,38 % — европеоидов, живущих в Тыве, и 46,3 ± 2,95 % алтайцев. Поясничный остеохондроз — у 52,0 ± ± 4,99 тывинцев, 74,0 ± 4,38 % — европеоидов и у 53,7 ± 2,95 алтайцев. Другими словами, частота шейного остеохондроза в обследованных выборках была достоверно больше у монголоидов в сравнении с европеоидами ($P < 0,05$), тогда как поясничный остеохондроз у европеоидов наблюдался чаще, чем у монголоидов ($P < 0,05$).

Качественная характеристика боли включала вербальное описание болевых ощущений с использованием сокращенного Мак-Гилловского опросника, а также оценку количества используемых дескрипторов и их принадлежность к тому или иному классу. И тывинцы и европеоиды для качественной характеристики боли наиболее часто употребляли дескриптор сенсорного класса — «ноющая» (86 ± 2,83 и 74 ± 3,58 %; $P < 0,05$). Треть пациентов одинаково часто в обеих группах обозначала боль как «давящую» (36,7 ± 3,94 и 32 ± 3,81 %, $P > 0,05$). Дескриптор «колющая» использовали 30,7 ± 3,77 % тывинцев и лишь 14 ± 2,83 % европеоидов, $P < 0,05$. Дескриптор «тянущая», относящийся к смешанному сенсорно-аффективному классу, напротив чаще использовали европеоиды (30,7 ± 3,77 %), чем тывинцы (20,7 ± ± 3,31 %), $P < 0,05$. 22,7 ± 3,42 % тывинцев и 20,7 ± 3,31 % европеоидов обозначили боль как «мучительную», $P > 0,05$. Дескрипторы аффективного класса употреблялись редко. Ни разу боль у обследованных из обеих групп не обозначалась, как устрашающая, наказывающая, ослепляющая. Дескрипторы «колющая», «режущая», «ноющая», «раскалывающая» употреблялись тывинцами чаще, чем европеоидами, а дескрипторы «выматывающая», «тянущая» чаще употреблялись европеоидами.

При анализе качественных характеристик у алтайцев, среди которых были представители двух субэтносов — алтай-кижи и теленгиты, оказалось, что наиболее часто употреблялись такие слова, как «ноющая», «давящая», «колющая», принадлежащие к сенсорному классу (пп. 1–10). Заметно реже применялся дескриптор «тянущая», относящийся к смешанному сенсорно-аффективному классу ($P_t < 0,01$). Примечательно, что «ноющая» боль в шее достоверно чаще встречалась у алтай-кижи, чем у теленгитов. Дескрипторы аффективного класса практически не употреблялись. 82,2 ± 3,7 % обследованных обоих алтайских субэтносов в большинстве случаев использовали для описания боли в шее только один дескриптор. Употребление трех и более описательных слов достоверно чаще встречалось у теленгитов. Парестезии при болях в шее у алтайцев наблюдались в 29,0 ± ± 4,39 % случаев без достоверных различий между субэтносами.

Количественная характеристика боли заключалась в оценке ее интенсивности по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). В выборке жителей Тывы средняя интенсивность боли и в шее и в пояснице по ВАШ оценивалась как сильная и составила 7,71 ± 2,18 (M (s) ± m) балла у европеоидов и 6,61 ± 2,03 (M (s) ± m) балла в группе тывинцев, статистически не различаясь в исследуемых группах ($P > 0,05$). Что касается алтайцев, то они чаще оценивали интенсивность боли в шее равной 4–5 баллам. Примечательно, что у теленгитов по сравнению с алтай-кижи наиболее интенсивные боли в шее встречались чаще ($P_t < 0,05$). Однако средняя интенсивность боли в шее у представителей субэтносов не различалась, составляя 5,6 ± 0,30 балла у теленгитов и 5,0 ± 0,24 балла в этносе алтай-кижи ($P > 0,05$).

Анализ боли в поясничном отделе проводился с анализом тех же характеристик, что и при анализе шейных болей. В обоих этносах при описании боли в пояснице использовались, в основном, дескрипторы сенсорных характеристик боли (пп. 1–10) — в 88,4 ± 2,8 % случаев. Среди дескрипторов этой группы наиболее часто употреблялось слово «ноющая» ($P_t < 0,01$). Реже боль описывалась как «колющая» и «давящая». В большинстве случаев боли описывались одним словом, без различий между этносами. Парестезии в зоне болевых ощущений возникали с частотой 23,4 ± 5,3 % у теленгитов и 16,9 ± 4,6 % в этносе алтай-кижи ($P_t > 0,05$). Средняя интенсивность боли в пояснице составила 5,8 ± 0,24 балла у теленгитов и 5,3 ± 0,21 балла в этносе алтай-кижи ($P > 0,05$). То же касалось и степени клинических проявлений при обострении поясничной боли, составившей соответствен-

но в этносах 2,8 ± 0,10 степени и 2,7 ± 0,09 степени. Из приведенных данных видно, что наиболее часто интенсивность этой боли во время обострения составляла 5 баллов в обоих этносах алтайцев.

Заключение. Подводя итог анализу характеристик боли у пациентов с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника у жителей Республик Тыва и коренных жителей юга Горного Алтая, можно отметить, что качественная характеристика отличалась использованием одного, редко двух-трех дескрипторов для описания боли. Выраженность боли не превышала средней степени у алтайцев, но была более выраженной у жителей Тывы. При сравнении с собственным опытом и литературными материалами относительно изучавшихся характеристик у представителей славянских этносов (русские, украинцы, белорусы) отмечены существенные различия. У славян боли были более выраженными. Кроме того, для описания болевых ощущений они используют большое число дескрипторов (до 8–10-ти). Этот факт не может быть объяснен языковым барьером, так обследованные тывинцы и алтайцы в совершенстве владеют русским языком.

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ Г. МОСКВЫ

Эрдес Ш. Ф., Дубинина Т. В., Галушко Е. А.

ГУ Институт ревматологии РАМН, г. Москва, Россия

Цель: изучить частоту и характер боли в нижней части спины (БНС) среди амбулаторных пациентов г. Москвы.

Материалы и методы. В течение одного месяца, с помощью разработанной в ГУ Институте ревматологии РАМН анкеты, было опрошено 1300 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет, активно обратившихся за помощью в поликлинику. Среди них 42,2 % мужчины (средний возраст 33,4 ± 11,4 лет) и 57,8 % — женщины (средний возраст — 39,5 ± 9,7 лет). Анкетирование больных проводили терапевты, неврологи, ревматолог и хирурги. Анкета заполнялась на всех первичных пациентов вне зависимости от жалоб, с которыми они обратились на прием. Интенсивность боли определялась самим пациентом по шкале боли Ликерта.

Результаты. Из 1300 пациентов 324 чел (24,9 %) обратились к врачу в связи с БНС. Среди них мужчин было 140 чел. (средний возраст

35,1 ± 11,5 лет), а женщин — 184 чел. (средний возраст 42,4 ± 8,1 лет). Из этих 324 пациентов у 49,4 % боль была острой, у 17,9 % — подострой и у 5,5 % — хронической. У остальных 27,2 % пациентов в день обращения БНС не было, но они предъявляли жалобы на эту боль в течение последнего месяца. В большинстве случаев интенсивность боли за последний месяц характеризовалась как умеренная (62,7 %) и сильная (24,4 %), на слабую и нестерпимую боль жаловалось небольшое число пациентов. Эпизоды БНС в течение последнего года испытывали 52,9 % (688 чел.) от всех опрошенных и 89,5 % (290 чел.) среди пациентов с БНС. У мужчин наблюдались два пика обращаемости в связи с болью в спине — в возрасте 18–22 и 42–50 лет, а у женщин — частота обращаемости практически плавно нарастала до 40 летнего возраста, с последующим резким подъемом. Оценка выраженности боли у мужчин и женщин была одинаковой. 61,4 % мужчин и 63,5 % женщин с БНС оценивали свою боль как умеренную, 27,6 % и 22,3 % соответственно как сильную.

Из 688 пациентов с болями в спине 356 (51,7 %) отмечали в течение последнего года снижение трудоспособности из-за боли в спине. Среди них 94 чел. (26,4 %) оформляли больничный лист, а 262 чел. (73,6 %) несмотря на нарушение трудоспособности, больничный лист не брали. Пациенты, обратившиеся именно по поводу БНС в 22,8 % случаев получали из-за боли в спине больничный лист, 48,5 % несмотря на нарушение трудоспособности больничный лист не брали. У остальных 28,7 % трудоспособность не нарушалась. Среди мужчин с БНС трудоспособность нарушалась в 65 % случаев и в 27 % случаев они брали больничный лист. У женщин с БНС нарушение трудоспособности наблюдалось несколько чаще, чем у мужчин — в 76 % случаев, однако они брали больничный лист только в 19,6 % случаев.

Выводы. Частота БНС среди амбулаторных больных трудоспособного возраста в г. Москве составляет 24,9 %. Эпизоды БНС в течение последнего года испытывали 52,9 % пациентов. Нарушение трудоспособности отмечают 71,3 % пациентов с БНС. Характер и частота БНС среди мужчин и женщин была одинаковый.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Яковлев Н. А., Рубина С. С.,
Восколович И. А., Шустова О. В.
ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», г. Тверь, Россия

Головные боли напряжения (ГБН) являются наиболее распространенным видом первичной головной боли. По данным эпидемиологических исследований, частота ГБН в разных странах варьирует от 32 до 70 %, при этом пик распространенности ГБН в большинстве стран приходится на лиц трудоспособного возраста (Pfaffenrat V. et al., 1992; Колосова О. А., Вейн А. М., 1997; Алексеев В. В., 2001; Рыбак В. А., 2006). В европейской популяции (Дания) распространенность эпизодической ГБН составила 63 % (56 % у мужчин и 71 % у женщин), а хронической ГБН — только 3 % (2 % у мужчин и 5 % у женщин). На юге России (Ростов-на-Дону) по состоянию на 2004 г. частота эпизодической ГБН оказалась сопоставима с европейскими данными, тогда как представленность хронической ГБН составила 16,6 %, что в несколько раз выше показателей европейских стран (Филатова Е. Г., 2006). Работы, посвященные анализу распространенности ГБН среди пожилых лиц, немногочисленны. По данным некоторых зарубежных исследователей (Solomon S. et al., 1992), в возрастной популяции 65 лет и старше представленность ГБН составляет 27 %. В единичных исследованиях, проведенных в России с использованием диагностических критериев 1-го издания Международной классификации головных болей (МКГБ-1), отмечен высокий (61,4 %) удельный вес ГБН в общей структуре головных болей у лиц пожилого возраста (Яковлев Н. А. и соавт., 2000). Однако в целом распространенность ГБН среди пожилых лиц в России остается мало изученной.

Цель настоящей работы — уточнение распространенности ГБН в популяции пожилых лиц одного из центральных регионов России (Тверская область). Пожилым считали возраст, определенный в докладе экспертов ВОЗ (1979) и принятый в нашей стране — период от 55–60 до 75 лет (Денисов И. Н. и соавт., 2002; Ошкурков С. В., Чуднов В. П., 2006).

Методы. Проведено скрининговое обследование 450 человек — 188 мужчин и 262 женщин в возрасте от 55 лет (женщины) или 60 лет (мужчины) до 73 лет. В работе использовали методику стандартного трансверзального исследования, позволяющего устанавливать

распространенность в популяции какого-либо заболевания или патологического признака (Королев В. С., 1997). Для выявления ГБН использовали стандартную анкету и диагностические критерии, представленные в Международной классификации головных болей, второе издание (МКГБ-2 под редакцией Питера Годсби) (Осипова В. В., Вознесенская Т. Г., 2003). С целью исключения вторичных головных болей у обследованных пожилых лиц дополнительно изучали данные анамнеза, физикального и неврологического осмотра, а также имеющиеся в амбулаторных картах и выписках результаты предшествующих соматоневрологического и лабораторно-инструментального обследований (включая КТ/МРТ головы). При обработке анкет обследованных лиц с жалобами на головную боль характеристики ГБ сопоставляли с диагностическими критериями ГБН, приведенными в МКГБ-2. Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica, версия 6,0 (StatSoft, 2003).

Результаты. Головные боли, удовлетворяющие критериям ГБН по МКГБ-2, выявлены у 194 из 450 (43,1 %) обследованных пожилых лиц, в том числе у 72 мужчин (37,3 %) и у 122 (52,5 %) женщин. При этом эпизодическая форма ГБН диагностирована у 105 (23,3 %) из 450 обследованных пожилых лиц, хроническая — у 77(17,1 %), возможная ГБН — у 12 (2,7 %).

Представленность частой эпизодической ГБН (болевые эпизоды, повторяющиеся с частотой более 1 дня, но менее 15 дней в месяц или > 12 дней и < 180 дней в год) составила у обследованных пожилых лиц 14,2 %, а нечастой (редкой) эпизодической ГБН с болевыми приступами частотой менее 1 дня в месяц (< 12 дней в год) — 9,1 %. Хроническая головная боль напряжения, которая характеризовалась повторяющимися на протяжении более 6 месяцев эпизодами ГБ продолжительностью от нескольких минут до нескольких суток с частотой более 15 дней в месяц (> 180 дней в год), оказалась частым вариантом ГБН (17,1 %) среди обследованных пожилых лиц.

Установлено преобладание головных болей напряжения у пожилых женщин (47,5 %) по сравнению с мужчинами (37,3 %), при этом наибольшие половые различия установлены в частоте хронической формы ГБН (19,8 % у женщин и 10,1 % у мужчин). В качестве наиболее заметной особенности ГБН у пожилых отмечены напряжение и болезненность перикраниальных мышц, нарастающие по мере увеличения частоты, интенсивности и продолжительности болевых эпизодов.

Заключение. Выявлена достаточно высокая (43,1 %) представленность головных болей напряжения в обследованной по критериям МКГБ-2 популяции пожилых лиц одного из центральных регионов России. Частота встречаемости ГБН у пожилых женщин (52,5 %) превышала аналогичный показатель у мужчин ((37,3 %). Из всех форм головной боли напряжения у пожилых лиц обоего пола доминировали частая эпизодическая и хроническая ГБН. Хроническая ГБН существенно чаще регистрировалась у пожилых женщин. Полученные данные подтверждают, что ГБН является наиболее часто встречающимся типом головной боли не только в трудоспособном (зрелом), но и в пожилом возрасте. Высокий уровень распространенности ГБН у пожилых лиц обосновывает целесообразность изучения факторов риска формирования данного типа головной боли в позднем возрастном периоде.

РОЛЬ ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕЧСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ НАПРЯЖЕНИЯ

Алексеев В. В., Скоробогатых К. В.
Кафедра нервных болезней ММА им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

Современная классификация головных болей (ГБ) в рубрике вторичных ГБ сосудистого генеза подразумевает в основном проблемы артериального церебрального кровообращения и практически игнорирует значение венозного, кроме ситуации острого венозного тромбоза. Однако, одним из критериев последнего является исчезновение ГБ в течение одного месяца адекватной терапии, что автоматически исключает возможность хронизации ГБ этого типа.

К одному из наиболее распространенных типов хронических ГБ относятся хронические ГБ напряжения (ХГБН). Несмотря на большое количество данных об участии перикраниальной мускулатуры в формировании ХГБН и полиморфизм ее клинических проявлений, до настоящего времени нет однозначного представления об источниках афферентации, рефлекторно вовлекающих в патогенез перикраниальную мускулатуру.

Цель работы. Изучить состояние венозной системы головного мозга у пациентов с ХГБН.

Пациенты и методы. В соответствии с Международными критериями диагностики (2004) обследовано 117 пациентов с ХГБН. По данным разных авторов нормальные размеры венозных синусов твердой мозговой оболочки варьируют в определенных пределах, при наличии асимметрии парных синусов в виде преобладания (обычно в пределах 1–2 мм) поперечного размера правого поперечного и сигмовидного синусов. На основании данных МР-венографии пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа без патологических изменений

в интракраниальной венозной системе и 2 группа с изменениями в интракраниальной венозной системе в форме окклюзионного поражения одного из синусов, выходящего за допустимые пределы нормативных размеров (ОВС). Было отмечено, что у всех пациентов с ОВС отмечается двухстороннее изменение размеров парных синусов. При этом при увеличении размеров синуса с одной стороны, размеры контралатерального синуса уменьшаются и наоборот. Изменение парных синусов сопровождалось увеличением прперечного размера задней трети верхнего сагиттального синуса. В группе пациентов без патологии в интракраниальной венозной системе, несколько чаще отмечалось преобладание размеров левого поперечного венозного синуса.

Структура исследования включала два этапа. На первом этапе отбор пациентов осуществлялся на основе МР-венографии. На втором этапе на основе клинических характеристик ХГБН с обязательной последующей МР-венографией. Кроме того, всем пациентам проводились: развернутая оценка ГБ, бальная оценка состояния перикраниальной мускулатуры, проба с запрокидыванием головы, исследование мигательного рефлекса с оценкой латентных периодов его раннего и поздних компонентов, УЗДГ экстракраниальных сосудов головы.

Результаты. На первом этапе сравнительный анализ проводился между 58 пациентами с первичной ХГБН (длительность заболевания 13 лет) и пациентами с ОВС которые клинически представляли: 31 пациента полностью соответствующих диагностическим критериям ХГБН (длительность заболевания 2,3 года), 6 пациентов — ЭГБН, 8 пациентов — комплексу мигрень-ГБН (трансформированная мигрень). Поскольку большинство пациентов с ОВС клинически соответствовали критериям ХГБН из дальнейшего анализа исключались другие формы ГБ. На втором этапе в исследовании приняли участие 28 пациентов с диагнозом ХГБН, из которых у 12 была выявлена ОВС.

На втором этапе исследования при сопоставимости по полу и возрасту, возраст дебюта ГБ и продолжительность заболевания резко различаются. Заболевание у пациентов с ОВС возникало в более раннем возрасте и анамнез заболевания был более длительным. По клиническим характеристикам ГБ в этой группе отмечалась более высокая частота ночных и утренних ГБ, в отличие от группы ХГБН, в которой ГБ чаще возникали вечером и днем.

Интенсивность ГБ у пациентов обеих групп была сопоставима и составляла около 6 баллов по визуально аналоговой шкале. Провоцирующие ГБ факторы не могли указать большинство пациен-

тов обеих групп, однако усиление ГБ пациенты с ОВС связывали с физической нагрузкой (например, ходьба по лестнице) и чаще описывали ГБ как постоянные ежедневные.

У пациентов с ОВС отмечалась большая выраженность вовлечения перикраниальной мускулатуры в форме миофасциального синдрома. При проведении пробы с запрокидыванием головы у пациентов с ОВС отмечалось значимое усиление ГБ.

При анализе мигательного рефлекса в обеих группах отмечалось незначительное удлинение латентных периодов ранних ответов по сравнению со здоровыми испытуемыми. В группе с ОВС были получены более длинные латентные периоды поздних ответов (как и пси-, так и контралатеральные), по сравнению с пациентами с первичной ХГБН. По результатам УЗДГ достоверных различий между группами, как и асимметрии показателей скорости и сосудистого сопротивления в группе ОВС не получено.

Заключение. На основании представленных результатов можно сказать, что:

— ХГБН может длительное время интерпретироваться как первичная ГБ, в то время как является результатом интракраниальной венозной патологии;

— окончательная диагностика первичной ХГБН требует исключения ее вторичного характера с привлечением нейровизуализации;

— вовлечение перикраниальной мускулатуры, в этой ситуации, является рефлекторным ответом на афферентацию с венозных синусов твердой мозговой оболочки;

— наличие интракраниальной патологии венозной системы не сказывается на артериальном кровообращении, что свидетельствует о достаточном компенсаторном ресурсе церебрального кровообращения;

— интракраниальная венозная патология в форме ОВС и клиническими характеристиками первичной ХГБН требует разработки специфических для этой формы вторичной ГБ методов терапии.

ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

Амелин А. В., Тарасова С. В.

Кафедра неврологии и нейрохирургии, центр диагностики и лечения головной боли Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И. П. Павлова, Центр лечения боли Самарской областной клинической больницы г. Самара, Россия

Головные боли напряжения (ГБН) являются наиболее часто встречающейся формой цефалгий. Согласно диагностическим критериям ГБН подразделяются на хронические (ХГБН) и эпизодические (ЭГБН). Патогенез этих двух состояний до сих пор не ясен, но имеет, вероятнее всего, разные механизмы. Для развития ХГБН первостепенное значение имеют нарушения функционирования центральных ноцицептивных и антиноцицептивных систем, а для ЭГБН — периферические миофасциальные механизмы.

Флупиртин (Катадолон) является анальгетиком нового класса — селективным активатором калиевых каналов нейронов. Препарат обладает анальгетическим, миорелаксирующим действием и препятствует процессам хронификации боли. Все три механизма действия могут быть востребованы при лечении ГБН. Эсцитолапрам (Ципралекс) селективный ингибитор обратного захвата серотонина, антидепрессант.

Целью нашей работы явилось сравнительное изучение эффективности флупиртина, эсциталопрама и их комбинации при лечении ЭГБН и ХГБН.

Пациенты и методы. Пятьдесят девять пациентов с ХГБН (40 человек) и ЭГБН (19 человек) приняли участие в исследовании. Критериями исключения являлись сопутствующая мигрень, тревога и депрессия (шкалы депрессии Бека ≥ 15), противопоказания к применению флупиртина, злоупотребление анальгетиками. Флупиртин в дозе 300 мг/сут назначался в течение 4 недель пациентам с ЭГБН и ХГБН. Антидепрессант эсциталопрам 10 мг/сут применялся у пациентов с ХГБН в виде монотерапии или в сочетании с флупиртином на протяжении 8 недель. Оценивались частота, продолжительность, интенсивность головной боли и потребность в других анальгетиках. Исследовались пороги болевой чувствительности в височных и трапецивидных мышцах.

Результаты. Семеро пациентов выбыли из исследования из-за нарушения протокола. Частота, продолжительность, интенсивность головной боли и потребность в анальгетиках к концу 4 недели лечения

достоверно уменьшались как при ЭГБН, так и при ХГБН (P < 0,05). Дальнейшие применение флупиртина у пациентов с ХГБН (8 недель) сопровождалось уменьшением интенсивности головной боли, однако количество принимаемых анальгетиков, частота и продолжительность боли не менялись. Комбинация флупиртина с эсциталопрамом оказалась достоверно (P < 0,05) более эффективной в отношении всех изучаемых клинических симптомов, по сравнению с монотерапией антидепрессантом или флупиртином. Пороги болевой чувствительности в перикраниальных мышцах и надплечьях через 4 недели лечения повысились во всех группах, но достоверно только у пациентов с ЭГБН (P < 0,05). Переносимость лечения была хорошей, количество побочных эффектов было сравнимо во всех трех группах.

Обсуждение. Эффективность флупиртина при ЭГБН и ХГБН расширяет возможности лечения этих широко распространенных форм головных болей. Сочетание флупиртина с эсциталопрамом повышает эффективность терапии ХГБН и не увеличивает количества побочных эффектов. Быстрота наступления эффекта эсцитолапрама и хорошая переносимость антидепрессанта обеспечивает высокую приверженность пациентов к длительному лечению. Многокомпонентый механизм действия флупиртина позволяет влиять на периферические и центральные механизмы патогенеза ЭГБН и ХГБН, уменьшает мышечное напряжение, предупреждает хронификацию боли.

ТОПИРАМАТ, ВАЛЬПРОАТ, ГАБАПЕНТИН И КАРБАМАЗЕПИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Амелин А. В., Тарасова С. В., Соколов А. Ю., Тумелевич Б. Ч., Мятлева М. И., Ендальцева С. М., Туманова Г. Н.

СПбГМУ им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Центр лечения боли Самарской областной клинической больницы, г. Самара, Россия

Фармакотерапия хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ) представляет сложную клиническую проблему, поскольку патогенез хронификации головных болей мало изучен, а сопутствующие абузусный фактор и возникающие психические расстройства усложняют лечение этих больных. Основными целями терапии этой категории пациентов являются отказ от анальгетиков, уменьшение

частоты приступов головных болей и коррекция сопутствующих психических расстройств.

Целью нашего исследования стала сравнительная оценка эффективности и безопасности антконвульсантов топирамата, вальпроата, габапентина, и карбамазепина при лечении ХЕГБ.

Методы. В период времени с сентября 2003 по июнь 2006 года в Санкт-Петербурге и Самаре было обследовано 336 пациентов страдающих ХЕГБ. Для исключения органической природы ХЕГБ больные тщательно обследовались. Всем проведены МРТ головного мозга, МР ангиография, рентгенография шейного отдела позвоночника, краниовертебральной области, УЗДГ брахиоцефальных сосудов, ЭЭГ, нейроортопедические методики. Продолжительность лечения составила 12 недель. Контроль терапии осуществлялся во время личных визитов и по телефону каждые 2 недели, финальный визит назначался через 4 недели после окончания курса лечения.

Результаты. Диагноз хронической мигрени (ХМ) и хронической головной боли напряжения (ХГБН) был поставлен 144 (50,3 %) и 100 (35,0 %) больным, соответственно, на основе диагностических критериев Международного Общества Головной Боли (IHS 2004). В 42 (14,7 %) случаях ХЕГБ была представлена сочетанием мигрени с головной болью напряжения (СГБ). Злоупотребление анальгетиками выявлено у 194 (67,8 %) больных. У 203 (70,9 %) пациентов диагностированы симптомы тревоги и депрессии легкой и средней степени выраженности. Полный курс лечения закончили 180 (62,9 %) пациентов. ХМ была у 84 (46,7 %) больных, ХГБН у 63 (35 %) больных, СГБ у 33 (18,3 %) больных. Пятьдесят два пациента (72,2 %) принимали топирамат, 48 (66,6 %) — габапентин, 42 (58,3 %) — вальпроат — депо, 38 (54,2 %) — карбамазепин — депо. Топирамат отличался лучшей, по сравнению с другими антиконвульсантами, переносимостью. Статистически достоверные различия получены между пациентами принимавшими топирамат и карбамазепин (P = 0,036, RR = =1.33 95 %CI: 1.027-1.72; OR = 2.18 95 %CI: 1.089-4.401). Большинство больных с ХЕГБ (152 человека) представлено женщинами, их доля составила 84,4 %. Средний возраст больных был равен 40,4 годам (SD 11,7; median 41,49; range 19–65). Отмена абузусного анальгетика и триптана проведена амбулаторно 73 больным, для 28 человек понадобилась госпитализация. К концу лечения полностью отказаться от анальгетиков смогли только 37 (36,6 %) человек. У 64 (63,4 %) больных частота использования анальгетиков и триптанов снизилась

до 2 дней в неделю, у 89 (88,1 %) больных суточная доза препаратов была снижена более чем вдвое, а у 98 (97 %) больных комбинированные анальгетики, содержащие барбитураты, кодеин и кофеин, удалось заменить пролонгированными НПВС или триптанами (суматриптан, элетриптан, золмитриптан). Через 1 месяц лечения индекс головной боли достоверно уменьшился только у пациентов, принимавших топирамат. Через 8 и 12 недель эта конечная точка оценки эффективности лечения достоверно уменьшилась по сравнению с исходным периодом во всех сравниваемых группах. Однако статистически значимых различий эффективности антиконвульсантов в этот период получено не было. Заключительный визит показал, что индекс головной боли через 4 недели после прекращения лечения оставался достоверно сниженным, по сравнению с исходным периодом во всех группах, но межгрупповые различия выявили преимущество топирамата, по сравнению с карбамазепином. Сокращение ежемесячного количества дней с головной болью на 50 % и более, по сравнению с исходным периодом, выявлено у 35 (67,3 %) пациентов принимавших топирамат, у 25 (59,5 %) принимавших вальпроат натрия, 30 (62,5 %) принимавших габапентин и у 22 (57,9 %) — карбамазепин. Результаты нашего исследования свидетельствуют, что антиконвульсанты проявляли различную эффективность при разных типах хронических цефалгий. Наиболее эффективным этот класс препаратов оказался у пациентов с ХМ. Так количество пациентов, у которых ежемесячное число дней головной боли уменьшилось вдвое и больше, было достоверным большим в группе ХМ, по сравнению с СГБ и ХГБН. Курс проведенного лечения положительно отразился на показателях качества жизни пациентов. Достоверное повышение индекса зарегистрировано во всех группах пациентов. Через 3 месяца применения антиконвульсантов показатели шкалы тревоги достоверно снизились во всех группах, но шкала депрессии изменилась незначительно и недостоверно. Подавляющее большинство пациентов закончивших 12 недельный курс лечения хорошо перенесли антиконвульсанты. Предъявляемые ими жалобы не носили выраженного характера, и не стали поводом для отмены препаратов.

Заключение. Результаты нашего исследования являются подтверждением высокой эффективности антиконвульсантов при лечении некоторых первичных форм хронических головных болей. Ранее проведенные испытания этого класса препаратов были посвящены в основном профилактике частых приступов мигрени, и лишь небольшое число рандомизированных и, по большей части, открытых исследований изу-

чали их эффективность при хронических ежедневных головных болях. Нами установлено, что исследованные антиконвульсанты более эффективны при лечении ХМ (трансформированной мигрени), нежели ХГБН или СГБ. Мы впервые показали, что новый антиконвульсант топирамат эффективен при лечении не только мигрени, но и ХГБН и СГБ. Индекс головной боли, как конечная точка оценки эффективности лечения, быстрее всего уменьшался в группе больных, лечившихся топираматом, и к заключительному визиту он был в этой группе больных достоверно более низким, чем у пациентов лечившихся карбамазепином. Наши данные свидетельствуют о некотором преимуществе топирамата (67,3 % больных) и габапентина (62,5 % больных) перед вальпроатом (59,5 %больных) и карбамазепином (57,9 % больных). Исследованные антиконвульсанты были эффективны в отношении всех вторичных точек оценки лечения. Интенсивность и продолжительность приступа головной боли достоверно снижались через месяц лечения антиконвульсантами, однако, количество дней с головной болью достоверно уменьшилось только к концу второго месяца. Профилактическое назначение антиконвульсантов позволило вдвое уменьшить суточную дозу анальгетиков у половины больных с лекарственной головной болью. У двух третей пациентов удалось заменить комбинированные препараты, содержащие кодеин, кофеин и барбитураты, на простые анальгетики или НПВС с пролонгированным действием. В двадцати процентах случаев мы добились полной отмены анальгетиков. Статистически недостоверное уменьшение симптомов депрессии, достигнутое лишь через 12 недель лечения антиконвульсантами, показывает, что этот класс препаратов не может обеспечить контроля над этой часто сопутствующей ХЕГБ патологией. Механизмы действия антиконвульсантов при ХЕГБ остаются, по-прежнему, мало изученными. В нашем исследовании антиконвульсанты проявляли особенно высокую эффективность у больных с аллодинией, развивающейся во время приступа головной боли. Позитивные результаты лечения (сокращение дней с головной болью более чем на 50 %) у этой категории больных регистрировались в 85–100 % случаев во всех сравниваемых группах. В то же время, среди всех пациентов с ХЕГБ доля больных с аллодинией не превышала 30–35 %. Таким образом, наличие симптома аллодинии во время во время приступа головной боли у пациентов с ХЕГБ может является предиктором высокой эффективности антиконвульсантов.

АТИПИЧНЫЕ ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НИХ

Гаспарян М., Герасимова М. М., Доманин А. А., Давыдов Б. Н.

ТГМА; кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики, г. Тверь, Россия

Атипичные лицевые боли являются одной из частых форм невралгий с которыми встречаются неврологи и стоматологи. До сих пор остается неясным вопрос о морфологическом субстрате при атипичных лицевых болях.

Целью настоящего исследования явилось изучение морфологического субстрата при атипичных лицевых болях.

Материалы и методы: обследовано 100 пациентов с атипичными лицевыми болями (55 женщин и 45 мужчин). Средний возраст составлял 36 лет. Больные подвергались стоматологическому и неврологическому обследованию. В 10 % случаев проводилось морфологическое исследование удаленной пульпы. Среды окрашивали с помощью патогистологических методик.

Результаты: у всех обследованных были боли в верхней или нижней челюсти, которые носили ноющий характер и усиливались под влиянием холода. При неврологическом обследовании выявлялись или гипестезия, или гиперестезия в области дентальных сплетений, а также болезненность при давлении на пораженное дентальное сплетение. У 20 % отмечалось приступообразное усиление болей длительностью от нескольких секунд до минуты. Болевые пароксизмы возникали с различной частотой от 3 до 7 приступов в день. У всех больных был обнаружен хронический пульпит в стадии обострения. При гистологическом исследовании удаленной пульпы во всех случаях имели место признаки воспалительных изменений в стенках сосудов различного калибра. Нервные волокна были представлены мякотными и безмякотными структурами. Наиболее обширно они были представлены под слоем одонтобластов. По ходу нервов наблюдались крупные пучки коллагеновых волокон. В большинстве препаратов наблюдались дистрофические изменения структур вплоть до полного распада их осевых цилиндров. Отмечены признаки гипераргирии и фрагментации, а также демиелинизации нервных волокон.

Заключение: таким образом, выявленные изменения в виде васкулита и демиелинизации нервных волокон в пульпе могут являться морфологическим субстратом при атипичных лицевых болях

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРИГЕМИНО-ЦЕРВИКАЛЬНЫХ РЕФЛЕКСОВ У ЧЕЛОВЕКА

Гнездилов А. В., Загорулько О. И.,
Сыровегин А. В., Медведева Л. А.
Клинико-диагностический отдел ГУ РНЦХ им. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия

В патогенезе практически всех форм головных болей обсуждается роль тригемино-цервикальных взаимодействий [Ertekin C. et al., 1996; Goadsby P. J., 2001; Bartsch T., Goadsby P. J., 2003; Serrao M., et al.,2005]. Для более эффективного и надежного использования изучения тригеминоцервикального рефлекса у пациентов с головными болями, необходимо иметь четкое представление о тригемино-цервикально-спинальных взаимодействиях у здоровых людей (не имеющих головных болей).

Материалы и методы. Обследованы 20 здоровых добровольцев (10 мужчин и 10 женщин) в возрасте 30–58 лет. Исследовались электромиографическая активность m. trapezius в состоянии ее тонического напряжения и m. sternocleidomastoideus. Электромиографические потенциалы, вызванные электрической стимуляцией сенсорных нервов, усиливали в полосе пропускания частот 2–10 000 Гц с применением электрофизиологической системы TESY-VIII (Германия). Частота компьютерного опроса — 2000 Гц. Регистрировали ипсилатеральные и контрлатеральные электромиографические ответы. Электрические импульсы были прямоугольной формы, длительностью 0,2 мс, интервал между стимулами — 5 сек. Сила стимуляции — надпороговая для болевого ощущения (от 25 до 35 мА). Количество измерений — от 50 до 70. Результаты исследования подвергали статистическому анализу. Рассчитывали среднюю величину исследуемых показателей и среднее квадратичное отклонение (M ± 1S).

Результаты. На здоровых людях, толерантно переносящих ощущения болезненности, проводили регистрацию электромиографических ответов тонически активной m. trapezius при стимуляции разных областей поверхности скальпа, иннервируемых малым и большим затылочным нервом, а также первой ветвью тройничного нерва. Для удобства обозначения стимулируемых проекций этих нервов, использовали области расположения отводящих электродов при записи стандартной электроэнцефалограммы. Чтобы различать компоненты

m. trapezius от подобных компонентов круглых мышц глаз, мы обозначили их как Rt1 и Rt2 компоненты, где t — m. trapezius. Поскольку малый и большой затылочные нервы располагаются близко друг к другу и даже соединяются, перекрывая площади иннервации задневисочной и затылочной области, то ноцицептивная электрическая стимуляция кожных областей T5 и O1, по-видимому, активирует афференты как малого, так и большого затылочного нервов, формируя ипсилатеральный Rt1 и билатеральный Rt2 компоненты. Когда стимулирующий электрод перемещали к сагиттальным областям Oz и Cz, преимущественно иннервируемым большим затылочным нервом, получали только один Rt2 компонент, также как и при контрлатеральной стимуляции областей O2 и T6. При этом важно отметить, что накожная стимуляция области Fz, иннервируемой тройничным нервом, также могла вызвать Rt2 ответ. Отчетливые высокоамплитудные электромиографические ответы m. trapezius на ноцицептивную стимуляцию появлялись не у всех исследуемых. У большинства эти ответы возникали меньшей амплитуды и были более вариабельны по латентности и длительности. Отмечено, что выраженность ответов прямо зависит от количества усреднений. Суммарное число ноцицептивных стимулов, наносимых на разные проекции сенсорных нервов, вероятно, приводит к сенситизации центральных нейронов, обеспечивающих выраженность мышечных ответов. Ранний Rt1 компонент является исключительно ипсилатеральным, опосредующимся быстропроводящими афферентами, скорее всего, малого затылочного нерва. Билатеральный Rt2 компоент может возникать как при стимуляции областей большого затылочного нерва, так и при активации области иннервации тригеминальным нервом (Fz). Путь Rt2 компонента до мотонейронного ядра m. trapezius в ответ на стимуляцию затылочных нервов, в отличие от афферентного пути Rt1, является более длительным, безусловно, полисинаптическим и, похоже, со сложными внутрицентральными связями. Возможно, развитие Rt2 компонента обусловлено активацией афферентных волокон, включающих как Aβ, так и Aδ афференты. Увеличение по амплитуде Rt2 компонента при увеличении силы ноцицептивной стимуляции, вероятно, связано с рекрутированием большего числа Aδ-волокон и с последующей возможной центральной сенситизацией. Появление Rt2 компонента на стимуляцию не только большого затылочного нерва, но и тригеминального, предполагает наличие общего промежуточного центрального звена, возможно, в результате кон-

вергенции этих звеньев рефлекторных путей Rt2 ответа m. trapezius и компонента R2 m. orbicularis oculi в пределах цервикально-краниального уровня.

Похоже, что рефлекторные ЭМГ ответы m. trapezius при стимуляции перекраниальных сенсорных волокон, едва ли могут однозначно в полном объеме отражать ноцицептивную активность. Вероятно, существует только малая часть афферентов группы Aδ волокон, активация которых, прежде всего, указывает на местоположения нанесения или формирования острого источника боли, но никак, не на хронзацию боли. Коротко-латентные электрически вызванные тригеминоцервикальные или цервикально-тригеминальные рефлексы перикраниальных мышц с латентностью до 30–40 мс, прежде всего, свидетельствуют о наличии или отсутствии нарушений в экстероцептивных проводящих путях цервикально-краниального отдела. Появление поздних компонентов (с латентностью 40–50 мс и более) в усредненной перевернутой ЭМГ, скорее всего, является защитным ответом на болевую стимуляцию, где период торможения является не осознанной первоначальной командой более высоких двигательных центров на выключение тонического напряжения мышц для последующего периода вспышки ЭМГ активности, вероятно, отражающей двигательную реакцию избегания.

Существует множество исследований мигательного рефлекса при различных неврологических заболеваниях, при которых болевой компонент отсутствует, а рефлекторные пути R1 и R2 значимо нарушены. Согласно данным наших исследований ноцицептивных рефлекторных ЭМГ-реакций как перикраниальных, так и скелетных мышц конечностей у человека [Гнездилов А. В. и др., 1998; Сыровегин А. В. и др., 2000; Кукушкин М. Л. и др., 2004] высказывалась гипотеза, что хорошо выраженный паттерн поздних ЭМГ-реакций торможения и возбуждения в тонически активных мышцах (например, EP2 и B2 m. masseter) указывает на фиксированную «матрицу» центральной организации готового защитного рефлекса. Если эти компоненты подавлены, то это предполагает расстройства центральных структур формирующих защитный ответ, что будет выражаться в болевом состоянии. И, наоборот, если некое неврологическое расстройство (не сопровождающееся болью) нарушает работу структур, входящих в состав этой «матрицы» готового защитного рефлекса, то человек не будет в состоянии избежать другого болевого ноцицептивного воздействия, приводящего к органическому повреждению.

БОЛЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Грибова Н. П., Сотникова М. В.

Смоленская государственная медицинская академия, г. Смоленск, Россия

Патология височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) нередко сопровождается болевым синдромом и является одной из самых распространенных среди всех заболеваний челюстно-лицевой области. Несмотря на постоянный интерес исследователей к данной проблеме, механизм возникновения боли при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава остается не достаточно изученным и дискутабельным. В результате это может приводить к неоправданному назначению медикаментозной терапии и влиять на исход заболевания.

Целью нашего исследования явилось уточнение патофизиологических особенностей болевого синдрома при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава.

Для решения поставленной задачи мы использовали клинико-рентгенологические и электонейромиографические (ЭНМГ) методы исследования.

Клиническое обследование включало опрос, осмотр, лабораторное исследование (общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи). Рентгенологическое исследование включало боковую томографию, зонографию ВНЧС с открытым и закрытым ртом, компьютерную томографию.

ЭНМГ обследование включало:

— билатеральную запись интерференционной электромиограммы с собственно жевательной мышцы с проведением спектрального анализа Фурье по амплитуде (минимальной, максимальной, средней) и частоте;

— билатеральную запись потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) с собственно жевательной мышцы с построением гистограмм распределения ПДЕ по длительности;

— анализ периодов экстероцептивной супрессии (ЭС) височной мышцы;

— анализ мигательного рефлекса с оценкой длительности, латентного периода, амплитуды первого и второго компонентов.

— анализ вызванного моторного ответа жевательной мускулатуры (латентность, амплитуда, длительность).

Всего обследовано 27 пациентов в возрасте от 16 до 67 лет (из них 20 женщин и 7 мужчин). При этом синдром болевой дисфункции ВНЧС наблюдался у 12 человек (44 %), вторичный остеоартроз ВНЧС — у 13 человек (48 %), ревматоидный артрит ВНЧС — у 1 человека (4 %), острый артрит ВНЧС — у 1человека (4 %). Длительность заболевания составляла от 1 недели до 3 лет.

Основным клиническим признаком заболевания явилась боль в суставе и жевательных мышцах, которая наблюдалась у всех пациентов.

Для выяснения связи заболевания с патологией зубочелюстной системы были изучены разновидности прикуса и целостность зубных рядов, наличие преждевременных контактов. Число пациентов с интактными зубными рядами и больных с частичной потерей зубов оказалось фактически равным. Количество больных с ортогнатическим прикусом составило 18 человек (67 %), с прогенией — 2 человека (7 %), с перекрестным прикусом — 1 человек (4 %), с глубоким — 6 человек (22 %). Супраконкакты определялись у 4 человек (15 %).

Для уточнения патофизиологических особенностей болевого синдрома при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава использовали метод ЭНМГ.

При анализе параметров интерференционной ЭМГ средняя амплитуда биопотенциалов была снижена на фоне увеличенной амплитуды максимальной активности до 200 мкV и нормальным распределением ПДЕ по длительности по гистограмме. Лишь в одном случае из 7 была зарегистрирована произвольная залповая активность отдельных двигательных единиц собственно жевательной мышцы. Изменение электромиографической активности связано с изменением сократительной способности жевательных мышц.

Анализ параметров мигательного рефлекса показал отсутствие изменений латентных периодов 1 и 2 компонентов с одновременным увеличением амплитуды и длительности второго полисинаптического рефлекторного ответа, что может свидетельствовать о растормаживании рефлекторной дуги экстероцептивного рефлекса вследствие изменения надсегментарных тормозных механизмов.

Анализ периодов ЭС показал увеличение длительности первого периода ЭС, который реализуется интернейронами ингибирующими моторную порцию V пары ч. н.

Анализ М-ответа жевательной мускулатуры выявил большую вариабельность амплитуд без существенных изменений параметров длительности и латенции, что в целом может указывать на отсутс-

твие невральных изменений на фоне патологической синхронизации двигательных единиц за счет нарушения сократительной способности жевательных мышц.

Таким образом, в основе болевого синдрома при дисфункции ВНЧС лежит как нарушение анатомической целостности зубного ряда и прикуса, так и нарушение функциональной активности рефлекторных дуг экстероцептивных рефлексов мимической мускулатуры с усилением функциональной активности интернейронов, ингибирующих моторную порцию V пары ч. н., и последующим вовлечением в патологический процесс двигательных единиц с изменением их синхронизации, но без признаков структурной перестройки.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ЦЕРВИКОКРАНИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Загорулько О. И., Гнездилов А. В., Сыровегин А. В., Медведева Л. А.

Клинико-диагностический отдел ГУ РНЦХ им. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия

Тридцатилетний опыт работы по изучению болевых синдромов, базирующийся на основе интегративных принципов — сочетании методов официальной и традиционной медицины, позволяет нам разработать четкие принципы контроля и оптимизации выбора методов терапии болевых синдромов цервикокраниальной локализации. Собственные статистические данные за последние 5 лет работы отделения терапии болевых синдромов свидетельствуют, что боли в области головы и шеи являются одним из наиболее распространенных болевых синдромов. Причем, более чем в половине случаев за медицинской помощью обращаются лица трудоспособного возраста. Отмечается тенденция к «омоложению» и более широкому распространению болевых синдромов цервикокраниальной локализации.

План обследования пациента с жалобами на боли в области головы и шеи должен включать: тщательный сбор жалоб и анамнеза заболевания, неврологический, нейроортопедический и нейроофтальмический осмотр, нейропсихологическое тестирование, ЭЭГ, УЗДГ БЦА, рент-

ген шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника, ЭНМГ перикраниальной мускулатуры, компьютерную пульсометрию, Omura-тест, метод Ryodorraky, электропунктурную аурикулярную и корпоральную диагностику.

Нобходимо отметить, что лечение более 90 % пациентов отделения терапии болевых синдромов проводится амбулаторно. Поэтому в основу терапии острой боли (или обострения хронической) мы положили следующие принципы:

1. Отказ от использования наркотических анальгетиков и сильнодействующих психотропных препаратов.
2. Оперативная диагностика и выбор методов лечения.
3. Стремление к облегчению состояния уже после первого посещения специалиста.
4. Динамический контроль за лечением и адекватность рекомендаций.
5. Стремление к сокращению сроков лечения.
6. Профилактика последующих рецидивов заболевания или обострений при хронических болевых синдромах.

В лечении болевых синдромов цервикокраниальной локализации мы выделяем следующие этапы:

- Купирование острого болевого синдрома.
- Профилактика последующих обострений болевого синдрома.
- Лечение в межприступный преиод (при хронических болевых синдромах).

Лечебные мероприятия следует начинать с немедикаментозных воздействий, таких как корпоральная акупунктура, прижигания, аурикулярная терапия, а также малые кровопускания и прижигания. Главные акупунктурные точки при болевых синдромах цервикокраниальной локализации — VB20, VG20. Немедикаментозные воздействия осуществляются в соответствии с основными меридианами, причем должны использоваться как основные, так и дополнительные (отдаленные) точки меридианов. На начальных этапах развития болевого синдрома можно воздействовать на основные и на дополнительные точки, тогда как в случае интенсивной боли начинают воздействия с отдаленных точек. Кроме иглорефлексотерапии для купирования боли можно прибегать к микрофармакопунктурным воздействиям. Топографически точки инъекций также совпадают с активными точками основных меридианов. В качестве препаратов могут быть использованы как аллопатические, так

и гомеопатические лекарственные средства, в зависимости от каждого конкретного случая заболевания.

При отсутствии клинического эффекта от немедикаментозных воздействий, мы прибегаем к назначению лекарственных средств. Как правило, это препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств, центральные миорелаксанты, витамины группы В и др.

Лечение болевых синдромов цервикокраниальной локализации вне обострения должно быть направлено, прежде всего, на нормализацию миофасциального дисбаланса данной области и коррекцию сопутствующих сомато-вегетативных расстройств. На данном этапе эффективны: поверхностное иглоукалывание, прижигания (прогревания) биологически активных точек, точечный массаж (воздействие на активные точки надавливанием), методики «мягкой» мануальной терапии — мобилизацию без импульса, нейромышечную терапию (постизометрическую миорелаксацию), лечебную физкультуру, массаж, микрофармакоакупунктуру. Считаем необходимым проведение манипуляций не только в области шейного отдела, но также в области нижележащих отделов позвоночника.

Подобный комплексный подход к лечению болевых синдромов цервикокраниальной локализации позволяет более эффективно и безопасно купировать болевой синдром и сочетает в себе как немедикаментозные воздействия различного рода, так и современные медикаментозные средства с более высокой эффективностью на различных этапах заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОСОНОГРАФИИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ АППАРАТОМ «СИМПАТОКОР-01»

Казаков Я. Е., Кубланов В. С.

ГУЗ СО «Институт медицинских клеточных технологий»,
ГОУЗ СОКП Госпиталь для ветеранов войн,
г. Екатеринбург, Россия

Хорошо известно, что во многих случаях головные боли сопровождаются различными по выраженности и форме нарушениями регуляции тонуса церебральных артерий и вен и психовегетативными расстройствами. В свою очередь, большинство методов лечения голо-

вной боли так или иначе воздействует на механизмы регуляции внутричерепной гемодинамики и функционирование лимбико-ретикулярной системы. В этой связи вегетативную нервную систему можно рассматривать в качестве идеальной мишени для лечебного воздействия при головных болях различного генеза, так как через функции вегетативной нервной системы реализуется эфферентная (симпатическая) констрикторная иннервация сосудов головного мозга, психоэмоциональная окраска болевых ощущений и формирование связанных с головной болью тревожных и невротических расстройств. При этом представляется важным, что лечебное воздействие должно быть не только эффективным в отношении головной боли, но безопасным и по возможности позитивно влияющим на состояние мозгового кровообращения и вегетативной нервной системы.

Для лечения головных болей нами более 10 лет используется метод динамической коррекции активности симпатической нервной системы (ДКАСНС), который реализуется с помощью чрескожного воздействия на шейные ганглии симпатической нервной системы (СНС) вращающимся пространственно-распределенным полем электрических импульсов. Подобное поле формируется между двумя многоэлементными электродами в аппарате «СИМПАТОКОР-01» («Экологическая и медицинская аппаратура (научные исследования и промышленные разработки)», Россия, регистрационное удостоверение в государственном реестре медицинских изделий РФ № 29/03051097/1267-00 от 30.11.2000). Курс лечения методом ДКАСНС состоит из нескольких циклов, в каждом из которых чередуются два режима — воздействия полем импульсов тока на ганглии СНС и квазифункционального покоя. Происходящие и в том, и в другом режимах изменения активности СНС являются одновременно возмущениями для системы регуляции мозгового кровообращения. ДКАСНС позволяет устранять головные боли, регулировать взаимосвязанные с ними нарушения в системе кровоснабжения головного мозга и отдельных ее бассейнов, и нормализовать вегетативный статус. Применение данного метода лечения головной боли в клинической практике обеспечивает высокую эффективность лечебного процесса. Так, у больных с мигренью, головными болями мышечного напряжения удавалось добиться полного исчезновения или значительного уменьшения интенсивности головных болей более чем в 90 % случаев, период ремиссии в среднем продолжался от 6 до 12 месяцев. Головная боль часто сопутствует широко распространенным в популяции заболеваниям — артериальной

гипертензии, дегенеративно-дистрофическим заболеваниям позвоночника, последствиям черепно-мозговых травм, которые сопровождаются цереброваскулярными и вегетативными расстройствами, поэтому применение ДКАСНС у таких пациентов должно проводиться с учетом индивидуальных особенностей вегетативного статуса и состояния мозгового кровообращения. Для этого мы предлагаем использовать методы анализа вариабельности ритма сердца и транскраниальной допплеросонографии соответственно (заявка на изобретение р/н 2005107075 от 11.03.2005).

Проведено лечение методом ДКАСНС 50 пациентов, страдающих головными болями, в анамнезе перенесших закрытую черепно-мозговую травму. Перед каждой лечебной процедурой производили измерение систолического и диастолического и оценку среднего артериального давления (САД). Перед курсом ДКАСНС и после окончания лечения у каждого пациента исследовали состояние мозгового кровообращения методом транскраниальной допплерографии на аппарате «TC-2020 «Pioneer» (EME, Германия). Во время первого исследования исключали наличие грубой морфофункциональной патологии сосудов, одновременно проводили функциональные (дыхательные и компрессионные) пробы для оценки состояния контуров регуляции мозгового кровотока. До и после курса лечения на основании показателей средней скорости кровотока (Vср) и диастолической скорости кровотока (Vдиаст) в средних мозговых артериях и значения САД производили расчет величины церебрального перфузионного давления (ЦПД) по формуле M. Czosnyka (ЦПД = САД × (Vдиаст/Vср) + 14), и расчет величины внутричерепного давления (ВЧД) по формуле ВЧД = САД – ЦПД. Исходно у 14 пациентов было выявлено повышение внутричерепного давления (более 15 мм рт. ст.). Регистрацию сердечного ритма с помощью ЭКГ во II отведении и статистическую обработку вариабельности сердечного ритма для оценки вегетативного тонуса и реактивности проводили с помощью алгоритмов временного или спектрального анализа на комплексе «Энцефалан-131-03» (МедикомМТД, Россия) перед началом лечения, после первого сеанса, 5 сеанса и в конце лечения (как правило, после 10 сеансов ДКАСНС). Состояние вегетативной нервной системы оценивалось путем анализа 5-минутных записей ЭКГ в состоянии покоя и при проведении пассивного ортстатического теста с помощью поворотного стола Lojer (Vammalan Konepaja DY, Финляндия) в соответствии со «Стандартами измерения, физиологической интерпретации и клиническому использова-

нию вариабельности ритма сердца» рабочей группы Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии.

На основании полученных данных при проведении ДКАСНС для каждого пациента выбирались биотропные параметры поля (амплитуда, частота и длительность импульсов тока), обеспечивающие блокирование активности или электростимуляцию симпатической нервной системы, в зависимости от ее исходного тонуса и реактивности. При выраженной или умеренной симпатикотонии обеспечивали блокирование активности симпатической нервной системы; в случае вегетативного равновесия, умеренной или выраженной ваготонии при воздействии обеспечивали стимуляцию активности симпатической нервной системы. Установлено, что при проведении ДКАСНС с выбором биотропных параметров поля, основанном на учете показателей вариабельности ритма сердца у всех пациентов с повышенным внутричерепным давленим зафиксировано его снижение, что оценивалось по динамике допплерографических показателей. В этой группе больных при снижении внутричерепного давления соответствующие изменения среднего артериального и церебрального перфузионного давления не выходили за пределы нормальных значений.

Выводы: 1. Использование результатов спектрального анализа вариабельности ритма сердца для выбора биотропных параметров поля при лечении головных болей методом ДКАСНС с использованием аппарата «СИМПАТОКОР-01» позволяет существенно оптимизировать результаты лечения и избежать нежелательных изменений показателей мозгового кровообращения.

2. Больным, страдающим головными болями на фоне перенесенной черепно-мозговой травмы и повышения внутричерепного давления, в ходе лечения необходимо мониторировать параметры мозгового кровотока с помощью транскраниальной допплеросонографии для оценки состояния церебрального перфузионного и внутричерепного давления.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ МИГРЕНИ И МИГРЕНЕПОДОБНЫХ СИНДРОМОВ

Коваленко А. П., Рашидов Н. А.

Военно-медицинская академия, кафедра нервных болезней, г. Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования явилась отработка схемы лечения мигрени, определение необходимости комплексного лечения и объёма терапии у пациентов с диагнозом мигрень.

Нами обследовано 20 больных с диагнозом мигрень в возрасте от 20 до 35 лет 16 женщин и 4 мужчин. Диагноз выставлялся на основании общепринятых диагностических критериев мигрени, разработанных Международным сообществом изучения головной боли (1988 г). Сроки заболевания варьировались от 1,5 лет до 15 лет. Среди больных не было пациентов, применявших в анамнезе алкалоиды спорыньи. Контрольную группу составили 9 пациентов, применявших препараты для купирования приступов головной боли. Группы больных были репрезентативны по полу и возрасту. Для оценки эффективности схемы лечения фиксировались частота и продолжительность приступов, интенсивность и характеристика боли. Использовались оценочные шкалы: для оценки интенсивности боли 11 бальная Нумерологическая Оценочная Шкала (НОШ), Глобальная Оценка Пациента (ГОП) во время каждого визита. Таким образом, всем пациентам проводилось скрининговое обследование, основным точками наблюдения были определены 30, 45, 60 и 180 сутки от начала терапии. Каждый больной вел дневник состояния, где отмечал изменение характеристики приступов головной боли.

Всем больным проводились физикальный и неврологический осмотр, регистрация давления и пульса, инструментальные методы нейровизуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография), ультразвуковая допплерография сосудов головного мозга, спектральный анализ ритма сердца, биохимические анализы крови — электролиты, показатели азотистого обмена, коагулограмма, у женщин собирались данные о связи головных болей с месячным менструальным циклом и по сопутствующему приему контрацептивов.

В начальном периоде терапии подбирался препарат для купирования приступов, учитывая индивидуальную эффективность и характер заболевания Препараты для купирования приступов мигрени были различны. Как правило, подбор начинался с комплексных препа-

ратов содержащих ацетилсалициловую кислоту и кофеин (аскофен, цитрамон), которые при низкой эффективности заменялись или дополнялись максиганом, в ряде случаев приступы купировались только суматриптаном. Пациентам объяснялся основной общий принцип купирования приступа — применение подобранной терапии в самые ранние сроки развития головной боли.

После решения вопроса о купировании приступов назначалась фоновая терапия общая для всех пациентов в основе которой было применение антихолинэргических средств группы алколоидов красавки (беллатаминал, белласпон, беллойд) и трициклического антидепрессанта 1 поколения (амитрипитлин). Кроме того, применялись терапия комплексными препаратами витаминов группы В (мильгамма) и курс диуретиков (фуросемид) с препаратами калия (панангин).

Обращалось внимание пациентов на необходимость нормализации режима труда и отдыха, соблюдение диеты (исключение из рациона питания шоколада, вина (особенно красного)), необходимости дозированных физических нагрузок (физическая зарядка, плавание) и полноценного ночного сна.

Таким образом, формализированный вид 1-го месячного курса лечения представлял собой: беллатаминал по 1 таб. × 3 р/д — 1,5–3 месяца; амитриптилин, таб. по 5 мг × 2 р/д и 10 мг на ночь — 1,5–2 месяца; мильгамма, драже по 1 × 3 р/д — 1 месяц; фуросемид 40 мг утром натощак + панангин по 2 таб. × 1 р/д 5 дней с перерывом на 10 дней и повтором курса (всего три курса).

В зависимости от эффективности и индивидуальной переносимости схемы лечения происходило дальнейшее продолжение курса и варьирование препаратов и применяемых дозировок.

Анализ результатов проводился методами простой статистики с расчётом доверительного интервала и коэффициента достоверности. Комплексная схема лечения мигрени показала высокую эффективность и хорошую переносимость, в 20 % случаев наблюдались нежелательные явления незначительной выраженности, связанные с применением антихолинэргических препаратов и трициклических антидепрессантов.

Положительный эффект от применения схемы лечения наблюдался у 60 % больных на 30 сутки лечения. На 45 сутки применения терапии эффект отмечался у 90 % пациентов. Эффективность выражалась в снижении частоты и продолжительности приступов в среднем на 50 %, уменьшении интенсивности головной боли до 5 баллов по шкале НОШ, улучшению показателей шкалы ГОП. После повторения

или продления схемы лечения на 180 сутки наблюдения у 80 % пациентов приступы головной боли прекратились совсем, причём по данным катамнеза головная боль не беспокоила 60 % больных в течение 6 месяцев после отмены медикаментозного лечения, у 30 % больных головная боль стала постепенно проявляться, но незначительной выраженности раз в месяц и реже, и легко купируемая обычными анальгетическими средствами.

В группе сравнения эффект снижения частоты приступов головной боли наблюдался в 30 % случаев на 180 сутки терапии приступов, эффект был неустойчивый и недостоверный. Уменьшение интенсивности головной боли произошло во всех случаях и составило по НОШ 6 баллов на 90 сутки лечения. Показатели ГОП улучшились, но не достигли аналогичных в группе больных с применением комплексной терапии мигрени.

Таким образом, предложенная комплексная терапия мигрени является действенной и позволяет добиться устойчивого эффекта снижения частоты, интенсивности головной боли и в 60 % случаев полного отсутствия головных болей в течение 6 месяцев после окончания лечения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Крымская О. С.

Кафедра нервных болезней ТюмГМА с курсом детской неврологии, ДОКБ № 2, г. Тюмень, Россия

Головная боль (ГБ) одна из наиболее частых жалоб не только в неврологической, но и в общемедицинской практике. Она может быть ведущим, а иногда и единственным симптомом более чем 50 различных заболеваний. Самой распространенной формой головной боли является головная боль напряжения (ГБН). Её частота среди детского населения колеблется от 49,7 до 76,7 %. Необходимо отметить, что с увеличением стажа заболевания ГБН принимает хроническое течение, значительно ухудшает качество жизни детей, сказывается на их поведении и успеваемости. В последние годы все большее внимание уделяется клиническим и психологическим аспектам заболевания, играющим первоочередную роль в формировании данного варианта ГБ. Однако у детей современные методы анализа используются не в полном объеме, что

вероятно связано с возрастными ограничениями и сложностями интерпретации ребенком, как психологических тестов, так и субъективных ощущений боли. Тем не менее, своевременное вычленение факторов риска развития ГБН позволяет предупредить не только её возникновение, но и дальнейшую трансформацию в хроническую форму.

Целью настоящего исследования явился анализ факторов риска формирования ГБН в школьной популяции г. Тюмени.

Материалы и методы исследования

Для изучения факторов риска методом «случай-контроль» отобрана контрольная группа в количестве 65 детей, имеющих сходство с основной группой по возрасту и полу и отличия по основному заболеванию. Основную группу составили 80 школьников с клинически верифицированным диагнозом ГБН в возрасте 11–17 лет. Диагноз ГБН устанавливался согласно классификации и диагностическим критериям Международного общества по проблеме головной боли. После предварительного согласия проводилось анамнестическое анкетирование родителей с изучением медико-биологических и психосоциальных факторов, способствующих развитию ГБН.

Результаты и обсуждение

В результате исследования было выявлено, что у детей с ГБН в семье значительно чаще имелись родственники с аналогичными жалобами — 54,8 % (при 37,5 % у здоровых сверстников), при этом «болевые семьи» (более 3-х родственников с головной болью) имели место в 12,9 % (при 4,3 % у здоровых сверстников). Во всех семьях головные боли чаще отмечались у матерей детей (31,4 % у больных и 25,5 % в группе контроля), однако у детей с ГБН в два раза чаще было указание на аналогичные жалобы и у отца — 17,2 % (при 8,5 % в контрольной группе). Дети с ГБН в два раза чаще утвердительно отвечали на вопрос: обсуждается ли в вашем присутствии головная боль — 46,2 % (при 22,5 % у здоровых сверстников). Интересен тот факт, что родители отмечали, отсутствие ГБ у ребёнка в 25,8 % случаев, в то время как дети отвечали на этот вопрос утвердительно.

В обеих группах родители утверждали, что «контролируют» учебный процесс (в 95,1 % случаев при ГБН и в 89,3 % в контрольной группе), при этом родители детей с ГБН в 2 раза чаще (41,9 %) отмечали, что их детям «тяжело дается учеба» (родители сверстников без головной боли — 21,7 %). На вопрос о конфликтных ситуациях детей с учителями, родители детей с ГБН чаще давали утвердительный ответ, чем родители здоровых сверстников (17,7 % и 11 % соот-

ветственно). Что же касается конфликтов самих родителей и детей, то эта цифра была значительно выше — 61,4 % при ГБН и 55,3 % у здоровых сверстников. У обследуемых с ГБН значительно чаще встречалось сочетание более 2-х стрессовых факторов в анамнезе — 37 % (при 8,6 % у здоровых сверстников). Что же касается каждого фактора в отдельности, то дети с головными болями несколько чаще переживали развод родителей, воспитание отчимом/мачехой, смерть близкого, неспокойную обстановку в семье, ссоры родителей.

Дети с ГБН значительно реже, чем их здоровые сверстники имели более 3-х друзей (25,8 % и 40,4 % соответственно), а в 6,2 % случаев утверждали, что не имеют их совсем (в группе контроля таких утверждений не выявлено). Интересен тот факт, что родители детей с ГБН чаще (51,6 %) отвечали на вопрос о друзьях — «много», «есть», «не знаю», чем родители детей без ГБ (42,6 %). При изучении досуга школьников не было выявлено отличий в посещении дополнительных секций и кружков (62,9 % и 61,7 %), но при этом в спортивных секциях дети с ГБН были заняты реже (30,7 %), чем их здоровые сверстники (65,5 %).

Заключение. Таким образом, семейная отягощенность по головным болям, являясь негативной моделью поведения, формирует болевую личность и служит предиктором головной боли у ребенка. Частые конфликтные ситуации, воспитание в неполноценной семье, ссоры между родителями, свидетелем которых является ребенок, отсутствие взаимопонимания между родителями и ребенком формируют социально не защищенную, беспомощную личность, не умеющую справляться с болью и самореализоваться, что увеличивает вероятность, возникновения ГБН. Трудности в обучении, более пассивное проведение досуга, конфликты с учителями приводят к снижению успеваемости и увеличению стресс-факторов у детей.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛАТЕРАЛИЗОВАННЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ

Матхаликов Р. А., Алексеев В. В.

Кафедра нервных болезней ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

Цель исследования: анализ функционального состояния тригеминальной системы (ТС) при односторонних головных болях (ГБ) до и после терапии, направленной на коррекцию миогенного или суставного факторов патогенеза.

Материал, методы и структура исследования: наибольшую сложность в диагностике и лечении среди всех головных болей представляют собой ее латерализованные формы. Патофизиологическую основу любого типа ГБ связывают с функциональным состоянием тригеминальной системы, которая состоит из тригемино-васкулярного (ТВК) и тригемино-цервикального комплекса (ТЦК). Принимая это во внимание, нами обследовано 42 пациента с цервикогенной головной болью (ЦГБ) (средний возраст 46,8 ± 9,8 лет, длительность заболевания — 5,9 ± 7,2 лет), которая является моделью преимущественного участия ТЦК; 21 пациент с мигренью (М) (средний возраст 47,3 ± 9,3 лет, длительность заболевания 29,3 ± 11,2 лет) и 14 пациентов с пучковой головной болью (ПГБ) (средний возраст 45,5 ± 5,8 года, длительность заболевания 10,8 ± 7,4 лет), которые являются классическими моделями доминирующего участия ТВК. Диагноз ставился согласно диагностическим критериям второй редакции международной классификации ГБ 2004 года. Контрольную группу составили 20 человек без ГБ со средним возрастом 42 ± 5,2 лет.

Всем пациентам проводилось анкетирование характеристик ГБ, в которой пациенты давали ее подробную характеристику, интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), нейроортопедическое обследование шейного отдела, исследование мигательного рефлекса (МР) с оценкой латентных периодов раннего и позднего компонентов.

После клинико-неврологического и нейроортопедического обследования пациентам трех групп (М, ПГБ и ЦГБ) производились исследование МР (на фоне ГБ). Затем все пациенты, произвольно, однако с учетом противопоказаний к тому или иному виду терапии, были разбиты на две группы. На фоне ГБ одной группе проводилась только мануальная терапия (МТ) (М — 11 пациентов, ПГБ — 5 пациен-

тов, ЦГБ — 21 пациент), другой — блокада нижней косой мышцы головы (НКМГ) со стороны ГБ (2мл 2 % раствора лидокаина и 4 мг дексазона) (М — 10 пациентов, ПГБ — 9 пациентов, ЦГБ — 21 пациент). Всем пациентам исключалась иная лекарственная и физиотерапия. После первой процедуры пациентам предлагалось оценить интенсивность ГБ по ВАШ и повторно проводилось исследование МР. Заключительное исследование МР и оценка интенсивности болевого синдрома проводились по завершении курса терапии.

Результаты и анализ исследования: средняя интенсивность ГБ у пациентов с ЦГБ составила 7,4 ± 1,5 баллов по ВАШ; в группе пациентов с М средняя интенсивность ГБ по ВАШ равнялась 9,0 ± 1,3 баллам; все пациенты с ПГБ оценили интенсивность ГБ 10 баллами по ВАШ.

Нейроортопедическое обследование контрольной группы не выявило асимметрии движений в шейном отделе позвоночника и соответствовало нормативным показателям. Для пациентов с ЦГБ по сравнению с первичными латерализованными ГБ (М и ПГБ) характерны специфичные скелетно-мышечные изменения — большее участие атланто-окципитального сочленения со стороны ГБ и фасеточного сустава С1-С2 с противоположной, а также более частое вовлечение горизонтальной порции трапециевидной мышцы.

Результаты исследования МР, которое проводилось до начала терапии на фоне ГБ, показали, что в группе ЦГБ отмечается укорочение латентных периодов раннего и позднего компонентов со стороны ГБ по сравнению с данными МР контрольной группы ($p < 0,05$). Тогда как у пациентов с М на фоне ГБ отмечается достоверное удлинение латентных периодов ипсилатеральных поздних компонентов с обеих сторон. Для ПГБ характерно удлинение латентных периодов всех компонентов с «больной» стороны, а также раннего компонента со «здоровой» стороны ($p < 0,05$). Корреляционный анализ показал, что латентные периоды МР, имеющих отклонение от нормативных значений у исследованных пациентов зависели от длительности заболевания, интенсивности ГБ, наличия суставной дисфункции и напряжения мышц шеи. Латентные периоды МР у пациентов с ЦГБ и М имеют положительную корреляцию с длительностью заболевания. Тогда как у пациентов с ПГБ, корреляция характеристик МР с длительностью заболевания отсутствует. Зависимость длительности латентных периодов МР и интенсивности ГБ также была различной у пациентов обследованных групп. При ЦГБ выявлялась обратная кор-

реляция, тогда как в группах с первичными ГБ (М и ПГБ) — прямая. Корреляционный анализ показал, что суставно-мышечная афферентация укорачивает латентные периоды МР у пациентов с ЦГБ, тогда как при М и ПГБ — удлиняет их.

После МТ у пациентов с ЦГБ произошло удлинение ранее укороченных латентных периодов. Достоверных электрофизиологических изменений после МТ у пациентов с ПГБ выявлено не было. В группе М изменения неоднозначны — ранний латентный период удлинился еще больше, в то время как поздний укоротился. После блокады НКМГ при ЦГБ, также как после МТ уравнялись латентные периоды с обеих сторон, а у пациентов с М разница латентных компонентов увеличилась. Эти изменения возникали после однократной процедуры и сохранялись к концу курса терапии.

Таким образом, результаты клинико-электрофизиологического анализа свидетельствует о том, что у пациентов с ЦГБ суставно-мышечная афферентация приводит к усилению феномена сенситизации ТС и является основой ее патогенеза. Тогда как при М и ПГБ, являющихся моделями преимущественного участия ТВК, сенситизация реализуется на более высоком уровне вовлекая таламо-кортикальный уровень, а тригемино-таламические взаимооношения выполняют функцию промежуточного звена. Исходя из этого, становится очевидным, что ТЦК в большей мере отражает нейроанатомическое понимание функции ТС, тогда как ТВК отражает функциональное значение ТС и входит в состав ТЦК.

К ВОПРОСУ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРВИКОГЕННЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

Медведева Л. А., Гнездилов А. В.,
Загорулько О. И., Пешкова О. П.
Клинико-диагностический отдел ГУ РНЦХ им. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия

Цервикогенная головная боль (ЦГБ) является хроническим гемикраниальным болевым синдромом, инициированным патологией на уровне шейного отдела позвоночника.

Это один из типов вторичных головных болей. Цервикогенные головные боли впервые выделены в отдельную форму в 1983 году

O. Sjaastad. В соответствии с современной классификацией головных болей IHF (1988) этот тип головной боли не выделен в отдельную категорию, а является подкатегорией хронической ежедневной головной боли.

По данным различных авторов распространенность цервикогенных головных болей в популяции составляет от 1 до 12 %.

Цель исследования. Повышение эффективности и безопасности комплексного патогенетического лечения цервикогенных головных болей.

Материал и методы. Обследовано и пролечено 80 пациентов с цервикогенными головными болями. Средний возраст больных составил 42,1 ± 1,6 года. Средняя продолжительность заболевания — 8 ± 1,3 года. Среди пациентов было 44 женщины (55 %) и 36 мужчин (45 %). В исследование не включались пациенты, имеющие язвенную болезнь в стадии обострения, почечную или печеночную недостаточность, беременность или кормление грудью, нарушения гемостаза. В соответствии с поставленными задачами больные были разделены на две группы: основная — 40 пациентов, которые получали комплексную немедикаментозную терапию с включением методов рефлексотерапии и мануальной терапии; и контрольная — 40 пациентов, которые получали комплексную медикаментозную терапию (с включением нестероидных противовоспалительных препаратов, центральных миорелаксантов и витамины группы В). Пациенты обеих групп были сопоставимы по выраженности болевого синдрома и длительности заболевания. Пациенты обследовались на момент обращения, на 5, 10 и 21 дни заболевания.

В комплекс лечения пациентов основной группы входила мануальная терапия, проводимая перед сеансами рефлекторного воздействия, и непосредственно рефлексотерапия. Мануальная терапия проводилась дифференцированно, с преобладанием тракционных и мобилизационных приемов, а при наличии функциональных блоков — мобилизационно-манипуляционных воздействий и приемов постизометрической релаксации напряженных мышц. Сеансы мануальной терапии проводились через день, на курс — 5–7 процедур. Рефлексотерапию проводили после сеансов мануальной терапии с применением методик корпоральной иглотерапии, аурикулярной иглотерапии, микроиглотерапии с включением точек общего, сегментарного и местного воздействия. При наличии участков локального мышечного гипертонуса использовали методику поверхностной иглотерапии с примене-

нием игольчатого валика; проводили точечный, сегментарный, вакуумный массаж. Сеансы рефлекторных воздействий проводились ежедневно, на курс — 7–14 процедур.

Обследование пациентов включало: анализ данных анамнеза, неврологического и нейроортопедического статуса (объем активных и пассивных движений в шейном отделе позвоночника, выявление функциональных блоков шейного отдела позвоночника, оценка состояния мышц спины), альгологическое тестирование (10-балльная шкала ВАШ). Инструментальные методы исследования включали рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника и головного мозга, ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий.

Результаты исследования. Основными жалобами, предъявляемыми больными с ЦГБ, были боли лобно-теменно-затылочной локализации, которые усиливались при длительном сгибании головы (в 46 % случаев), после физических нагрузок (в 38 % случаев), при психо-эмоциональных нагрузках (в 35 % случаев). При нейроортопедическом обследовании выявлялось ограничение активного и пассивного объема движений (из-за боли) в шейном отделе позвоночника у 98 % больных, в грудном отделе позвоночника — у 24 %, и в пояснично-крестцовом — в 67 % случаев. Мышечно-тоническое напряжение перикраниальной мускулатуры выявлялось в 100 % случаев. Интенсивность болевого синдрома до начала лечения была достаточно высокой и составляла 6,8 ± 0,7 и 6,6 ± 0,8 баллов по ВАШ в основной и контрольной группах, соответственно. При рентгенологическом обследовании в 97 % случаев выявлены органические изменения на уровне шейного отдела позвоночника в виде заострения концевых пластин и снижения высоты межпозвонковых пространств, в 54 % выявлялись явления спондилеза и спондилоартроза на уровне С4-С6, в 23 % случаев выявлялись нестабильность или спондилолистез на уровне С4-С6. Соответственно при магнитно-резонансной томографии более чем в 90 % случаев выявлялись дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника в виде формирования диско-остеофитных комплеков, реже отмечались протрузии и грыжи дисков (на уровне С2-С3 — в 5 % случаев, на уровне С4-С5 — в 18 %, на уровне С5-С6 — в 24 %, сочетание в нескольких сегментах — в 17 %). При проведении магнитно-резонансной терапии головного мозга очаговых изменений не было выявлено ни в одном

случае. Отмечена обратная корреляционная связь между показателями пульсового кровенаполнения головного мозга и наличием патобиомеханических нарушений шейного отдела позвоночника.

Анализ результатов проведенного лечения в основной группе показал, что уже к 5 дню лечения выраженность болевого синдрома снизилась до 2–2,5 баллов по ВАШ у 29 пациентов (73 %), а к 10 дню лечения боль регрессировала полностью у 34 (86 %) больных. У исследуемых с первых дней лечения увеличивался объем активных движений во всех отделах позвоночника, нормализовался мышечный тонус, улучшилось общее самочувствие. В контрольной группе значительное улучшение к 5 дню лечения отмечено у 18 (45 %) больных. К 10 дню лечения болевой синдром регрессировал полностью у 31 (76 %) пациента. Однако у 6 (15 %) больных были зафиксированы побочные эффекты применения нестероидных противовоспалительных препаратов в виде различных нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Кроме того, к 21 дню от начала заболевания, у 7 (18 %) пациентов контрольной группы отмечено ухудшение состояния (в виде появления мышечно-тонического и болевого синдромов), в то время как, у пациентов основной группы после проведенного лечения только у 2 (5 %) больных сохранялись нерезко выраженные болевые ощущения. Положительная динамика по результатам УЗДГ БЦА была отмечена в виде нормализации линейной скорости кровотока и улучшения венозного оттока в основной группе к 21 дню лечения. У пациентов группы контроля эти показатели существенно не изменялись после проведенного курса лечения.

Заключение. Применение комплекса немедикаментозного лечения (мануальной терапии и рефлекторного воздействия) при цервикогенной головной боли является эффективным и безопасным методом для купирования болевого синдрома и профилактики последующих обострений.

ВЛИЯНИЕ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А (ДИСПОРТ) НА МОЗГОВОЙ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ

Наприенко М. В., Окнин В. Ю., Сазонова А. Г., Плеханова С. А., Кудаева Л. М.

Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова, Клиника головной боли и вегетативных расстройств А. М. Вейна, г. Москва, Россия

Введение: по данным масштабных европейских исследований пятая часть взрослого населения страдает хроническими болевыми синдромами, 5–8 % пациентов в популяции страдает хронической ежедневной головной болью (ХЕГБ).

Препарат Диспорт содержит ботулотоксин типа А (БТ-А). БТ-А блокирует высвобождение ацетилхолина из двигательных нервных терминалей. Локальное введение БТ-А приводит к развитию дозозависимой хемоденервации и долговременному расслаблению мышц.

В литературе было высказано мнение о том, что повышение тонуса перикраниальных мышц может вызывать изменения церебрального кровотока, что является одним из факторов хронизации цефалгического синдрома (Egilius L. H. Spierings, 2003).

Цель исследования: изучение влияния Диспорта на мозговой кровоток у больных с хронической ежедневной головной болью.

Материал: группа больных 12 человек (9 женщин и 3 мужчин) со средним возрастом 43 года и продолжительностью ХЕГБ 2,5 года.

Методы исследования: клиническо-неврологическое обследование, дневник головной боли (регистрация частоты, длительности, интенсивности головной боли, количество, принимаемых анальгетических препаратов), определение порога болевой чувствительности и порога рефлекса (R III), исследование эмоциональной сферы осуществлялось по шкале самооценки тревоги и депрессии HADS, степень напряжения мышц оценивалась по накожному ЭМГ мониторингу мышц лица и шеи (височные мышцы, лобные, шейные и трапециевидные), состояние мозгового кровотока исследовалось с помощью ультразвуковой допплерографии экстра- и интракраниальных сосудов (оценивались скоростные параметры кровотока по позвоночным (V3 и V4 сегменты) и основной артериям, наличие признаков экстравазального влияния на кровоток по позвоночным артериям, а также состояние венозного оттока по позвоночным сплетениям).

Исследование проводилось до лечения и через 4 недели после введения 500 ЕД Диспорта в мышцы головы и шеи методами «фиксированных точек» и «следуя за болью».

Результаты лечения. В результате проведенного лечения было получено достоверное ($p < 0,05$) снижение частоты, длительности и интенсивности головной боли, напряжения перикраниальных и шейных мышц, улучшение состояния эмоциональной сферы, а так же снижалось количество принимаемых анальгетиков. Достоверно значимых изменений болевых порогов, как субъективных, так и объективных, получено не было.

При анализе данных УЗДГ и ТКД выявлены следующие результаты — до лечения у всех пациентов (100 %) было отмечено экстравазальное влияние на кровоток по позвоночным артериям: у 75 % выраженное и у 25 % умеренное влияние. После лечения у 34 % пациентов экстравазальное влияние не выявлялось, а у 66 % оно стало умеренным ($p < 0,05$). Венозная дисциркуляция до лечения отмечалась у 75 % пациентов (45 % выраженные нарушения венозного оттока, 55 % умеренные нарушения), после лечения отмечена нормализация венозного оттока у 58 % пациентов ($p < 0,05$), из которых только у 10 % изменения сохранили свою выраженность.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют об улучшении показателей церебрального кровотока больных с ХЕГБ на фоне инъекций БТ-А. Нами предполагается, что гемодинамические нарушения мозгового кровотока в вертебральных артериях и венах в большей степени связаны не с прямым вертебральным воздействием, а с влиянием на сосуды патологически увеличенных задних мышц шеи вследствие мышечно-тонического синдрома. Таким образом, результаты пилотного исследования свидетельствуют о влиянии инъекций БТ-А на мозговой кровоток путем оптимизации как артериального притока, так и венозного оттока из полости черепа. Полученные данные, возможно, позволят расширить показания для назначения БТ-А и свидетельствуют о необходимости проведения более масштабных исследований.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АБУЗУСНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ КАТАДОЛОНОМ

Наприенко М. В., Филатова Е. Г.

Клиника головной боли и вегетативных расстройств А. М. Вейна, г. Москва, Россия

Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова

Введение. В Международной классификации головной боли второго пересмотра головная боль при избыточном применении лекарственных препаратов выделена в самостоятельную нозологическую группу. Абузусная головная боль (АГБ) является третьей по частоте встречаемости после мигрени и головной боли напряжения. Возникновение ее сопряжено с частой и длительной потерей трудоспособности и значительными затратами на лечение.

Основными признаками АГБ являются хроническая головная боль на протяжении более 15 дней в месяц, ежедневное или каждый второй день применение анальгетиков в течение не менее трех месяцев. Усиление боли или ее исчезновение или возвращение к прежнему паттерну в течение 2 мес после прекращения приема анальгетиков.

Катадолон (флупертин) — неопиоидный анальгетик нового поколения, оказывающий анальгезирующее, миорелаксирующее и нейропротективное действие.

Цель исследования: изучение эффективности катадолона в лечении абузусной головной боли.

Материал: группа больных 16 человек (15 женщин и 1 мужчина), средний возраст 38 ± 6 с продолжительностью АГБ — 2,5 года.

Методы исследования: клиническо-неврологическое обследование, опросник «качества жизни», дневник головной боли (регистрация частоты, длительности, интенсивности головной боли, количество, принимаемых анальгетических препаратов), определение порога болевой чувствительности и порога рефлекса (R III). Исследование проводилось до, и после лечения катадолоном в дозе 300 мг, разделенной на три приема в сутки в течение 4 недель.

Результаты: уже на первой неделе приема катадолона отмечалось улучшение состояния пациентов. В результате проведенного лечения было получено достоверное урежение частоты приступов в месяц и снижение количества принимаемых анальгетиков, также достоверно снизилось напряжение в перикраниальных и шейных мышцах, показатели дезадаптации качества жизни с 38,25 ± 14,5 до лечения, до 27,7 ± 13,6 после лечения. Было получено повышение порогов болевой

чувствительности с 5,3 ± 2,3 до лечения, до 6,9 ± 2 после лечения и порога рефлекса до 8,3 ± 1,7 (до лечения 6,3 ± 2,5). Влияния на продолжительность и интенсивность головной боли получено не было. Период отмены абузусных препаратов протекал безболезненно, что трудно достигается при лечении другими лекарственными средствами.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения катадолона у пациентов с АГБ. Катадолон может быть рекомендован как альтернативный анальгетик, так как обладает отличным от всех известных анальгетиков механизмом действия и облегчает период отмены абузусных препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОДОНТОГЕННЫХ БОЛЕЙ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Николаева Н. Б., Борисова Э. Г., Грига Э. С.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж, Россия,
ООО «Международный центр развития ДЭНС-терапии», г. Екатеринбург, Россия

Одонтогенная боль, сопровождающая многие заболевания зубов, является самой распространенной в области лица, головы и шеи. Целью данной работы явилось сравнение эффективности использования динамической электронейростимуляции (ДЭНС) при болях, возникающих после пломбирования корневых каналов. Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) — метод аппаратной рефлексотерапии (регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ № ФС-2005/004 от 04 марта 2000 г.). Мы применяем ДЭНС для снятия болевых ощущений с 2002 г. при стоматологических заболеваниях в стоматоневрологическом центре г. Воронежа, функционирующем в клинике терапевтической стоматологии ВГМА более 15 лет.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 52 пациента с постпломбировочными болями в возрасте от 24 до 68 лет. У 27 пациентов (основная группа) применяли ДЭНС, проводя воздействие на кожу в проекции запломбированного зуба аппаратом ДиаДЭНС (производи-

тель ООО «РЦ АРТ», г. Екатерибург) в режиме «Терапия» на частоте 200 Гц в течение 20 минут. Количество процедур 1–2. У 25 пациентов (контрольная группа) для купирования болевого синдрома в те же сроки применяли лазеротерапию.

Результаты. В основной группе обезболивающего эффекта после 1–2 сеансов ДЭНС удалось добиться у 100 % пациентов. У 21 (77,8 %) пациента из 27 болевой синдром был полностью купирован и. значительное снижение интенсивности боли отмечали 6 (22,2 %) пациентов.

В контрольной группе в те же сроки полного купирования боли удалось добиться у 9 (36 %) пациентов, значительное снижение интенсивности боли наблюдалось у 8(32 %) и в 8 (32 %) случаях значимого снижения интенсивности болевого синдрома не отмечалось.

Заключение

Таким образом, можно говорить о том, что при применении ДЭНС наблюдается более выраженный обезболивающий эффект, в сравнении с лазеротерапией. Учитывая что метод ДЭНС прост, безопасен, хорошо переносится пациентами, можно рекомендовать его для применения в стоматологической практике. За все время применения ДЭНС побочных эффектов мы не отмечали.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Пинегин Л. Е., Пинегин О. Л.

Алтайский Государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия

Цель работы: исследование характера головных болей при дисциркуляторной энцефалопатии.

Методы исследования: неврологический осмотр, исследование интенсивности головной боли по шкале ВАШ с оценкой в баллах, интервалокардиография, исследование вегетативной реактивности и обеспечение вегетативной деятельности стандартными методами, психологическое тестирование, рентгенографическое исследование шейного отдела позвоночника, магниторезонансная томография головного мозга, дуплексное сканирование брахио-цефальных сосудов.

Результаты исследования: у мужчин и женщин в возрасте 50–65 лет с дисциркуляторной энцефалопатии 2 (ДЭ) в течение ряда лет исследовался характер головных болей по ВАШ с оценкой в баллах.

Головные боли, как правило, были двухсторонними с некоторым преобладанием в лобно-теменной, теменно-височной, теменно-затылочной области. В ряде случаев боли иррадиировали в шею и, редко, в глазные яблоки. По характеру головные боли были тупыми, монотонными, иногда стягивающими. Отмечалось напряжение и болезненность перекраниальных мышц.

У подавляющего большинства больных выявлялись сопутствующие симптомы в виде психо-вегетативных нарушений синдрома вегетодистонии. Преимущественно женщины жаловались на кардиалгии, нарушение ритма и глубины дыхания, плохую переносимость жары, духоты, нарушение работы ЖКТ. Исследования вегетативной нервной системы обнаруживало повышение реактивности и недостаточное вегетативное обеспечение физической и умственной деятельности. У больных имел место поверхностный сон с поздним засыпанием и ранним пробуждением. Обнаруживались явления скрытой депрессии. Мужчин часто беспокоят боли в области шеи, появляющиеся или усиливающиеся после длительного пребывания за рулем автомашины, после сна в неудобной позе, в кресле самолета и т. п. Дополнительные исследования обнаруживали признаки остеохондроза шейного отдела.

Появление или обострение головных болей у больных с ДЭ вызывались у женщин чаще психоэмоциональными нагрузками и различного рода трудностями выполнения рабочих нагрузок у мужчин.

Заключение: результаты исследования позволяют сделать вывод, что головные боли при ДЭ чаще всего не являются только головными болями напряжения, как это принято считать. Как правило, это комбинация головных болей напряжения, вегетативных нарушений, цервикалгий при шейном остеохондрозе.

Комплексное лечение, включающее антидепрессанты, транквилизаторы, вегетотропные препараты, массаж и ПИР на шейный отдел, подтверждает это и дает достоверно наилучший результат.

ЦЕФАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ СОСТОЯНИИ ПОВЫШЕННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Рагинене И. Г., Шетекаури С. А., Кирилова Т. Н.

Красноярская Государственная Медицинская Академия, г. Красноярск, Россия

При обращении к врачу-кардиологу по поводу болей в области сердца, пациенты часто предъявляют жалобы на головные боли диффузного характера, без четкой характеристики болевого синдрома, практически ежедневные. В этом случае перед врачом встает вопрос о первичном, вторичном или смешанном генезе цефалгического синдрома. Боль — всегда субъективна, поэтому рассматривать её как только органическое или как чисто психологическое проявление, не совсем верно. Как правило, соматические боли изменяют психологическое состояние пациентов, однако и психоэмоциональные факторы влияют на интенсивность болей. Известно, что наиболее распространенной формой первичной головной боли является головная боль напряжения (ГБН). В большинстве случаев пусковым механизмом ГБН являются тревожно-стрессовые ситуации. Психогенные боли возникают при отсутствии какого-либо органического поражения нервной системы, которое позволило бы объяснить выраженность боли и связанные с ней функциональные нарушения.

Учитывая частое появление нервно-психических расстройств (особенно тревожных) у больных кардиологического профиля, в сочетании с жалобами на двусторонние диффузные головные боли, соответствующие характеристике ГБН, изучение вопроса причин развития цефалгий и возможности их коррекции становятся особо значимыми.

Цель исследования

1. Выявить возможные тревожно-депрессивные расстройства у кардиологических больных, имеющих жалобы на головные боли.

2. Изучить эффективность и безопасность применения противотревожной терапии при кардиальной патологии.

Материал и методы. Исследования проводились в кардиологическом отделении дорожной клинической больницы на ст. Красноярск. Обследовано 35 человек с диагнозами: ИБС и стенокардия I–II ф. к. Из них мужчин — 21, женщин — 14. Средний возраст составил 53 года. Отбор пациентов исключал неврологические заболевания в анамнезе, а также неврологическую патологию при первичном осмотре. Все больные осматривались неврологом в динамике с исследованием визу-

ально-аналоговой школы (ВАШ) для установления интенсивности цефалгического синдрома. Далее пациентам проводился подсчет индекса стресса по Гаркави Л. Х. для исследования различных неспецифических адаптационных реакций в виде «реакции тренировки» и «реакции активации» по относительному содержанию в периферической крови лимфоцитов и сегментоядерных гранулоцитов. Тревожное и депрессивное состояние определяли по госпитальной шкале (разработана Zigmond A. S. and Shaith R. P. 1983, адаптирована Дробижевым М. Ю., 1993г.). Кроме того, больные протестированы на выявление ситуативной и личностной тревожности по Спилбергу. При выявлении тревожно-депрессивного синдрома пациентам назначался рексетин (пароксетин) в дозе 20 мг 1 раз в день (утром) сроком на 1,5 месяца.

Результаты. Первичная оценка боли по ВАШ составила в среднем 60 мм ± 5. Анализ лабораторных данных с подсчетом индекса стресса выявил у всех больных «реакцию активации» (Истр 0,48 ± 0,03), что свидетельствует об адаптационной перестройке регуляторных функций организма, участвующих в поддержании оптимального уровня обменных процессов нервной, эндокринной и некоторых ферментных систем. Известно, что при непосредственном воздействии неблагоприятных факторов (в частности, при возникшей соматической патологии и выраженной тревоге по этому поводу) имеется относительно быстрое истощение компенсаторных адаптационных возможностей именно нервной системы. У обследованных больных была выявлена субклинически выраженная тревожность по госпитальной шкале (7,54 ± 0,05), а при исследовании ситуативной и личностной тревожности выявлен высокий уровень ситуативной тревожности (46 ± 0,6) и низкий уровень личностной тревожности (30,82 ± 0,83). Клиническая эффективность лечения цефалгического синдрома, вызванного тревогой по поводу кардиальной патологии, оценивалась через 1,5 месяца на фоне проводимой терапии рексетином при повторном исследовании уровня тревожности и оценки боли (ВАШ). Достоверная положительная динамика отмечена у 29 больных (82,8 %) при этом в 3 раза уменьшился показатель боли по ВАШ (20 мм ± 5), значительно снизился уровень тревожности (5,34 ± 0,03) и достоверно уменьшился уровень ситуативной тревожности (35 ± 0,05) по шкале Спилберга. Переносимость препарата в процессе лечения была удовлетворительной, побочных эффектов не отмечалось.

Таким образом, при наличии у кардиологических больных с ИБС и стенокардией I–II ф. к. жалоб на частые диффузные головные боли

ноющего, стягивающего характера, и при отсутствии органической неврологической патологии, нельзя исключить психогенный генез этих болей с формированием хронической ГБН. В связи с этим целесообразно проведение психологического обследования для выявления уровня тревожности. При имеющейся тревожности в сочетании со средним или высоким баллом интенсивности ГБН по ВАШ, рекомендуется включение в комплекс терапевтических мероприятий противотревожных средств (рексетин), а также проведение психотерапии.

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Сергеев А. В., Рачин А. П., Авдеева Т. Г.

Кафедра неврологии ФПК, Кафедра факультетской и поликлинической педиатрии, Медицинская академия, г. Смоленск, Россия

Актуальность проблемы. Боль в животе и цефалгия — представляют собой наиболее распространённые жалобы в детском возрасте. Среди первичных головных болей, как у взрослых, так и у детей наиболее часто встречаются головная боль напряжения (ГБН) и мигрень. Известно, что идиопатическая цефалгия у ребенка — это психосоматическая дисфункция, ведущее значение, в формировании которой принадлежит нарушению взаимоотношений ребенка со сверстниками, родителями и педагогами. По мнению Rother, основной вклад в развитие ГБ вносит не ребенок, а его родители. В то же время, до настоящего момента, остаются не до конца уточненными вероятные причины и патогенетические механизмы, как возникновения, так и хронизации головных болей у детей.

В последние годы появляется всё больше данных об актуальности исследований посвящённых изучению взаимосвязи головной боли в детском возрасте с соматической патологией, вегетативной дисфункцией, психологическим и метаболическим состоянием ребенка. Mikail S., von Baeyer C., в проводимых исследованиях отмечают высокий процент соматический патологии в группе детей с хронической головной болью, в сравнении с контролем. По данным Egger H., Costello E., Erkanli A., Angold A. цефалгия и боли в животе в детском возрасте взаимосвязаны и являются проявлениями тревожно-депрес-

сивных расстройств. Исследования посвященные влиянию соматической патологии на возникновение и течение головных болей у детей и подростков ранее в полном объеме не проводились.

Целью настоящего исследования является изучение клинических особенностей ГБН у подростков страдающих хронической патологией ЖКТ (хронический гастрит, хронические дуодениты вне обострения и др.).

Материалы и методы: для оценки клинических характеристик ГБН у подростков с хронической соматической патологией было обследовано 77 детей (36 мальчиков и 31 девочка) в возрасте от 12 до16 лет, страдающих ГБН, при этом 33 подростка имели сопутствующую хроническую патологию, 34 — пациенты с ГБН без соматических заболеваний (группа сравнения). Интенсивность головной боли (ГБ) оценивалась по 10-ти бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), уровень личностной тревожности (ЛТ) по шкале самооценки Ч. Спилбергера и Ю. Ханина, уровень депрессии (УД) по шкале Бека. Кроме этого проводилась оценка качества жизни пациентов по модифицированному (оценка по 10-ти бальной шкале), адаптированному к подростковому возрасту, комплексному болевому опроснику (КБО). Статистический анализ осуществлялся с использованием пакета статистических программ Statistica. Все статистические тесты выполнялись для двустороннего уровня статистической значимости (р) 0,05.

В при изучении клинических особенностей ГБН у подростков, отмечено, что средняя интенсивность головной боли по ВАШ в группе детей с хронической патологией ЖКТ составила 6,2 ± 0,26 балла, что достоверно выше, чем у пациентов в группе сравнения 5,5 ± ± 0,46 балла. При этом частота хронических вариантов ГБН у подростков с сопутствующей патологией ЖКТ составила 30,3 %, что почти в 2 раза превышает данный показатель у соматически здоровых детей (17,0 %). Достоверных отличий по уровню реактивной, личностной тревожности и депрессии между группами отмечено не было, однако, отмечалась тенденция к увеличению данных показателей у детей с хроническим патологией ЖКТ. При рассмотрении результатов оценки качества жизни пациентов не было выявлено статистически значимых отличий между группами.

Заключение. Таким образом, полученные результаты дают основание выдвинуть предположение, что хроническая соматическая патология играют определенную роль в течении ГБН у детей. Все эти факторы

могут способствовать неблагоприятному течению ГБН в подростковом возрасте с значительным ростом числа хронических форм цефалгии. Однако, влияние соматических факторов на течение и хронизацию головных болей у детей требует дальнейшего исследования.

ДЕТЕРМИНАНТЫ СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ МИГРЕНЬЮ

Старикова Н. Л.

Пермская государственная медицинская академия, г. Пермь, Россия

Диагностика и лечение головных болей остается одной из наиболее актуальных проблем медицины. Находясь на стыке интересов различных медицинских специальностей, они привлекают к себе внимание неврологов, терапевтов, кардиологов, травматологов и других специалистов. Согласно Международной классификации головных болей (ICHD-II), все головные боли разделены на первичные и вторичные. Мигренью, второй по частоте из первичных головных болей, страдают от 9 до17 % населения (Nachit-Ouinekh F. et al., 2005), в США число пациентов достигает 30 миллионов человек. Экономический ущерб, приносимый мигренью, который складывается из потерь рабочего времени, снижения работоспособности, стоимости лечения, составляет, по данным американских исследователей, более 13 миллиардов долларов в год (Silberstein S. D., 2000). Средняя частота цефалгических атак при мигрени составляет 1–2 в месяц, но может достигать 100 приступов в год (Silberstein S. D., 2000). Частота болевых атак не является постоянной для каждого пациента, меняясь в зависимости от количества, сочетания и силы воздействия триггерных факторов мигрени. Варьирует и длительность приступов, однако в подавляющем большинстве случаев (80 %) приступ продолжается больше 6 часов, а в 32 % случаев — дольше 24 часов (Dahlof C., цит. по: Амелин А. В., 2005). Цефалгические приступы у больных мигренью нарушают трудоспособность. По данным датского исследования, 43 % работающих пациентов указали на наличие дней нетрудоспособности из-за сильной головной боли (Rasmussen B. K., Olesen J., 1992). Мигрень значительно ухудшает качество жизни пациентов, оказывая неблагоприятное воздействие на их профессиональные возможности, на личную и

семейную жизнь. Страдает и качество жизни членов семей больных мигренью. В то же время остается неясным, какие именно характеристики заболевания (частота приступов, их продолжительность и тяжесть, уровни коморбидных тревоги и депрессии и т. д.) определяют снижение качества жизни у пациентов, страдающих мигренью.

Материал и методы. Обследованы 65 пациенток, страдающих мигренью, в возрасте 16–57 лет (средний возраст 38,80 года), обратившихся в специализированный Центр головной боли. Диагноз устанавливался в соответствии с Классификацией Международного общества головной боли (вторая редакция, 2004). Все пациентки дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Проводилось общеневрологическое обследование, использовались 100-балльная визуальная аналоговая шкала (ВАШ), опросник MIDAS, опросники Спилбергера в модификации Ханина, Бека, модифицированный неспецифический Гетеборгский опросник качества жизни (GQI), мигрень-специфический опросник качества жизни QVM (Qualite' de Vie et Migraine), опросник управления болью Вандербильта. Все пациентки вели дневники головной боли. В качестве группы сравнения были обследованы 20 пациентов с ишемической болезнью сердца, страдающих приступами загрудинных болей. Статистическая обработка результатов проводилась параметрическими и непараметрическими методами с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA».

В группу обследованных вошли пациентки, страдающие мигренью в течение длительного времени (средняя длительность заболевания 18,92 ± 9,88 года, M ± StD). Приступы цефалгии были длительными (в среднем 38,63 ± 28,63 часа) и частыми (в среднем 4,59 ± ± 3,11 приступа в месяц). Головная боль характеризовалась высокой интенсивностью (84,00 ± 14,55 балла ВАШ) и значительным нарушением повседневной активности пациенток: результат по опроснику MIDAS составил в среднем 36,21 ± 34,94 дней. Для купирования головной боли пациентки принимали от 1 до 30 таблеток различных препаратов (в основном, комбинированных анальгетиков) за приступ. У пациенток выявлены высокие уровни как реактивной (45,96 ± 9,95 балла), так и личностной (50,61 ± 9,80 балла) тревоги. Уровень депрессии по опроснику Бека оказался низким (11,17 ± 7,40 балла). У обследованных пациенток пассивные копинг-стратегии по опроснику Вандербильта (в среднем 15,52 ± 6,25 балла) преобладали над активными (10,17 ± 2,79 балла).

Результаты. Группа больных мигренью и группа сравнения существенно не отличались друг от друга по уровням тревоги и депрессии. Показатель качества жизни по опроснику GQI у пациенток, страдающих мигренью, оказался достоверно худшим, чем у пациентов с ИБС (соответственно 34,50 ± 9,16 балла и 29,55 ± 7,41 балла, t = 2,179; p = 0,032). Качество жизни по мигрень-специфическому опроснику QVM, также сниженное у больных мигренью, не зависело от длительности приступов, от их частоты и интенсивности боли. Выявлена статистически достоверная зависимость снижения качества жизни у больных мигренью от показателя нарушения повседневной активности во время приступа по опроснику MIDAS (t = 2,482; p = 0,017), от уровней депрессии (t = 3,303; p = 0,002) и тревоги (как реактивной, так и личностной), а также от степени приверженности пациентов пассивным копинг-стратегиям по опроснику Вандербильта (t = 5,270; p = 0,00009).

Выводы. Качество жизни при мигрени оказалось нарушенным в большей степени, чем при ишемической болезни сердца. Результаты проведенного исследования свидетельствуют также о том, что степень снижения качества жизни у пациентов, страдающих мигренью, является производным не столько объективных характеристик тяжести болевых атак, сколько психологических особенностей личности.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МЕТОДАМИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Таптунова Г. Г., Рабинович С. А., Зиновьев И. А., Сухова Т. В., Новикова С. Г.

Лаборатория по изучению боли и методов обезболивания в стоматологии НИМСИ Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва, Россия

Болевой синдром — это обширная и неотъемлемая часть в практике врача-стоматолога. Он формирует компенсаторно-защитные и поведенческие системы пациента. Изменение функционального состояния системы контроля болевой чувствительности обусловливают изменение реагирования прочих систем, обеспечивающих адаптацию организма.

Из всех известных эффектов рефлексотерапии (РТ) наиболее полно, как в клинике, так и в эксперименте, исследована рефлекторная аналге-

зия, основу которой составляет активация естественной антиноцицептивной системы организма в сочетании с регуляцией иммунитета.

Сопряжение механизмов контроля болевой чувствительности и иммунологического надзора является главной функциональной системой, непосредственно обеспечивающей жизнеспособность организма. Акупунктурные точки представляют собой морфологический субстрат наиболее активного периферического нейроиммунного взаимодействия. Инициируемые стимуляцией акупунктурных точек механизмы сочетанной регуляции боли и иммунитета могут рассматриваться как основа саногенетического действия РТ, практически во всех ситуациях её клинического, профилактического и реабилитационного использования.

Цель: реабилитация больных с острыми и хроническими болевыми синдромами и осложнениями после стоматологических вмешательств (в челюстно-лицевой области).

Методы: используются традиционные и современные технологии китайской, японской, корейской медицины и авторские разработки (классическая иглорефлексотерапия, Су Джок терапия и т. д.), гомеопатия.

Результаты: за 20 лет работы получили лечебную и консультативную помощь более 10 000 пациентов со всеми видами болевых синдромов и осложнений после стоматологических вмешательств, а также при заболеваниях височно-челюстного сустава, слизистой оболочки полости рта, костно-мышечной системы и соединительной ткани челюстно-лицевой области, болевыми синдромами неясной этиологии.

Разработаны новые научные направления, достижения которых внедрены в клинику. За время работы лечебную и консультативную помощь получили пациенты со следующими нозологиями: невропатия тройничного (30 %) и лицевого нервов (38 %); хронический одонтогенный остеомиелит (ускорение образования и выделения секвестров) (5 %); ограничеснное открывание рта (тризм) (5 %), а также пациенты с острыми и хроническими болевыми синдромами при наличии избытка пломбировочного материала за верхушкой корня (3 %); после сложных травматичных удалений (5 %); периостотомии, цистэктомии, одонтогенного гайморита (6 %), одноразовой санации полости рта с депульпированием и удалением зубов, при альвеолите, альвеолоневрите, болевой дисфункции ВНЧС (3 %) и т. п.

Применение классических и современных методов РТ и гомеопатических средств при реабилитации пациентов с хроническими боле-

выми синдромами позволяет ускорить сроки реабилитации пациентов после стоматологических хирургических операций на 40–50 %, в два раза снизить риск и количество осложнений, уменьшить количество применяемых сильнодействующих фармакологических препаратов или отказаться от них.

Выводы: для профилактики возможных осложнений целесообразно использовать рефлексотерапию на всех этапах лечения. Внедрение методов РТ в стоматологию расширяет реабилитационные возможности пациента, повышает общий уровень медицинской помощи пациентам стоматологического профиля, ускоряет период реабилитации, снижает вероятность возникновения осложнений.

ИЗВЕСТНЫЕ И НОВЫЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Тарасова С. В., Амелин А. В., Игнатов Ю. Д., Скоромец А. А., Мятлева М. И., Соколов А. Ю., Тумелевич Б. Ч.

СПбГМУ им. академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия, Самарская областная клиническая больница, г. Самара, Россия

Цель работы: среди различных форм хронических болевых синдромов головные боли, без преувеличения, занимают одну из ведущих позиций. Пациенты с ежедневной или почти ежедневной головной болью знакомы врачам различных специальностей. По данным ряда эпидемиологических исследований 4–5 % населения развитых стран жалуются на хронические ежедневные головные боли (ХЕГБ), а в специализированных центрах по лечению цефалгий доля таких больных составляет от 35 до 85 %. Среди лекарственных средств потенциально способных оказать позитивное влияние на течение хронической боли трициклические антидепрессанты называются препаратами первого выбора. Однако, побочные эффекты, возникающие при длительном использовании выше названных лекарственных средств, а также сопутствующие заболевания, ограничивают широкое применение данной тактики лечения хронической головной боли. В связи с этим, актуальным становиться поиск вариантов лечения, которые позволят добиться хорошего терапевтического эффекта, с низким риском развития нежелательных побочных явлений. Появление в последние годы антидепрессантов с новыми механизмами действия и улучшен-

ными показателями безопасности, возродило интерес ученых к этой проблеме. Мы провели сравнительное исследование эффективности и безопасности известных и новых антидепрессантов с различными механизмами действия при лечении пациентов с ХЕГБ.

Материал и методы исследования

В период времени с апреля 2005 по сентябрь 2006 года было обследовано 120 пациентов страдающих ХЕГБ. Большинство больных с ХЕГБ (83 человека) представлено женщинами, их доля составила 69,1 %. Средний возраст был равен 42,5 годам (SD 11,9; range 18–82). Диагноз хронической мигрени (ХМ) и хронической головной боли напряжения (ХГБН) был поставлен, соответственно, 55 (45,8 %) и 22 (18,3 %) больным. В 13 (10,8 %) случаях ХЕГБ была представлена сочетанием мигрени с головной болью напряжения (СГБ). Посттравматическая и цервикогенная головные боли диагностированы у 6 (5,0 %) и 2 (1,7 %) больных соответственно. Злоупотребление анальгетиками выявлено у 72 (60 %) больных. У 100 (83,3 %) пациентов диагностированы симптомы тревоги и у 96 (80 %) симптомы депрессии субклинической и клинической выраженности (Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (ГШТД). Для исключения органической природы ХЕГБ всем больным проведен комплекс клинического, лабораторного и инструментального обследования Качество жизни исследовалось с помощью вопросника, специально разработанного для пациентов с головной болью. Методом случайного распределения («методика конвертов») больные были разделены на четыре группы. Использована схема простого открытого сравнительного исследования в параллельных группах. Лечение антидепрессантами начиналось в минимальной дозе с последующим её титрованием каждую неделю до индивидуально максимальной и хорошо переносимой. Продолжительность лечения составила 3 месяца. К концу 12 недели средняя суточная доза амитриптилина выросла до 70,31 мг (SD 19,18; median 50; range 50–150), милнаципрана до 85,86 мг (SD 18,19; median 100; range 50–100), эсциталопрама — 113,4 мг (SD 35,8; median 100; range 50–200), мапротилина — 471,0 мг (SD 108,8; median 400; range 300–600). Контроль эффективности и безопасности лечения осуществлялся во время личных визитов и по телефону каждые 2 недели, финальный визит назначался через 4 недели после окончания курса лечения. За пациентами сохранялось право отказаться от назначенного лечения в любое время, после согласования с исследователем. Купирование приступа головных болей осуществлялось с помощью НПВП пролонгированного действия (ибупрофен, диклофенак)

или одним из триптанов (суматриптан, золмитриптан, элетриптан). Конечными точками оценки эффективности лечения выбраны индекс головной боли (ежемесячно регистрируемое число дней с головной болью × средняя интенсивность головной боли × продолжительность головной боли в часах / 28), и количество пациентов, у которых число ежемесячных головных болей уменьшилось на 50 % и более. Вторичными точками являлись, число приступов головной боли продолжительностью более 4 часов, индекс нарушения повседневной активности, количество принимаемых ежемесячно анальгетиков и триптанов, показатели шкал депрессии, тревоги и качества жизни. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS версия 12.1.

Результаты и их обсуждение

Полный курс лечения закончили 87 (72,5 %) пациентов. Среди них у 58 (66,7 %) больных диагностирована хроническая мигрень, у 17 (19,5 %) больных ХГБН, смешанная форма ГБ у 12 (13,8 %) больных. Пациенты с другими типами головных болей выбыли из исследования. Нами получены положительные результаты лечения антидепрессантами как хронической мигрени, так и хронической головной боли напряжения. Редуцирование симптомов головной боли начиналось в те же сроки (5–6 недель), что и уменьшение симптомов депрессии. Однако аналгетический эффект антидепрессантов был получен и у пациентов без депрессии. Прямое сравнение антидепрессантов, обладающих различными механизмами действия, показало, что наиболее эффективными при ХЕГБ являются сбалансированный ИОЗСН милнаципран и ТЦА амитриптилин. Эти клинические данные подтверждают результаты собственных (в печати) и других экспериментальных исследований, показавших, что антидепрессанты с двойным действием обладают достоверно более выраженными анальгетическими свойствами, по сравнению с селективными ингибиторами. Таким образом, можно предположить, что одновременная модуляция серотонинергической и норадренергической нейромедиаторной систем является важным, а может быть и необходимым механизмом действия, обеспечивающим эффективность антидепрессантов при лечении хронической боли. Есть мнение, что ИОЗСН и ТЦА обладают более выраженным, чем СИОЗС антидепрессивным и противотревожным действием. Наше прямое сравнительное исследование не подтверждает эту точку зрения. Все изученные антидепрессанты без существенных различий уменьшали депрессивную симптоматику через три месяца лечения. Однако сроки появления клинически

значимого улучшения были самими короткими у пациентов принимавших СИОЗС эсциталопрам. Сбалансированный СИОЗСН милнаципран и ТЦА амитриптилин проявляли сходное по срокам и выраженности антидепрессивное действие и были эффективнее мапротилина. Противотревожное действие исследованных антидепрессантов было в равной мере выраженным. Следует отметить, что эсциталопрам не вызывал свойственное некоторым СИОЗС усиление тревоги в первые дни терапии.

Хорошая переносимость антидепрессанта имеет огромное значение для приверженности пациентов долгосрочному лечению. Наше исследование показало, что новые антидепрессанты эсциталопрам и милнаципран имеют лучший профиль переносимости и безопасности, чем амитриптилин и мапротилин. У эсциталопрама количество побочных эффектов было минимальным, а лечение милнацираном переносилось лучше, чем мапротилином и амитриптилином.

Таким образом, высокая эффективность и хорошая переносимость милнаципрана и эсциталопрама позволяют рекомендовать эти антидепрессанты для лечения пациентов с ХЕГБ как с сопутствующей депрессией, так и без неё.

ИССЛЕДОВАНИЕ КРАНИАЛЬНО-САКРАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Хатит Т. Н., Гаврилова И. Е., Когай С. М., Ким С. Р.

Кафедра рефлексотерапии, Новокузнецкий ГИУВ, г. Новокузнецк, Россия

Введение: одним из наиболее часто встречающихся видов головной боли является головная боль напряжения (ГБН). По данным Р. Боконжича она составляет — 25 %; P. Diehr et al.[1981] — 38–45 %, А. М. Вейн [1998] — 80 %. Широко распространена в популяции у 32–64 % населения. В результате исследований, проведенных немецким обществом по изучению головной боли выявлено, что этот вид среди остальных форм боли имеет место у 88 % женщин и 69 % мужчин.

Цель исследования: изучение кранио-сакральной системы у пациентов с головной болью напряжения.

Материалы и методы исследования: работа выполнена в медицинском центре «Элигомед», клинической базе кафедры рефлексоте-

рапии Новокузнецкого ГИУВа. Обследование всех больных проводилось по единой программе и включало следующие методы: клинический неврологический, краниального мануального тестирования, дневник самоконтроля головной боли. Обследовано 180 человек с ГБН (45 больных с хронической, 135 — эпизодической формой головной боли). Возраст больных от 16 до 67 лет. Среди них было 117 женщин (65,0 %) и 63 мужчин (35 %). Неврологическая характеристика больных очаговой неврологической симптоматики не выявила. У 142 (78,9 %) пациентов ГБН протекала на фоне синдрома вегетативной дистонии.

Результаты. Анализ данных, полученных при помощи дневников самоконтроля головной боли, выявили следующие ее характеристики: длительность болевого эпизода в день в среднем равнялась 3–4 часам, при эпизодической форме заболевания и 8–9 часам при хронической головной болью напряжения (ХГБН). Больные эпизодической головной болью напряжения (ЭГБН) отмечали достаточно частые головные боли в среднем 11 дней в месяц (от 3-х до 14-ти), интенсивностью по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 2 до 8 баллов. ЭГБН имели характер четко очередных болевых эпизодов. Пациенты с ХГБН отмечали практически постоянные, в среднем 25 дней в месяц (от 15-ти до 30-ти) головные боли, интенсивностью от 1-х до 7-ми баллов.

Методом краниального мануального тестирования выявлено 4 типа краниальных дисфункций. Исследование показало, что флексионный и экстензионный типы встречаются гораздо чаще. Торсионный и латерофлексионный типы выявляются реже и преобладают в подгруппах ХГБН основной и контрольной групп. Наиболее часто диагностировались следующие патобиомеханические нарушения: сфенобазилярный синхондроз: латеральное смещение у 72,4 % пациентов с ЭГБН, 74,5 % — ХГБН; вертикальное смещение у 43,9 % человек с ЭГБН, 45,2 % — ХГБН; компрессия у 40,8 % больных с ЭГБН, 40,5 % — ХГБН. Лобная кость: наружная ротация у 57,1 % пациентов с ЭГБН, 55,1 % — ХГБН; внутренняя ротация у 42,9 % человек с ЭГБН, 44,9 % — ХГБН. Височная кость: синхронная ротация у 65,3 % больных с ЭГБН, 66,7 % — ХГБН; наружная ротация у 53,1 % пациентов с ЭГБН, 54,1 % — ХГБН; внутренняя ротация у 43,9 % человек с ЭГБН, 45,9 % — ХГБН. Как правило диагностированные патобиомеханические нарушения преобладают в группе ХГБН.

Замедление частоты висцерального ритма головного мозга отмечалось у всех пациентов (4–6 колебаний в мин. ЭГБН — 60,7 %; ХГБН

75 %; 6–8 колебаний в мин. ЭГБН — 21,4 %; ХГБН — 16,7 %; 8–10 колебаний в мин. ЭГБН — 17,9 %; ХГБН — 8,3 %). В норме частота краниального ритма — 10–12–14 колебаний в мин. Снижение частоты висцерального ритма головного мозга отмечалось у всех пациентов. Среди больных ХГБН основной и контрольной групп чаще диагностировалось более выраженное замедление краниального ритма, чем у пациентов ЭГБН, что сочеталось с тяжелыми краниальными дисфункциями и болевым синдромом.

Заключение: в связи с установленной зависимостью между типом краниальных дисфункций, характером патобиомеханических нарушений костей черепа и выраженностью головной боли напряжения рекомендуется включение в программу лечебно-реабилитационных мероприятий методов краниальной мануальной терапии.

ВАРИАНТЫ ГОЛОВНОЙ БОЛИ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОМ СИНДРОМЕ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Шмидт И. Р.

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, г. Новокузнецк, Россия

Введение. Проблема головных болей (ГБ) разного происхождения является одной из актуальнейших в современном мире. Среди прочих выделяют т. н. цервикогенные ГБ, которые являются облигатным симптомом при вертеброгенном синдроме позвоночной артерии (ВСПА). Однако их вариабельность и особенности недостаточно известны как практикующим врачам, так и специалистам, занимающимся проблемами ГБ.

Цель исследования — анализ особенностей и вариабельности головных болей у больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии.

Материалы и методы исследования. В течение сорока лет под нашим наблюдением находилось более тысячи больных с ВСПА. Проводилось классическое неврологическое, вертеброневрологическое обследование, мануальное тестирование, лучевая диагностика, инструментальные методы исследования для установления тонуса и реактивности сосудов.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании проведенного исследования уточнен ряд теоретических положений и дано сле-

дующее определение: ВСПА — это компрессионно-рефлекторный синдром шейного остеохондроза, развивающийся в связи с механическим воздействием на позвоночную артерию и ее вегетативное сплетение дистрофически измененными элементами позвоночного двигательного сегмента (ПДС). Патоморфологическими субстратами развития ВСПА являются такие изменения в ПДС, как нестабильность, разгибательный подвывих по Ковачу, унковертебральный артроз, межпозвонковый спондилоартроз, изредка боковая грыжа диска. В связи с участием в патогенезе синдрома ирритативных и компрессионных механизмов ВСПА имеет стадийное течение: I-я стадия — ангиодистоническая наблюдалась у 50,1 ± 1,6 % обследованных, II-я — ангиодистонически-ишемическая — у 15,6 ± 1,2 %, III-я — ишемическая — у 34,3 ± 1,5 %.

ВСПА — выявлялся у 28,1 ± 1,4 % всех больных с шейным остеохондрозом и сочетался с такими синдромами, как синдром передней стенки грудной клетки, плечелопаточный периартроз, синдром передней лестничной мышцы.

Ядро клиники ВСПА составляли: 1) головная боль, которая имела место у 96,4 ± 0,6 % и была характерной для всех 3-х стадий ВСПА; 2 — кохлео-вестибулярные расстройства; 3 — ирритативные зрительные; 4 — вегетативные сегментарные и надсегментарные нарушения.

ГБ при ВСПА локализовалась в шейно-затылочной области с характерной иррадиацией вперед, ко лбу, виску, нередко и в глазное яблоко, в затылке без иррадиации, в темени, во лбу, в виске, по всей голове. При этом отмечалась болезненность точки позвоночной артерии, Эрба и надэрбовских, передней лестничной мышцы, орбитальной точки Гринштейна, остистого отростка C_{II}, точек затылочных нервов, темпоральной точки Бирбраира.

Наряду с болями в шейно-затылочной области у части больных выявлялись боли атипичной локализации, в частности лицевые боли. ГБ при ВСПА у 9,4 ± 0,9 % больных распространялись на лицо, челюсти, зубы. По характеру — это чаще были вегетативно-сосудистые прозопалгии. Иногда они напоминали приступ эссенциальной мигрени, или имитировали приступы невралгии крылонебного узла, тригеминальной невралгии. Однако квалифицированный невролог легко мог различить эти варианты лицевых болей. В патогенезе лицевых болей при ВСПА участвовали механизмы реперкуссии при наличии дополнительных очагов в тканях лица и лицевого черепа, иррадиация раздражения по периваскулярным сплетениям сосудов, иррадиация по анастомозам сплетения ПА с чувствительными черепными нервами (V и IX).

Были выявлены следующие патогенетические варианты ГБ при ВСПА: вегетативно-сосудистые; склеротомные и смешанные. Вегетативно-сосудистые ГБ являются следствием раздражения сплетения ПА с иррадиацией на вегетативные сплетения вертебрально-базилярного и каротидного бассейнов, а также результатом нарушения венозного оттока, особенно на уровне подзатылочного треугольника. Склеротомные ГБ возникают в связи с иррадиацией патологической афферентации из дистрофически измененных ПДС, мышц, периартикулярных и других фиброзных тканей ШОП по склеротомам, что характерно для любых синдромов остеохондроза позвоночника. Соответственно смешанные ГБ имеют оба механизма развития.

Клинические особенности вегетативно-сосудистых ГБ при ВСПА — приступообразные, пульсирующие, жгучие с крайне неприятной эмоциональной «окраской»; распространяются по ходу сосудов, сопровождаются другими вегетативными симптомами: ощущением давления за глазами, очень резкими, «выкручивающими» болями в глазу, вазомоторными изменениями в области лица. Иногда отмечается сходство с мигренью (усиление под влиянием света, звуков; уменьшение в покое и после сна). При пальпации отмечается болезненность точки позвоночной артерии, точки Гринштейна, наружной височной артерии с иррадиацией по сосудистым зонам. Кинестезическая стимуляция этих точек позволяет воспроизвести спонтанную ГБ, на которую жалуется пациент. Вегетативно-сосудистая ГБ купируется вазоактивными и вегетотропными препаратами, лечебными медикаментозными блокадами точки позвоночной артерии или периваскулярного сплетения аретрии передним доступом, по А. А. Луцику.

Клинические особенности склеротомной ГБ при ВСПА — более постоянна и приурочена по локализации к местам прикрепления мышц, колющая или стреляющая, иногда ломящая, тупая, неопределенного характера, глубокая, очень неприятная, «тоскующая», реже сопровождается ангиодистоническими симптомами, болезненность мест прикрепления сухожилий к костям черепа с иррадиацией по склеротомам, воспроизводится при пальпации триггерных зон в миосклеротомных тканях, купируется аналгетиками, блокадами триггерных зон в миосклеротомных тканях.

У 1/3 больных с ВСПА выявлялись сенестопатии в виде ощущения «распирания», «переливания чего-то от затылка ко лбу и наоборот», «привешенного к затылку груза», «наполнения головы кровью», «резинового пояса, оттягивающего назад голову» и т. п. Боль склеротом-

ного характера и сенестопатии в области затылка при нижнешейном остеохондрозе может возникать и при интактности позвоночной артерии. В таких случаях, естественно, синдром позвоночной артерии диагностироваться не должен.

В процессе анализа материала нами были установлены дифференциально-диагностические признаки ГБ при ВСПА. Для них характерна приступообразность, зависимость от движений в шее. Усиление ГБ возможно при воздействии факторов, влияющих на вегетативную нервную систему: пребывание в душном помещении, употребление алкогольных напитков, перегревание, переохлаждение. Во время приступа ГБ — невозможность произвести ни малейшего движения головой, вынужденное положение, иногда необходимость поддерживать голову руками («голова — хрустальная ваза»). Более чем у половины пациентов уменьшение интенсивности или исчезновение ГБ под влиянием вытяжения по Бертши или на специальном стуле, мануальной терапии. Иногда ГБ усиливается в момент пробного ручного вытяжения. Любое изменение состояния под влиянием воздействий на шейный отдел позвоночника свидетельствует в пользу ВСПА. Если при вытяжении отмечается ухудшение, это свидетельствует о необходимости иммобилизации на определенный период. В последующем пробное ручное вытяжение повторяется для решения вопроса о сроках, когда станет возможным ручное воздействие. В связи с тем, что и шейный остеохондроз и ГБ любого генеза относятся к числу частых явлений, они могут сочетаться. Поэтому крайне важно наряду с выявлением признаков вертеброгенности ГБ учитывать и отсутствие признаков другого заболевания.

Заключение. При вертеброгенном синдроме позвоночной артерии головная боль может вегетативно-сосудистой, склеротомной или смешанной. Каждый из вариантов имеет свои характеристики и требует разных воздействий для их купирования.

ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ НА ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОМ УРОВНЕ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ В ДЕТСКОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Шурупова Н. С.

Морозовская городская детская клиническая больница, детская консультативная неврологическая поликлиника, г. Москва, Россия

Цель работы: плановое обследование детей с жалобами на головную боль и боль в области шеи.

Методы исследования: степень обследования детей завесила от жалоб и сопутствующей неврологической симптоматики, выявленной неврологами нашей поликлиники. Обследование при синдроме головной боли у всех детей включало: осмотр глазного дна, ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) магистральных сосудов шеи, транскраниальную допплерографию (ТКДГ), реоэнцефалографию (РЭГ) сосудов головного мозга, ЭХО-энцефалографию (ЭХО-ЭГ), осмотр нейроортопеда, врача лечебной физкультуры, электроэнцефалографию (ЭЭГ), консультации психологов и при необходимости психиатра. При выявлении ультразвуковой патологии со стороны магистральных сосудов шеи неврологи направляли на дообследование и консультации к нейрохирургу в Морозовскую городскую детскую клиническую больницу на проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) в сосудистом режиме головы и шеи, после чего на консультации к сосудистым хирургам в институт нейрохирургии им. Н. Бурденко или сосудистой хирургии им. Вишневского.

Результаты исследования: УЗДС парных сосудов шеи в детской консультативной неврологической поликлинике (ДКНП) на поликлиническом приеме проводят с 2001 года, всего осмотрено 3,5 тысячи детей. Основной возраст детей старше 10 лет, чаще с жалобами на цефалгию обращались мальчики в 75–80 % случаев.

Синдром головной боли у детей на неврологическом приеме выявлен был у 92 % всех детей. Основными причинами головной боли были: резкий перепад погоды (56 %) и утомление от умственной нагрузки (70 %), особенно в конце 2–3 и 4 четвертей и в середине рабочей недели, после физической нагрузки (13 %), после перенесенной черепно-мозговой травмы (54 %). Часто родители отмечали несколько причин у одного ребенка. Приступообразные мигренеподобные голо-

вные боли (шифр по МКБ 10 G43) выявлялись у четверти детей, чаще были головные боли «напряжения» (шифр G 44) в 62 %, редко причиной головной боли был эписиндром. Благодаря внедрению новой ультразвуковой методики, УЗДС магистральных сосудов шеи, на первый план стали выдвигаться ортопедические проблемы: нарушение осанки, которые у трети детей подтверждались рентгенологическими обследованиями и консультациями ортопеда. Это, в больше половине случаев, «вертеброгенное влияние» на ход позвоночных артерий чаще в виде «сглаженного» физиологического лордоза, «нестабильности в шейном отделе позвоночника из-за разностояния шейных позвонков». На УЗ-приеме выявлено: большой процент детей с малыми аномалиями позвоночных артерий чаще в виде «сужений диаметра или гипоплазии» и «позднего входа в шейный отдел позвоночника», часто сочетание аномалий по позвоночной артерии (ПА).

На втором месте по частоте выявления УЗ-патологии на экстракраниальном уровне у детей с синдромом головной боли стоит бассейн сонных артерий, в основном внутренней сонной артерии (ВСА). За 5,5 лет нами не разу не выявлен аорто-артериит, в основном это врожденные аномалии развития в виде извитостей хода ВСА. В той группе детей можно выделить несколько подгрупп: «С-образную», «S-образную» с перегибами или без них, «углообразную» с острым, прямым и тупым углами, «петлеобразную», одно или двустороннюю УЗ-патологию ВСА или в сочетании с патологией ПА. В этой подгруппе пациенты чаще всего предъявляли жалобы на приступообразные головные боли, которые у детей сочетались с тошнотой, мозговой рвотой (приносящей облегчение), глазными симптомами в виде «мерцания», «мушек», «потери кратковременной зрения», парестезий (онемения лица, языка, конечностей) гомолатерально выявленной УЗИ патологии. На сегодняшний день отмечается рост нарушений мозгового кровообращения у детей чаще по типу транзиторной ишемической атаки (ТИА), реже инсультов, чаще геморрагического характера (чаще в бассейне средняя мозговая артерия (СМА), реже ПА на интракраниальном уровне). И как видно из выше перечисленного, в этой подгруппе более тяжелые отдаленные последствия в виде ранней инвалидизации.

Также на приеме врача УЗИ после проведения УЗДС магистральных сосудов шеи после проведения функционально-нагрузочных проб в виде «кратковременной задержки выдоха на 30 сек» выявляется тенденция к возодилятации, вазоконстрикции (для более индивидуального назначения медикаментозного лечения), после «ротационных

проб» — тенденцию к снижению скоростных показателей на уровне выхода из шейного отдела позвоночника. Данные показатели необходимы неврологам для направления на дополнительную консультацию в специализированное ортопедическое учреждение для дообследование и соответствующей реабилитации.

Таким образом, учитывая накопленный многолетний опыт по проведению УЗДС сосудов шеи у детей на поликлиническом приеме в ДКНП с синдромом головной боли, можно рекомендовать его для более широкого внедрения в практику детских неврологов поликлиник для более раннего выявления врожденных патологических извитостей ВСА с целью профилактики инсультов сосудов головного мозга. Данная методика, в виду неинвазивности, отсутствия осложнений после обследования и относительной «дешевизны» более доступна, чем МРТ или ангиография, так как в режиме реального времени позволяет выявить нарушения геометрии хода сосудов и гемодинамики, правильно назначить тот или иной сосудистый препарат. «Хирургическая настороженность» невролога позволяет на более раннем этапе проконсультировать пациента у сосудистого хирурга и при необходимости провести хирургическую реабилитацию выявленной УЗ-патологии «без инвалидизации» ребенка.

МЫШЕЧНО-СУСТАВНАЯ БОЛЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Щербакова Н. Е., Загорулько О. И., Гнездилов А. В.

Клинико-диагностический отдел ГУ РНЦХ им. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия

Этиологию многих заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) связывают не только с морфологическими изменениями в суставе и со смещением суставной головки, но главным образом с дисфункцией сустава и жевательных мышц.

Причиной мышечно-суставных дисфункций являются как патологические процессы в самих мышцах (воспалительные, дегенеративные, последствия травм), так и изменения в зубочелюстной системе.

Ранее клинические проявления артропатий височно-челюстных суставов (боли, скованность в области жевательных мышц и суста-

вов, неприятные ощущения на фоне приема пищи, появление хруста и щелканья, затрудняющих акт жевания) описывались как наиболее характерные симптомы коллагенозов. К одному из ранних признаков поражения соединительной ткани относились парадонтопатии, сопровождавшиеся кровоточивостью десен. В настоящее время болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава рассматривается врачами различных специальностей как один из клинических проявлений дисплазии соединительной ткани (врожденных коллагенопатий).

Диагностическими критериями головной или лицевой боли, связанной с патологией височно-нижнечелюстного сустава являются:

1. Связь боли в одной или нескольких зонах головы и/или лица с патологией ВНЧС, подтвержденная, по меньшей мере, одним из следующих симптомов:

— боль провоцируется движениями челюсти и/или жеванием твердой пищи

— ограничение открывания рта

— специфический звук в зоне ВНЧС с одной или обеих сторон при открывании рта

— болезненность при пальпации суставных капсул одного или обоих ВНЧС

2. Патология ВНЧС, подтвержденная рентгенографией, МРТ и/или сцинтиграфией костей

3. Головная боль проходит в течение 3 месяцев и не возобновляется после успешного лечения патологии ВНЧС.

Боли в области ВНЧС или в окружающих тканях могут сопровождаться также миофасциальным болевым синдромом.

Причинами различных нарушений ВНЧС могут быть изменения в хрящевой ткани суставных поверхностей, дегенеративные изменения в диске, нарушение трофики, обмена веществ, связанные с нарушением формирования соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Дисплазии соединительной ткани (ДСТ) характеризуются полиморфной патологией со стороны внутренних органов, костной системы, патологией зрения, нарушениями в системе гемостаза с геморрагическими проявлениями. Диагноз подтверждается при наличии характерных внешних фенотипических маркеров врожденной «слабости» соединительной ткани.

Учитывая особенности патогенеза при ДСТ, лекарственная терапия, включающая противовоспалительные нестероидные препараты, ненаркотические анальгетики, миорелаксанты и др. препараты, не всегда ока-

зывается эффективной, так как учитывая этиологию заболевания, требуется комплексный подход к лечению дисфункций ВНЧС у больных с ДСТ, включая витаминотерапию, применение препаратов магния и др.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВЕРОЯТНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А.,
Рубина С. С., Восколович И. А.
ГОУ ВПО «Тверская ГМА Росздрава», Тверь, Россия

Головная боль напряжения (ГБН) может возникать в любом возрасте, в том числе пожилом. Хотя пик заболеваемости чаще всего отмечается между 20 и 40 годами, возможен дебют и позже 50 лет. С возрастом заболеваемость ГБН как у женщин, так и у мужчин уменьшается, однако в популяции пожилых лиц представленность этого типа головной боли остается высокой — 27 %, тогда как во всех возрастных группах — 20 % (Solomon S. et al., 1992). Клинически ГБН проявляется болевыми эпизодами раличной частоты, интенсивности и длительности (от нескольких минут до 7 дней). Обычно боль двусторонняя, сжимающего или давящего характера, умеренной интенсивности, ухудшает, но не нарушает дееспособность пациента. ГБН может сопровождаться анорексией без тошноты и рвоты, фотофобией или фонофобией, напряжением мышцы головы и шеи. Пациенты с редкой ГБН, как правило, не обращаются к врачу, так как головная боль проходит самостоятельно и не требует приема медикаментов. Частая эпизодическая ГБН является прогностически неблагоприятным вариантом, так как велика вероятность ее трансформации в хроническую форму. Хроническая ГБН (ХГБН), как и другие хронические болевые сндромы, в наибольшей степени снижает качество жизни пациентов, их дееспособность (Вейн А. М., Табеева Г. Р., 1999, 2001; Вознесенская Т. Г., 2002; Павленко С. С., 2002; Воробьева О. В., 2006). Патогенез и факторы риска развития ГБН изучены недостаточно (Яхно Н. Н. и соавт., 2000; Филатова Е. Г., 2006).

Цель настоящей работы: анализ факторов риска (ФР) развития головной боли напряжения у пожилых лиц и определение подходов к прогнозированию ее хронизации в пожилом возрасте.

Методы. Проведен скрининг основных ФР у 59 пожилых пациентов с хронической ГБН (средний возраст 67,2 ± 3,4 г., 45 женщин и 14 мужчин) и у 53 условно здоровых пожилых лиц контрольной группы, не страдающих головными болями и болевыми синдромами иной локализации (средний возраст 69,3 ± 4,6 г., 32 женщины и 21 мужчина). Диагноз ГБН устанавливали по МКГБ — 2 после после тщательного соматического, неврологического и лабораторно-инструментального обследования пациентов. Возможные факторы, влияющие на развитие и формирование ХГБН изучали по данным клинико-инструментального обследования пожилых лиц обеих групп, их анкетирования, бесед с членами семей и изучения медицинской документации. С учетом представлений о важной роли психологических факторов в патогенезе ГБН, особое внимание уделяли ФР, предъявляющим повышенные требования к адаптивным возможностям личности (Lazarus R., 1984; Гафаров В. В. и соавт., 2000). Уровень психосоциального стресса определяли по тесту Холмса-Рея (Holmes, T. H., R. H. Rahe, 1967), уровень тревожности — по вопроснику Ч. Д. Спилберга (Белова А. Н., Шепетова О. И., 2001), депрессии — по шкале Бэка (Beck A. T. et. al. 1961), степень социальной поддержки — при помощи теста Брекмана-Сим (WHO, Geneva, 1985). Наличие семейно-наследственной отягощенности по головным болям и тревожно-депрессивным расстройствам устанавливали по данным анамнеза, клинической беседы и тестирования родственников испытуемых. Социально-экономический статус определяли по данным самооценки обследуемых, характер и количество соматических заболеваний у одного пожилого человека — по результатам анализа медицинской документации. Учитывали также традиционные ФР — гиподинамию, избыточную массу тела (ИМТ Кетле ≥ 29), текущее курение (независимо от числа сигарет), злоупотребление алкоголем (систематический прием алкогольных напитков независимо от их вида в дозе, превышающей 90 г этилового спирта в неделю). Для ранжирования выделенных ФР и определения их прогностической значимости использовали математический метод наибольшего правдоподобия (Е. Н. Шиган, 1973). Количественные показатели обрабатывали с использованием пакета прикладных программ Statistica, версия 6,0 (StatSoft, 2003).

Результаты. Установлено, что хронизация ГБН у пожилых пациентов в большей степени ассоциируется с семейно-наследственной отягощенностью по головным болям и аффективным нарушениям тревожно-депрессивного ряда, высоким уровнем переживаемого психосоциального стресса в сочетании с низким уровнем социальной поддержки

(недостаточность близких контактов и социальных связей, в том числе в рамках общественных объединений и групп), низким социально-экономическим статусом, наличием соматической патологии (артериальная гипертензия, и гипотензия) и особенно полиморбидности пожилых лиц (при сочетании 3 и более хронических соматических заболеваний у одного и того же человека), в меньшей степени — с гиподинамией. Меньшее значение в развитии ХГБН имеют традиционные факторы риска (курение, избыточная масса тела, алкогольные эксцессы). Выявлены определенные половые различия в представленности некоторых ФР. Для определения степени вероятности формирования ХГБН у пожилых лиц по методике Е. Н. Шигана рассчитаны коэффициенты правдоподобия по каждому значимому фактору риска и индивидуальный показатель риска заболеть (ИПРЗ). В зависимости от значения последнего выделены группа неблагоприятного прогноза (ИПРЗ > > M ± 2σ) и группа внимания (ИПРЗ = M ± 2σ), требующие первоочередного воздействия на корригируемые ФР, такие как высокий уровень тревожности (ИПРЗ — 22,7), депрессии (ИПРЗ — 4,5), склонность к артериальной гипертензии (ИПРЗ — 23,8 и др. К сожалению, в настоящее время потенциально трудно корригируемыми у пожилых людей остаются такие значимые ФР ХГБН, как психосоциальный стресс (ИПРЗ — 27,1) или низкий уровень социальной поддержки (ИПРЗ — 29,1). С учетом данных литературы, касающихся структурно-функцональных изменений головного мозга у пожилых людей с дисбалансом нейротрансмиттерных систем, нейротрофической дисфункцмей, снижением нейропластичности и функциональных возможностей церебральных адаптационно-компенсаторных механизмов (Brown R. M., 1993; Koppleman MD., 1994; Яхно Н. Н, 1995; Яхно Н. Н., Дамулин И. В., 2001, 2004; Скоромец А. А., 2005 и др.) разработана схема, иллюстрирующая роль и место наиболее значимых биологических и психологических ФР в формировании ХГБН.

Заключение. При с равнительном исследовании пожилых пациентов с хронической ГБН и сопоставимых по возрасту и полу, но не страдающих головными болями лиц контрольной группы выявлены значимые биологические и психологические ФР, принимающие участие в развитии хронической формы ГБН. Проведено ранжирование выделенных ФР, определена прогностическая ценность наиболее значимых из них, рассчитаны индивидуальные показатели риска заболеть, позволяющие прогнозировать степень вероятности хронизации ГБН у лиц пожилого возраста и целенаправленно воздействовать на значимые и потенциально корригируемые факторы риска.

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ У УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ, КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Якунин К. А., Михайлова Е. В., Рачин А. П.

Кафедра неврологии и психиатрии ФПК и ППС, Медицинская академия, г. Смоленск, Россия

Актуальность проблемы. В последние годы в отечественной и англоязычной литературе все чаще обсуждается проблема социальной дезадаптации, болевых феноменов и коморбидных депрессивно-тревожных расстройств у участников локальных военных конфликтов (ЛВК). Особая роль у этой категории пациентов принадлежит головной боли (ГБ), частота встречаемости которой по некоторым данным составляет до 70 %. В то же время, несмотря на широкое применение различных методов терапии, у этих больных не до конца раскрыты особенности психотерапевтического воздействия.

Основной целью настоящего исследования явилось изучение структуры и клинико-психологических особенностей ГБ у участников локальных военных конфликтов, а также изучение их реакции на различные виды психотерапевтического лечения.

Материалы и методы. Нами было обследовано 100 пациентов мужского пола (ср. возраст 39,7 лет) — в прошлом, участников ЛВК, находившихся на стационарном лечении в ОГУЗ «Областной госпиталь ветеранов войн». Диагноз ГБ выставлялся в соответствии с рекомендациями международного общества по ГБ второго пересмотра (2003). Для оценки параметров реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности применялся опросник Ч. Спилбергера, для оценки депрессии — опросник А. Бека, акцентуации личности пациентов исследовались по тесту К. Леонгарда, а для оценки жизненной позиции важнейших факторов мы использовали метапрограмный опросник и шкалу Холмса-Рея.

Все пациенты случайным образом были распределены на 3 группы (1-ая стандартная медикаментозная терапия, 2-ая — сочетание стандартной медикаментозной терапии и НЛП; 3-я — сочетание стандартной медикаментозной терапии и эриксонианского гипноза).

Результаты и обсуждение. Как показали результаты исследования среди обследованных нами пациентов жалобы на ГБ предъявляли 69,0 %. Наиболее часто диагностировалась посттравматическая ГБ (53,6 %) и головная боль напряжения (ГБН) (27,5 %). Сравнительный анализ цефалгии показал, что ГБН у участников ЛВК реже носит односторонний характер (5,3 % против 21,6 %), чаще возникает в вечерние

часы (42,1 % против 8,1 %) и провоцируется переменой погоды (52,7 % против 32,4 % соответственно), а для посттравматических ГБ наиболее характерны возникновение в любое время суток (67,6 % против 21,3 % в группе ГБН) и нестерпимый характер (24,3 % против 10,5 % соответственно). Кроме того, ГБН характеризовалась значительно меньшей продолжительностью заболевания. Сравнение результатов по метапрограммному опроснику выявило, что у участников ЛВК, страдающих посттравматическими ГБ, достоверно чаще отмечалась активная жизненная позиция (стремление над избеганием), чем у пациентов с ГБН. По шкале стрессовой нагрузки (Холмса-Рея), выявлен высокий уровень стресса во всех группах. Сравнительная характеристика психологических особенностей у участников ЛВК с ГБН и при посттравматических болях не выявила достоверных различий между группами.

Результаты проведенной терапии показали, что при отсутствие достоверных различий между контрольной и экспериментальными группами пациентов по уровням тревожности (реактивная — низкая, личностная — умеренная), в группах психотерапии существенно снижается уровень депрессии (контроль 16,9 ± 5,14; группа эриксонианского гипноза 12,5 ± 3,3, группа НЛП 12,04 ± 3,3). Уровень субъективного ощущения боли (1-й вопрос КБО) оказался примерно одинаковым во всех трех группах (контроль 3,7 ± 1,4; группа эриксонианского гипноза 3,7 ± 1,2, группа НЛП 3,6 ± 0,9).

При просторном обследовании пациентов спустя 10–12 месяцев (повторная госпитализация) значимых различий при сравнении психотерапевтических групп между собой снова не было выявлено. Исходя из этого, две экспериментальные группы были объединены и сравнены с контролем. И в контрольной, и в экспериментальной группах за период без лечения выросли показатели личностной тревожности и число баллов по шкале Бека. Значимых различий по первому пункту КБО «Оцените уровень своей боли в настоящий момент» выявлено не было (контроль 5,4 ± 3,6, группа психотерапии 5,2 ± 1,5). Однако, в эксперементальной группе показатели депрессии (13,9 ± 5,5) и личностной тревожности (45,0 + 4,4) были ниже, чем в группе сравнения (17,7 ± 10,5 и 50,5 ± 7,1 соответственно).

Заключение. Результаты проведенной работы катамнестически подтверждают эффективность применения психотерапии при головных болях у участников ЛВК а также целесообразность использования психотерапевтических техник и методик из различных методов и направлений для лечения данной патологии (учитывая коморбидную отягощенность).

ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИОННАЯ ДИСКЭКТОМИЯ (ДЕКОМПРЕССИЯ) В ЛЕЧЕНИИ ДИСКОГЕННЫХ РАДИКУЛИТОВ

Богомолов С. Д., Назаров В. М.,
Линючев А. В., Осадчий А. К.

Дорожная клиническая больница на ст. Горький,
г. Нижний Новгород, Россия

Боль в спине и корешковая боль в ноге вследствие патологии межпозвонковых дисков остается весьма актуальной проблемой в современной медицине. Экономические потери от лечения пациентов с болью в спине в развитых странах достигают колоссальных цифр и выходят на первое место в структуре заболеваемости у лиц трудоспособного возраста.

Предложено множество способов лечения дискогенных радикулитов, но результаты лечения, в т. ч. хирургические, остаются далеки от желаемых. В связи с этим постоянно происходит совершенствование хирургических методик, предлагаются новые виды хирургического воздействия на межпозвонковый диск.

Одной из последних, современных опций лечения боли в спине и ноге, вследствие проблем, связанных с патологией межпозвонкового диска, является чрескожная пункционная дискэктомия (нуклеотомия) декомпрессором «Stryker». Целью данной работы явилось изучение ближайших результатов после чрескожной пункционной дискэктомии (ЧПД), определение четких показаний к данному виду малоинвазивного хирургического вмешательства у пациентов, страдающих от болей в спине и ноге, связанных с патологией межпозвонкового диска.

Начиная с сентября 2006 г., нами было пролечено 32 пациента, которым выполнялась ЧПД, всего оперировано 52 уровня. Средний возраст пациентов составил — 36.8 лет, длительность радикулярного анамнеза (период времени от впервые возникшей корешковой боли) от 3 недель до 7 лет. При этом, у 26 человек, в среднем, анамнез составил 6,5 не-

дель, а у 6 человек — 5,3 года. 56 % пациентов имели патологию более, чем на 1 уровне. Всем проводилось нейровизуализационное обследование, заключавшееся в выполнении МРТ, цифровой контрастной миелографии и предоперационной дискографии. Среднее время воздействия декомпрессором на 1 уровень составило 7 мин. Средний койко-день — 3,5. Большинство пациентов были выписаны из стационара на следующий день после операции. 3 пациентам был проведен курс эпидуральной фармакотерапии в дополнение к выполненному вмешательству. 1 пациент через 6 недель после вмешательства был оперирован открытым способом вследствие рецидива болевого синдрома. 6 пациентов, имевших длительный анамнез корешковой боли и подлежащих открытому хирургическому вмешательству, были включены в исследование в силу либо противопоказаний к стандартной операции (1 пациентка имела анемию средней степени, 2 — сахарный диабет I типа, субкомпенсированный, среднетяжелого течения), либо в силу их категорического отказа от открытой хирургии.

Субъективная оценка пациентами результатов лечения следующая: 25 (78 %) — отличный результат, 7 (22 %) — хороший. Объективно, отмечено улучшение в ближайшем послеоперационном периоде (до 2 недель) в виде увеличения физической активности, регресса болевого и мышечно-тонического синдрома у всех оперированных больных. 27 пациентов (84 %) полностью отказались от приема анальгетиков за весь период наблюдения (в среднем — 2 месяца). Осложнений после ЧПД ни у одного пациента отмечено не было.

Таким образом, при тщательном отборе пациентов (прежде всего, непродолжительный — до 6 недель — радикулярный анамнез; верифицированная протрузия межпозвонкового диска с компрессией корешка; отсутствие других ноциогенных факторов (стеноз позвоночного канала, артроз фасеточных суставов и др.); неэффективность консервативной терапии и положительный результат от эпидуральной блокады малым количеством местного анестетика), чрескожную пункционную дискэктомию декомпрессором «Stryker» следует признать полезной опцией хирургического лечения пациентов с болью в спине и ноге вследствие патологии межпозвонкового диска.

Необходимо дальнейшее изучение данного вида лечения, а именно, уточнение показаний и противопоказаний к ЧПД, выработка объективных критериев определения главенствующей роли патологии межпозвонкового диска в структуре болевого синдрома, оценка результатов лечения через продолжительный период времени.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ В ПРОТИВОБОЛЕВОМ ЦЕНТРЕ

Бутина Л. В., Арзуманов А. В., Якушева Т. С.

МУЗ ГБ № 1 им. М. Н. Горбуновой, БВЛ, Противоболевой Центр, г. Кемерово, Россия

Дорсопатии, связанные с остеохондрозом позвоночника, занимают ведущее место в практической медицине по распространенности, причиняемым страданиям, утрате трудоспособности, экономическим потерям.

Одним из тяжелых проявлений данной патологии являются грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника (МПД ПОП), характеризующиеся хроническим болевым синдромом, рецидивирующим течением, зачастую приводящие к инвалидизации и оперативному лечению. Купирование болевого синдрома представляется крайне трудной проблемой.

Цель работы: оценить эффективность комплексного, консервативного восстановительного лечения при грыжах МПД ПОП.

Методы: нами проведено динамическое обследование и лечение 30 пациентов в ПБЦ с грыжами МПД ПОП в возрасте о 30 до 64 лет. Из них лица трудоспособного возраста 26 человек (86,6 %), 14 мужчин (46,6 %), 16 женщин (53,3 %). Средний возраст — 44 года. Длительность заболевания колебалась от 6 месяцев до 15лет. Сроки лечения — от 2 недель до 45 дней.

Методы исследования:

1) Субъективная оценка боли пациентом по шкале ВАШ. Уровень боли колебался от 5 до 10 баллов, в среднем — 8,4 балла.

2) Неврологическое обследование — оценивались статокинетические и сегментарно-очаговые изменения.

3) Мануальная диагностика.

4) Электромиография.

5) Рентгенологическое обследование.

6) Методы нейровизуализации (КТ, МРТ).

Размеры грыж варьировали от 2 до 8 мм. У 2 больных выявлены секвестрирующие грыжи, у 2 пациентов поражение 2 дисков.

Проведенное комплексное лечение включало: методы физической реабилитации (лечебная гимнастика в зале либо самостоятельные занятия, гидрокинезотерапия, механотерапия, тракционное лечение,

массаж), рефлексотерапия, физиотерапевтическое лечение (электромиостимуляция, лазеротерапия, электрофорез с «карипазимом»), мануальная терапия (в том числе «дуральные техники», прикладная кинезиология), фармакотерапия.

Результаты. Анализ результатов проведенного лечения показал, что разработанные комплексные программы реабилитации больных с грыжами МПД ПОП позволили добиться значительного улучшения у 27 пациентов — регресс болевого синдрома и восстановление нарушенных функций, что позволило выписать к труду 24 человека. 3 больным рекомендован повторный курс лечения и только 3 (10 %) пациентам было предложено оперативное лечение у нейрохирурга. Таким образом, у 27 (90 %) пациентов применяемая активная комплексная реабилитация является эффективной технологией и предотвращает нейрохирургическое вмешательство.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ СПОДИЛОПАТИИ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ I ТИПА

Гаврилова И. Е., Хатит Т. Н., Когай С. М., Ким С. Р.
Кафедра рефлексотерапии, Новокузнецкий ГИУВ,
г. Новокузнецк, Россия

Введение. Спондилопатия при инволюционном остепорозе может развиваться латентно, пока не появляются переломы позвонков, которые сопровождаются резким снижением минеральной плотности костной ткани при остеоденситометрии. По результатам исследований прошлых лет, выявлено (В. Ч. Ван, Л. В. Ван, И. Р. Шмидт, 2000), что компрессионные корешковые синдромы с выраженным болевым компонентом, развивались в верхне-поясничном и нижне-грудном отделах. У пациентов с вертебральными переломами при клинически выраженном остеопорозе, наиболее значимой является жалоба на боль в спине, которая возникла после падения, подъема тяжести, неловкого движения, и длится от нескольких недель до месяцев, сопровождаются ограничением объема движения в поясничном, грудном отделах, снижением силы мышц разгибателей спины. В дальнейшем, появляется характерная деформация позвоночника, которая в свою очередь, способствует формированию хронического болевого синдрома. Рефлексотерапия является эффективным, нефармакологи-

ческим методом лечения, который часто используется для купирования регионального болевого синдрома при различных вертеброгенных нарушениях.

Цель исследования: оценить влияние рефлексотерапии на динамику хронического болевого синдрома и изменение функциональной активности у пациентов с неврологическими (компрессионными, рефлекторными) нарушениями при инволюционном остеопорозе.

Материал и методы: для достижения поставленной цели, нами отобраны 18 женщин, в возрасте от 55 до 79 лет, страдающие спондилопатией на фоне инволюционного остеопороза, в клинической картине заболевания которых проявлялся выраженный болевой синдром, длительностью от 6-ти и более месяцев. Диагноз подтвержден рентгенологическим методом. На спондилограммах определялась позвонково-дисковая диссоциация II, III и IV степени, с наличием патологических переломов в грудном и поясничном отделах, у 7-ми пациенток использованы методы нейровизуализации (КТ, МРТ).

Неврологический статус. В 10-ти случаях имел место рефлекторный склеротомно-альгический синдром (дорсалгия, люмбалгия) II, III степени клинических проявлений, у 8 — ми пациенток наблюдались компрессионные корешковые синдромы, с поражением L2,3 корешков, на фоне изменений осанки (грудного гиперкифоза, гомо- или гетеролатерального сколиоза в поясничном отделе позвоночника) — у 17-ти пациенток. Данные изменения сопровождались антальгическими изменениями походки, с выраженными ограничениями подвижности в грудном и поясничном отделах позвоночника. Диагностика канально-меридианальной системы проводилась на основании сопоставления данных специального опроса, осмотра и пальпации, применяемых в акупунктурной диагностике, при этом выявлен высокий уровень нарушения энергетического дисбаланса у всех пациенток (V, VIII чудесные меридианы). Оценка динамики болевого синдрома проводилась дважды по 10-ти бальной визуальной шкале (ВАШ) и изменениям неврологической симптоматики до и спустя неделю после лечения. В зависимости от степени тяжести неврологических изменений, болевого синдрома и данных акупунктурной диагностики, всем больным проводилось от 12 до 15 сеансов рефлексотерапии по оригинальной методике, длительностью от 1 часа до 40 минут; число игл до 30-ти на один сеанс.

Результаты. После акупунктурного лечения у 12-ти пациентов купирован рефлекторный склеротомно-альгический синдром, а у 6-ти —

значительно снизилась степень компрессионных корешковых проявлений. В результате лечения выявлено заметное снижение степени выраженности болевого синдрома.

Заключение. В клинической картине спондилопатии присутствуют различные неврологические синдромы. Рефлексотерапия позволяет значительно снизить степень выраженности болевого синдрома, восстановить функциональную активность пациента, является дополнительным методом воздействия при восстановительном лечении проявлений инволюционного остеопороза.

К ПАТОГЕНЕЗУ КОСТНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

Герасимов А. А.

Уральской государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия

Остеохондроз является наиболее распространенной патологией позвоночника среди взрослого населения. Термин «Остеохондроз» предполагает дистрофические изменения хряща и кости позвонков, Главными причинами болевого синдрома считаются изменения и грыжевые выпячивания диска, соответственно этому строится и лечебная тактика.

Последние десятилетия физиологами изучены новые важные звенья в патогенезе заболевания. Считается, что источником боли является сама кость с ее остеорецепторами, которые относятся к симпатической нервной системе (Г. А. Янковский, 1982).

Патогенез формирования очага патологии, как в позвонках, так и в триггерных зонах можно представить следующим образом. Первоначальные изменения при дистрофических заболеваниях позвоночника и суставов происходят вначале в костной ткани в виде локального остеопороза с разрушением костных балок [В. В. Котенко, 1987], застойных явлений крови в венозной системе [В. П. Михайлов, 2004] и повышения внутрикостного давления [В. П. Макушин, 2000; Л. П. Соков, 2004]. Костная ткань богата остеорецепторами, их раздражение происходит при нарушении кровообращения, они реагируют на уменьшение парциального давления кислорода в костных сосудах [Л. В. Калюжный, 1984]. Доказано, что чем хуже кровоснабжение

кости, тем больше усиливается интенсивность боли [А. А. Герасимов, 1995]. В последующем изменения охватывают надкостницу, возникает ее отек и возникает болезненность при пальпации. Патология в костной ткани прогрессирует постепенно с годами. Через несколько лет процесс вовлекает рядом лежащие мышцы, вызывая их вторичное рефлекторное напряжение. Раздражение остеорецепторов прогрессивно увеличивается, вовлекается синувертебральный нерв Люшка, а затем соответствующие позвонкам спинномозговые нервы. Боль носит рефлекторный характер и распространяется на конечность по склеротомной части нервов. При этом вовлекаются участки костей, болезненные при пальпации и которые преимущественно отвечают за трофику костей.

Боль при поражении позвоночника распространяется в основном по склеротомам, в проекции которых определяются болевые участки на костях. Чаще они располагаются в местах прикрепления мышц, капсулы суставов, сухожилий и легко диагностируются клиническими методами.

Нарушение кровообращения в костях является первичным звеном и в отношении дистрофических явлений в межпозвонковых дисках и всех суставов. Как известно, питание гиалинового хряща происходит за счет диффузии из костной ткани тел позвонков. Даже небольшие нарушения прямого артериального кровоснабжения кости приводят к резкому уменьшению процессов диффузии питательных веществ в матрикс хряща. Нарушение этого питания является основой для возникновения биохимических нарушений, а затем и дистрофических явлений в межпозвонковых дисках [В. В. Козлов, 1973].

Нами при помощи РГ и полярографии выявлено, что обменные процессы в костях зависят от интенсивности болевого синдрома в позвонке. Сильная боль ослабляет кровообращение и микроциркуляцию в костях, способствует в них процессам деструкции [А. А. Герасимов, Р. В. Овсянникова, 1995]. Учитывая важную роль костной ткани в патогенезе болевого синдрома, считаем правомочным термин «костно-болевой синдром».

Следовательно, в патогенезе болевого синдрома лежит нарушение кровообращения кости, поэтому целью нашей работы явилась разработка эффективного патогенетического метода лечения.

Существующие методы лечения не решают эту цель. Медикаментозная сосудистая терапия влияет на сосуды мягких тканей, в костях сосуды не реагируют на спазмолитические препараты, перфузия лекарства внутрь кости замедленна и растянута по времени. Воздействие на сосуды костей ослаблено.

Физиотерапевтическое лечение по известным данным также малоэффективно. Кожа является барьером для прохождения разных видов энергии внутрь организма. Так, электрический ток ослабляется кожным покровом в 200–500 раз [С. С. Джонсон, 1982; С. Пресман, 1968]. Ослабленный ток, попавший в организм, практический до кости не доходит. Кость покрыта замыкательной пластинкой, обладающей большим сопротивлением. Поэтому ток обходит кость, шунтируясь по токопроводящим путям.

Методы исследования. Проведено обследование и лечение у 174 больных, которые разделены на две группы. В основной группе (98 человек) лечение проводили только методом внутритканевой электростимуляцией, во второй (76) применяли традиционное комплексное лечение. Для исследования кровообращения применяли метод реографии и полярографии в костной ткани с применением игольчатых электродов.

Результаты. Нами экспериментально установлено [А. А. Герасимов, 1995], что электрический ток улучшает костное кровообращение и является хорошим раздражителем для костных рецепторов. Для того, чтобы электрический ток достигал кости стерильную иглу подводят к остистому отростку пораженного позвонка и подают специальный электрический ток, близкий по характеристикам к физиологическому. Это низкочастотный импульсный ток. Стандартные физиотерапевтические аппараты, к сожалению, не удовлетворяют нужным требованиям, так как высокочастотные составляющие импульсов оказывают повреждающее действие на миелиновую оболочку нервов [Agnew W., 1999]. Разработанный аппарат включен в реестр МЗ РФ и разрешен к производству. Новый метод лечения называется внутритканевая электростимуляция [Патент № 1103855].

Изучена эффективность лечения при использовании внутритканевой электростимуляции, полное устранение рефлекторных болей и восстановление нервов достигается у 90-92 %. При традиционных методах лечения — у 37 %. Длительность ремиссии в течение двух лет при электростимуляции была в среднем в три раза длиннее, чем при традиционном лечении. Сроки лечения сокращаются в 2,5 раза.

Исследованы основные механизмы лечебного действия внутритканевой электростимуляции. Общерефлекторный механизм более выражен. Местное действие заключается в воздействии тока на костную ткань. Методом внутритканевой реографии и полярографии доказано, что это воздействие приводит к локальному восстановлению кровооб-

ращения и значительному увеличению микроциркуляции в пораженном позвонке. Ликвидируется основная причина боли — нарушение кровообращения и раздражение рецепторов в позвонках. Как следствие, усиливаются трофический и репаративные процессы. Кроме того, лечебный эффект электростимуляции хорошо заметен при мышечно-тоническом синдроме, при правильном воздействии на кость происходит быстрое расслабление мышц.

При электростимуляции выявлен новый механизм восстановления периферических нервов. Электроток распространяется внутри организма по токопроводящим путям, т. е. сосудам и нервам. Замечено, что физиологический ток возбуждает структуры нерва и восстанавливает его нарушенную функцию, что подтверждено клинически и ЭНМГ-исследованиями.

Заключение. С учетом новой трактовки патогенеза заболевания возможно использование термина «костно-болевой синдром». Внутритканевая электростимуляция является эффективным патогенетическим методом лечения болевых вертеброгенных синдромов. Метод воздействует на все патологические звенья заболевания: восстанавливает кровообращение в костной ткани, устраняя боль, расслабляет мышцы и номализует функцию нервов.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГРЫЖЕЙ ДИСКА

Герасимов А. А.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия

Остеохондроз позвоночника — одно из самых распространенных заболеваний в популяции людей, а поясничный остеохондроз является самым частым и поражает людей в любом возрасте, но особенно в трудоспособном до 87,5 % (I. Kramer, 1988). Длительность нетрудоспособности с каждым годом увеличивается, что свидетельствует о том, что качество лечения не улучшается. С каждым годом создаются новые методы лечения, но они основаны на старых подходах и являются аналогами уже существующих, не создавая существенного улучшения качества лечения. Успехи в хирургическом лечении грыж поясничных дисков, включая эндоскопическую радиочастотную и ла-

зерную вапоризацию, очевидны, но частота рецидивов грыж, по мнению отечественных и зарубежных исследователей, достигает 15–17 % (А. К. Чертков, 2002; I. Kramer, 1988). Частота инвалидности после операций не уменьшается.

Последние годы имеется тенденция к уменьшению частоты операций декомпрессии, за счет уточнения и ограничений показаний к операциям. Это связано с частыми осложнениями до 11 % (А. К. Чертков, 2004), которые трудно устраняются. Причинами, вызывающими рецидив радикулярного синдрома могут быть постнуклеотомная нестабильность (37 %), неполное удаление фрагментов пульпозного ядра, спаечный процесс в позвоночном канале, нарушение кровообращения корешков и др. Часто нейрохирурги не обнаруживают сдавления нерва грыжей, что опровергает данные МРТ о наличии диско-радикулярного конфликта. Нередко удаление грыжи не ликвидирует болевой синдром, что заставляет хирургов обращаться к консервативному лечению. Следовательно, много операций проводится не по показаниям, нет достоверных критериев диско-радикулярного конфликта, операции приводят к явлениям, которые могут повлечь рецидив боли.

Для предотвращения недостатков оперативного лечения необходимо пересмотреть показания к операции и разработать эффективные методы консервативного лечения, что явилось целью нашей работы.

При консервативном лечении последовательно происходят функциональные и морфологические изменения в тканях позвоночника, которые приводят к ликвидации болевого синдрома и образованию соединительнотканной капсулы вокруг грыжи диска. Капсулированная грыжа выполняет роль пробки, надежно закупоривая отверстие из межпозвонкового диска. При правильном лечении рецидивов грыжи в этих местах не бывает.

Последние десятилетия физиологами изучены важные особенности патогенеза боли, где ведущую роль отводят нарушению кровообращения костной ткани позвонков и раздражению остеорецепторов, реагирующих на нарушение костного кровообращения (Л. В. Калюжный, 1984). Чем хуже кровоснабжение кости, тем больше интенсивность боли. В последующем, болевая импульсация вовлекает в процесс надкостницу, мышцы и затем распространяется на спинномозговые нервы через систему синувертебрального нерва Люшка. Рефлекторная боль иррадиирует на конечность по склеротомам, при компрессионном синдроме наблюдается нарушение функции нерва. Дифференциальная диагностика между двумя вариантами боли часто вызывает сложности.

Методика лечения. Нами разработан способ внутритканевой электростимуляции (патент № 1103855) при лечении болевых синдромов позвоночника. Сущность способа заключается в подведении низкочастотного электрического тока непосредственно к дужке позвонка с помощью иглы-электрода. Кожа является барьером для электротока и уменьшает его силу от 100 до 500 раз. Способ успешно устраняет любые рефлекторные болевые синдромы, когда фрагмент хряща не давит на корешок.

Способ лечения является дифференциально-диагностическим тестом. Если после 2–3 процедур наблюдается уменьшение боли, то это признак рефлекторных болей, которые исчезают при продолжении лечения. Если после 2–3 процедур никакого эффекта не наблюдается, боли в конечность сохраняются, то это является достоверным признаком сдавления нервного корешка. Этот дифференциально-диагностический тест полностью подтвержден результатами декомпрессивных операций и послеоперационного течения болезни.

Материал. Проведена сравнительная оценка результатов консервативного лечения больных с грыжами дисков в двух однородных группах, лечившихся разными методами в стационаре. Комплексный, традиционный метод применялся у 23 человек и включал медикаментозную терапию, вытяжение, фиксацию, блокады, физиотерапию и др. В основной группе из 35 больных применялся только способ внутритканевой электростимуляции и иммобилизация поясом. Осложнений не наблюдалось.

Результаты. При электростимуляции полное устранение боли и клинических симптомов достигнуто у 26 больных (74 %), значительное улучшение — у 7. Отсутствие эффекта у двух, им произведена операция. Средний срок лечения составил 18 ± 2,3 дня. При традиционном методе лечения полное устранение боли достигнуто у 7 больных (34 %), улучшения у 6. Отсутствие эффекта в течение шести месяцев лечения было у 10 больных (43 %). Все из них прооперированы, но болевые явления и неврологические расстройства в той или иной степени остались, ликвидированы способом внутритканевой электростимуляции. Срок лечения при традиционном методе — 90–115 дней. Рецедивов грыжи в течение 8–15 лет не наблюдалось.

С помощью внутритканевой реографии и полярографии изучено кровообращение тканей позвоночника до и после лечения. После внутритканевой электростимуляции наблюдалось улучшение кровообращения и существенное улучшение микроциркуляции тканей поз-

воночника. Кроме того, предложенные параметры электрического тока по данным ЭНМГ способствовали быстрому восстановлению функции нерва.

Заключение. Способ внутритканевой электростимуляции является высокоэффективным при лечении больных с грыжей диска, может служить дифференциально-диагностическим тестом рефлекторной и корешковой боли. Консервативное лечение показано в большинстве случаев грыжи диска.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Гусева Л. Г., Спасова А. П., Давыдов Е. А.

Отделение нейрохирургии Республиканской больницы им. В. А. Баранова, медицинский факультет Петрозаводского государственного университета, г. Петрозаводск, Россия, нейрохирургическое отд., РНХИ им. проф. А. Л. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

Одним из нежелательных последствий хирургического вмешательства является хронический послеоперационный болевой синдром (ХПБС). ХПБС после операций на поясничном отделе позвоночника занимает ведущее место и составляет 21 % среди других доброкачественных болевых синдромов.

Цель работы: снижение частоты послеоперационных осложнений и необоснованных повторных оперативных вмешательств, улучшение качества жизни пациентов, путем полной функциональной реабилитации и восстановление трудоспособности.

Материал и методы: в нейрохирургическом отделении в период 2004–2006 гг. пролечено 52 пациентов трудоспособного возраста от 36 до 67 лет с ХБС после операций в поясничном отделе. Мужчин — 28, женщин — 24. Длительность болевого синдрома от 2,5 месяцев до 7 лет. Проанализированы анамнестические данные, оценен неврологический статус. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по субъективным ощущениям с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), опроснику McGill и краткому опроснику боли, опроснику Освестри. Выполнены: стандартная спондилография пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2 проекциях, в т. ч. функ-

циональные, магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела, для уточнения характера патологического процесса, спондилография в 3/4 проекции, миелография с омнипаком 240 — 10 мл.

В изучаемой нами группе установлены следующие причины ХБС (в группу вошли пациенты оперированные ранее, начиная с 1993 г.): истинный рецидив грыжи диска выявлен у 15 пациентов, новая грыжа диска на другом уровне — 6, поясничный стеноз (центральный, латеральный) — 14, рубцово–спаечный процесс — 15, неустановленная причина ХБС — 2. Однако необходимо отметить, что нередко имело место сочетание указанных причин развития ХБС. Наиболее частыми сочетаниями причин было: рецидивная грыжа диска, стеноз позвоночного канала (центральный или латеральный), рубцово-спаечный процесс. Локализация патологического процесса отмечена на уровне $Л_{4–5}$ в 26 случаях, $Л_{3–4}$ — 4, $Л_{5–6}$ — 2, $Л_5$-S_1 — 20 (в т. ч. 2-уровневое поражение). Сочетание уровней поражения $Л_{3–4}$, $Л_{4–5}$ имело место в 4 случаях, $Л_{4–5}$ и $Л_5$-S_1 — в 8. Моносегментарный характер поражения диагностирован у 21 пациентов, полисегментарный (2-уровневный и более) — у 31.

Лечения проведено по предложенной нами методике лечения: курс НПВС, вазоактивная терапия, миорелаксанты, нейропротекторы, антидепрессанты, антиконвульсанты (тебантин), классические блокады болевых зон новокаином, маркаином, дипроспаном или кеналогом, адекватное физиотерапевтическое лечение. При недостаточно эффективном лечении были использованы нетрадиционные методы лечения, а именно интерплевральная аналгезия (ИПА) и периферические нервные блокады. Периферические нервные блокады выполнены 39 пациентам. Из периферических нервных блокад чаще всего использовали блокады перонеальных нервов, седалищного нерва дистальным доступом, блок поясничного сплетения по Winnie.

Интенсивность болевого синдрома по ВАШ снизилась с 7,9 ± 1,15 до 0,8 ± 0,5, суммарное число выбранных дескрипторов по опроснику McGill 12,63 ± 0,47 до 5,00 ± 0,10 ($p < 0,05$). По окончании курса восстановительного лечения все пациенты в удовлетворительном состоянии были выписаны из стационара с полным регрессом болевого синдрома.

Повторно оперировано в отдаленном периоде 35 пациентов. Как правило, технически оперативное вмешательство включало в себя расширенную реинтерламинэктомию на уровне поражения или гемиляминэктомию, редко ляминэктомию, с медиальной фасетэктомией, декомпрессией корешкового канала с целью устранения компрессии нейро-сосудистых образований, менигорадикулолиз, дискэктомии.

В настоящее время для профилактики формирования ХПБС нами используется мультимодальная анальгезия в лечении послеоперационного болевого синдрома: опиоидные анальгетики; нестероидные противовоспалительные препараты, внутривенная форма парацетамола.

Усовершенствованная схема лечения ХПБС, основанная на традиционных и нестандартных методах лечения, является высокоэффективной и позволяет достигать быстрого купирования болевого синдрома и полной реабилитации пациентов. Предлагаемая схема лечения позволяет ускорить восстановление трудоспособности и улучшить качество жизни. Повторное оперативное вмешательство при ХПБС на поясничном отделе позвоночника оправдано, если сохраняется компрессия нейро-сосудистых образований и исчерпаны все методы консервативного лечения.

ТЕРМОИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ РЕФЛЕКТОРНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ ГРУДНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Когай С. М., Ван В. Ч., Ким С. Р., Че В.

Кафедра рефлексотерапии, Новокузнецкий ГИУВ, г. Новокузнецк, Россия

Введение. Медико-социальная значимость проблемы остеохондроза позвоночника остается высокой, несмотря на значительные успехи в разработке теоретических и практических аспектов проблемы. Это заставляет искать новые подходы к лечению клинических проявлений данной патологии. В клинике грудного остеохондроза значительное место занимают рефлекторные болевые синдромы, один из наиболее часто встречающихся — межлопаточный болевой синдром.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности метода магнито-вакуумной рефлексопрессуры в лечении межлопаточного болевого синдрома.

Материалы и методы. Из пациентов, обратившихся в медицинский центр «Элигомед», после комплексного обследования были отобраны 15 человек в возрасте от 35 до 45 лет с давностью заболевания от 0,5 года до 2-х лет, которым был выставлен диагноз грудного остеохондроза с межлопаточным болевым синдромом.

Эффективность термоиглорефлексотерапии оценивали, используя клинический неврологический метод, метод кинестезической диа-

гностики, оценку боли по визуально- аналоговой шкале (ВАШ), тепловизионное обследование, которое проводилось при помощи термографа «Радуга-2» до и после курса термоиглорефлексотерапии.

Опосредованное прижигание через акупунктурную иглу проводилось мокса-конусами приготовленными в обычных условиях. Способ приготовления: берется щепотка измельченной полыни и спрессовывается в виде конуса, масса которого не должна превышать одного грамма. При приготовлении необходимо спрессовывать полынь в единую массу, иначе волокна будут выпадать при сгорании и, возможны осложнения в виде ожогов. Приготовленный конус прикрепляют к рукоятке иглы введенной в биологически-активную точку, на расстоянии не менее 4-х сантиметров от поверхности кожи. До прикрепления конуса к рукоятке иглы можно надеть кусочек картона для предохранения кожи от ожога. Прикрепленный конус поджигают. После окончания процедуры, когда конус полностью сгорит, пепел встряхивают в чашку Петри. Если за один сеанс процедуры на точку необходимо воздействовать теплом 2–3-х конусов то, не дожидаясь полного сгорания первого конуса (1/4 часть), фиксируем следующий. Продолжительность процедуры длилась в среднем 10–15 минут, в зависимости от применяемых конусов (соответственно 1–3 конуса), так как для полного сгорания одного конуса требуется около 5 минут. Также необходимо учитывать субъективное ощущение тепла у пациента. При ощущении у пациента выраженного жара необходимо прекратить процедуру. В нашем исследовании такого не отмечалось.

Результаты. Анализ результатов проведения процедуры термоиглорефлексотерапии у больных с рефлекторным межлопаточным болевым синдромом показал, что на 2–3-й день лечения отмечался регресс болевого синдрома. До лечения 93,3 % пациентов оценивали свою боль 10-ю баллами, к 5-му дню лечения у 46,7 % болевые проявления составили 5–6 баллов по ВАШ, а к 10-му дню13,3 % оценивали боль в 1–2 балла.

При кинестезическом обследовании до начала курса термоиглорефлексотерапии у 8 % пациентов указанной группы отмечались фиброзные уплотнения в мышцах межлопаточной области диаметром до 1,5 см, к концу лечения их размер сократился до 5–7 мм в диаметре.

При тепловизионом обследовании до лечения отмечалась термоассиметрия тканей грудного отдела позвоночника и тканей межлопаточной области в сторону гипотермии от 0,7 до 2,0 °С, после 1 процедур в межлопаточной области термотопография была достаточно однородной, термоассиметрия с окружающими тканями грудного отдела поз-

воночника составила от 0,1 до 0,5 °С, уменьшилась площадь термоассиметричного участка, что свидетельствовало об улучшении локального кровотока в данной области.

Заключение. Таким образом, анализ динамики обратного развития болевого синдрома свидетельствует в пользу эффективности применения метода термоиглорефлексотерапии в лечении клинических проявлений остеохондроза грудного отдела позвоночника с межлопаточным болевым синдромом, оказывает выраженный противоболевой эффект, способствует улучшению трофического и сосудистого обеспечения измененных мышц.

ПИАСКЛЕДИН 300 В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ БОЛЕВЫМ КОРЕШКОВЫМ СИНДРОМОМ

Литвинцев Б. С.

Военно-медицинская академия, кафедра нервных болезней, г. Санкт-Петербург, Россия

Остеохондроз позвоночника представляет собой хронический дистрофический процесс в позвоночнике, проявляющийся снижением гидрофильности и деструкцией межпозвоночных дисков, их грыжевым выпячиванием, уплотнением краевых пластинок тел позвонков, разрастанием остеофитов, артрозом дугоотросчатых суставов. Любое резкое движение или поднятие тяжести может привести к возникновению грыжевого выпячивания, которое, в свою очередь, способствует развитию корешкового или сосудисто-корешкового синдрома. Статистические данные указывают на высокую частоту встречаемости дистрофических изменений в позвоночнике: 80 % людей страдают вертеброгенными болями, у 20 % из них ограничена двигательная активность. Основными причинами развития остеохондроза позвоночника являются генетическая предрасположенность, возраст старше 50-ти лет, неправильное строение тела, избыточный вес и ожирение, физические травмы хрящевых тканей, нарушение обмена веществ, воспалительные процессы в суставах, диабет, различные отложения в области хрящей. Клинические проявления остеохондроза позвоночника в основном характеризуются формированием болевого синдрома, в составе которого выделяют местные, проекционные и реактив-

ные боли, ограничивающие двигательную активность. Часто присоединяются расстройства чувствительности.

Основной комплекс терапевтических мероприятий при остеохондрозе позвоночника включает немедикаментозные (физиотерапия, лазеротерапия, гидротерапия) и медикаментозные (анальгетики, нестероидные противовоспалительные средства, средства для улучшения микроциркуляции) методы. Основой лечения дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника является восстановление нарушенного динамического равновесия между синтезом хондроцитов суставного хряща и их деградацией. К препаратам, обладающим таким действием, относится пиаскледин 300, составляющими компонентами которого являются экстракт масла авокадо и экстракт масла сои.

На базе клиники нервных болезней Военно-медицинской академии в 2004-2005 г. г. проведена оценка эффективности препарата пиаскледин 300 у больных, страдающих остеохондрозом позвоночника с болевым корешковым синдромом.

Все больные были поделены на 2 группы. Первая группа (испытуемая) состояла из 20 человек в возрасте от 30 до 75 лет (50,7 ± 13,7 лет) и получала комплексную терапию в сочетании с пиаскледином 300. Вторая группа (контрольная) состояла из 24 человек в возрасте от 31 до 72 лет (51,8 ± 12,6 лет) и получала только комплексную терапию.

Через 3 месяца наблюдения стойкого терапевтического эффекта в виде повышения двигательной активности и отсутствия обострений болевого синдрома в группе испытуемых удалось добиться у 16 больных (80 %), а в группе контроля только у 7 пациентов (29,2 %). Через 6 месяцев лечения стойкий терапевтический эффект в группе испытуемых наблюдался у 18 больных (90 %), а в группе контроля только у 13 пациентов (54,2 %). Полученные результаты указали на высокую эффективность пиаскледина 300 в комплексе лечения остеохондроза позвоночника с корешковым болевым синдромом, так как он снижает боль, способствует повышению активных движений в позвоночнике и снижает потребность в длительном приеме нестероидных противовоспалительных препаратов.

Пиаскледин 300 имеет хороший уровень безопасности и удобную схему приема — 1 капсула (300 мг) в день, а регулярный прием больными, страдающими остеохондрозом позвоночника, безусловно, позволит повысить «качество жизни» таких пациентов.

ДОРСАЛГИЯ — ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Михайлов В. П., Кузьмичев А. А.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Новосибирск, Россия

Проблема диагностики и лечения дорсалгии остается столь же значимой, как и много лет назад. Количество людей с жалобами на боль в спине среди работоспособного населения достигает 30 % по данным различных исследователей, при этом в последние годы отмечается увеличение в 2,2 раза числа больных среди лиц моложе 20 лет.

Цель исследования: оценить эффективность консервативного лечения больных с дорсалгией при дистрофических поражениях позвоночника.

Методы. Пролечено 230 пациентов с дорсалгией поясничного отдела позвоночника. Возраст пациентов колебался от 17 до 73 лет. Среди пациентов 109 женщин и 131 мужчина. Всем пациентам было проведено клиническое, рентгенологическое исследование. Комплекс консервативной терапии включал лечебно-медикаментозные блокады (ЛМБ), мануальную терапию на крестцово-подвздошном сочленении, ударно-волновую терапию, а также иглорефлексотерапию.

Результаты. При проведении клинического исследования у 124 (53,9 %) пациентов был выявлен синдром люмбалгии, у 92(40 %) больных диагностирован синдром люмбоишиалгии, у 11 (4,8 %) обследованных синдром перемежающейся хромоты, у 3 (1,3 %) человек причиной дорсалгии явился синдром пупартовой связки.

При проведении рентгенологического исследования у 179 (77,8 %) пациентов выявляли пролабирование диска от 1 до 3 уровней. У 27 (11,7 %) больных диагностирована грыжа диска на уровне L4-5, L5-S1.

В результате проведенного исследования выявлено отсутствие четких параллелей между выраженностью клинической симптоматики и степенью морфологических изменений позвоночных структур по данным рентгенографии. Анализ рентгенологических и клинических данных показал, что выраженность дорсалгии не всегда соответствует степени дегенерации диска. Часто у пациентов с дорсалгией наблюдались легкие клинические проявления при выраженных рентгенологических изменениях и наоборот.

Источником боли в спине с такой же степенью значимости, как межпозвонковый диск, являлись изменения сухожильно-мышечного

аппарата, кровеносные и лимфатические сосуды, нервные корешки и межпозвонковые суставы.

Лечебно-медикаментозные блокады способствовали уменьшению боли, стимуляции трофических процессов, рассасыванию рубцово-спаечных очагов, а также расслаблению определенных групп мышц. В ряде случаев ЛМБ использовали для деструкции очагов патологической импульсации в патологически измененных тканях. Чаще всего применяли паравертебральные ЛМБ, так как они наиболее просты в исполнении, менее травматичны и дают хороший клинический эффект. ЛМБ триггерных точек мышц спины и конечностей использовали для блокирования двигательных окончаний, расслабления локальных гипертонусов и снижения патологической импульсации с периферии в сегментарные структуры. При выраженных болевых синдромах применяли перидуральные блокады (по Кателену). Блокады дугоотросчатых суставов проводили под электронным оптическим преобразователем.

При проведении ЛМБ, осуществляемой на уровне L4-L5 в межостистые промежутки и под пояснично-подвздошные связки, чаще использовали лекарственную смесь, в состав которой входили лидокаина, гидрокортизон-Рихтер, или кеналога 40, лидаза, глюкоза. В дальнейшем вместо гормонов использовали хондропротектор алфлутоп.

В мануальной терапии акцент делался на позвоночно-двигательном сегменте, служащий источником распространенной миофиксации. Предпочтение отдавали приемам мобилизации, которые менее травматичны в сравнении с приемами манипуляции. Манипуляции применяли только при спондилоартрогенных болях с целью устранения ущемления менискоидов дугоотросчатых суставов. Кроме того, в зависимости от предполагаемого патоморфологического субстрата, клинического синдрома, мануальная терапия была направлена на коррекцию всей опорно-двигательной системы. В некоторых случаях альтернативой манипуляции служила постизометрическая релаксация мышц.

Противопоказанием к мануальной терапии считали тяжелую соматическую патологию, инфекционные болезни, злокачественные новообразования, воспалительные заболевания спинного мозга и оболочек мозга, остро развившиеся сосудистые корешково-спинальные синдромы, нестабильность позвоночных сегментов, выраженный спондилолистез.

В комплекс лечебных мероприятий при дорсалгии включали иглорефлексотерапию, лечебное воздействие которой основано на рефлекторных реакциях, возникающих в ответ на введение иглы в зоны максимального скопления рецепторов кожи (точки акупунктуры) или в очаги нейроостеофиброза.

В нашей клинике внедрен и успешно применяется метод ударно-волновой терапии в комплексном лечении дорсалгии при дистрофических поражениях позвоночника. Суть метода заключается в следующем: с помощью специального аппарата создается сфокусированная или рассеянная волна определенной частоты, которая воздействует на пораженные ткани. За счет эффекта кавитации солевые отложения в области связок и синовиальных оболочек разрушаются, а болевые рецепторы выключаются. Одновременно с этим в десятки раз усиливается микроциркуляция, что способствует вымыванию солей из соединительно-тканных структур. Процедура применения ударно-волновой терапии малоболезненна и не занимает много времени, а результат часто заметен уже после первого сеанса. Противопоказаниями к применению данного метода считали беременность, нарушение свертываемости крови, онкологические заболевания, инфекционные заболевания, наличие у пациентов водителей ритма сердца.

В результате проведенного комплексного консервативного лечения в 77,8 %(179) болевой синдром был полностью купирован и восстановлен оптимальный двигательный стереотип. У 49 (21,3 %) пациентов была получена стойкая ремиссия. Два пациента (0,86 %) направлены на оперативное лечение.

Заключение. Консервативные методы являются основными в лечении дорсалгии при дистрофических изменениях позвоночника. При этом, в лечении болевого синдрома врач, прежде всего, руководствуется клиническими проявлениями и стадией заболевания. Лечение должно способствовать благоприятному протеканию саногенетических процессов, выраженных в той или иной степени у каждого больного. Недифференцированный подход в лечении недопустим, поскольку может привести к срыву компенсаторных процессов.

Вопрос об оперативном лечении должен решаться строго индивидуально. При неэффективности адекватного консервативного лечения в течение 2–3 недель, или нарастании неврологической симптоматики необходимо дообследование больного с целью уточнения патоморфологического субстрата и определения тактики дальнейшего лечения.

СИСТЕМА РАВНОВЕСИЯ BIODEX В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ СО СКОЛИОТИЧЕСКИМИ ИСКРИВЛЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Пинегин О. Л.

Алтайский государственный медицинский университет, медицинский центр «АЛЬМУС», г. Барнаул, Россия

По данным К. Левита (1993 г.) частота встречающихся сколиотических искривлений позвоночника в школьном возрасте достигает 40 % и более. Длительно существующая ассиметрия неизбежно сказывается на развитии опорно-двигательного аппарата и внутренних органов, следовательно, требует коррекции. Однако одних корригирующих манипуляций, как правило, бывает недостаточно. Требуется длительная программа реабилитации, включающая воздействия, направленные на укрепление мышц, связок, а также создание адекватного стереотипа поз и движений.

Цель работы: изучить эффективность применения системы равновесия BIODEX у детей младшего школьного возраста со сколиотическими искривлениями позвоночника.

Методы исследования: вертеброневрологические, антропометрические, рентгенографические.

Под наблюдением находились 56 детей в возрасте от 7 до 10 лет (36 девочек и 20 мальчиков) с функционально обусловленными сколиотическими искривлениями позвоночника 1–2 ст. Все они были разделены на две рандомизированные группы по 28 человек в каждой. В первую группы вошли дети, которым проводились восстановительные курсы лечения с включением ручного массажа спины и конечностей, мануальной терапии, лечебной физкультуры, физиолечения (тепловибро-магнитотерапия и СМТ), а также тренажерных занятий на системе равновесия BIODEX с тренировкой односторонней и двухсторонней устойчивости положения тела на подвижной поверхности в режиме DLOS Training. Первоначальный уровень трудности подбирался индивидуально после тестирования в режиме Dynamic Balance.

Второй группе детей проводились аналогичные восстановительные курсы, но без тренировок на системе равновесия (контрольная группа).

Результаты исследования: анализ проведенного исследования показал, что у детей, систематически проходивших тренажерные занятия на системе равновесия BIODEX (первая группа), достоверно реже возникали повторные искривления позвоночника по сравнению

с детьми, не проходившими аналогичные тренировки (вторая — контрольная группа). После занятий на системе равновесия, отмечалось повышение выносливости, и увеличивались силовые показатели (по данным силометрии), в первую очередь, мышечно-связочных структур голени, стопы и голеностопного сустава.

Заключение: регулярные тренировки на системе равновесия BIODEX способствует укреплению связочно-мышечного аппарата нижних конечностей, имеющих большое значение в формировании искривлений осанки у детей и, следовательно, должны включаться в комплексную терапию данной патологии.

БОЛЬ В СПИНЕ И ОСТЕОПОРОЗ

Поворознюк, В. В., Орлик Т. В.

Институт геронтологии АМН Украины, г. Киев, Украина

Наличие остеопороза или потери костной массы не приводит к выраженному болевому синдрому; боль, возникающая у людей с остеопорозом, связана с возникновением микро- и макропереломов. Вертебральные переломы могут сопровождаться умеренным болевым синдромом или вызывать сильнейшую боль на протяжении нескольких недель и даже месяцев, особенно у больных с несколькими предшествующими переломами (Ross P. D., 1997). Выраженные вертебральные деформации могут быть связаны с существенным уровнем боли и потерей трудоспособности, однако, и у пациентов с выраженными деформациями позвонков может быть бессимптомное течение остеопороза (Ettinger B., Block J. E. et al., 1988). Последующие деформации тел позвонков достоверно коррелируют с интенсивностью боли, ограничением физической активности, сменой настроения (Leidig G., Minne H. W. et al., 1990).

Цель исследования. Изучить особенности вертебрального болевого синдрома и его влияние на качество жизни у женщин с постменопаузальным остеопорозом в зависимости от локализации и типа деформаций тел позвонков.

Объект исслдеования. Обследовано 353 женщины в постменопаузальном периоде в возрасте от 50 до 89 лет, распределенные по группам в зависимости от локализации и типа вертебральных деформаций. В исследование не включались женщины с длительностью постпереломного периода менее шести месяцев.

Методы: анкетирование, рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника в двух проекциях, рентгенморфометрический анализ.

Результаты исследования. Интенсивность вертебрального болевого синдрома у женщин с остеопорозом и его осложнениями зависит от локализации пораженных позвонков. В грудном отделе позвоночника выраженность болевого синдрома (ВАШ) была выше у женщин с переломами грудных позвонков (3,9 ± 0,6 балла, $p < 0,05$) и переломами позвонков сочетанной (грудных и поясничных) локализации (3,7 ± 1,1 балла, $p < 0,05$) по сравнению с наличием переломов только поясничных позвонков (2,7 ± 0,7 балла). В поясничном отделе позвоночника выраженность болевого синдрома (ВАШ) была выше у женщин с переломами сочетанной локализации (6,5 ± 0,4 балла, $p < 0,05$) по сравнению с переломами только грудных (4,8 ± 0,6 балла) или только поясничных (5,1 ± 0,6 балла) тел позвонков. Качество жизни по показателям анкеты EvroQol-5D у женщин с переломами только грудных позвонков было достоверно ниже (4,7 ± 0,6 балла, $p < 0,05$) в отличии от женщин с переломами поясничных позвонков (5,9 ± 0,4 балла) или сочетанной локализации (6,4 ± 0,5 балла). Качество жизни и общее состояние, связанное с болью в спине, обусловленной остеопорозом, по анкете ECOS-16 у женщин с переломами только грудных или только поясничных позвонков (52,3 ± 6,2 и 53,8 ± 2,4 балла соответственно, $p > 0,05$) достоверно не различались, в то время как у женщин с переломами сочетанной локализации — показатели качества жизни были достоверно ниже (60,6 ± 2,2 балла, $p < 0,05$). Наиболее выраженный вертебральный болевой синдром отмечен у женщин с переломами 3-х тел позвонков. В случае наличия множественных деформаций в грудном и поясничном отделах позвоночника не определяется достоверных отличий в выраженности боли по сравнению с пациентами с переломом одного позвонка. Показатели качества жизни и ежедневной активности были достоверно выше у пациентов с переломами трех тел позвонков по сравнению с наличием переломов 1-2 тел или множественных деформаций.

Выраженность вертебрального болевого синдрома зависит не только от количества и локализации, но и от вида пораженных позвонков. Отмечено достоверное увеличение вертебрального болевого синдрома при наличии компрессионных переломов тел позвонков в грудном отделе ($p < 0,05$), в то время как в поясничном отделе позвоночника не определено достоверных различий в зависимости от вида перелома. На качество жизни больных больше влияет наличие компресси-

онных деформаций (EvroQol-5D: 6,3 ± 0,4 балла — с компрессионными и 5,4 ± 0,4 балла — с клиновидными, $p < 0,05$; ECOS-16: 53,8 ± ± 3,1 и 57,7 ± 3,5 балла соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. Вертебральный болевой синдром наблюдается при всех видах деформаций позвонков, однако, его интенсивность наиболее выражена у пациентов с компрессионными переломами. Существует достоверна корреляционная связь между выраженностью болевого синдрома, показателями качества жизни и частотой и выраженностью деформаций в грудном отделе позвоночника.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАЗНЫХ ДОЗ НООФЕНА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Поворознюк В. В., Орлик Т. В.

Институт геронтологии АМН Украины, г. Киев, Украина

В структуре заболеваемости периферической нервной системы вертеброгенна патология занимает ведущее место. Частота шейного остеохондроза увеливается с возрастом, достигая наиболее выраженных клинических проявлений у женщин в климактерическом периоде. Известно, что у женщин с остеохондрозом шейного отдела позвоночника часто наблюдаются психоэмоциональные нарушения, которые могут отражаться на его клинических проявлениях. В свою очередь, климактерический синдром существенно влияет на выраженность болевого синдрома в области шейно-грудного отдела позвоночника, под влиянием которого усиливаются вегето-сосудистые и психоэмоциональные проявления климактерического синдрома. Вертебральный болевой синдром (ВБС) — один из основных клинических проявлений остеохондроза позвоночника, выраженность которого усиливается у женщин в постменопаузальном периоде. В условиях эксперимента доказан анальгезирующий эффект гидрохлорида γ-амино-β-фенилмасляной кислоты (Ноофен), который, по мнению исследователей (Мехилане П. С. и соавт., 1990), реализуется не через опиатные рецепторы, а через ГАМК-эргическую систему.

Цель исследования — изучить дозозависимый эффект Ноофена в комплексном лечении вертебрального болевого синдрома и климакте-

рических расстройств у женщин в постменопаузальном периоде с остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника.

Объект исследования. Обследовано 75 женщин в возрасте 45-65 лет с клиническими проявлениями остеохондроза шейно-грудного отдела позвоночника и климактерическими нарушениями. Все пациентки были распределенные на три группы: I группа — 25 женщин, принимавших на фоне комплексного лечения 750 мг Ноофена в сутки в течение 30 дней (средний возраст — 55,8 ± 1,9 года, длительность постменопаузального периода — 5,8 ± 1,5 года); II группа — 25 женщин, принимавших на фоне комплексного лечения 500 мг Ноофена в сутки в течение 30 дней (средний возраст — 56,8 ± 1,6 года, длительность постменопаузального периода — 6,7 ± 2,9 года); контрольная группа — 25 женщин, принимавших на фоне комплексного лечения Ноофен-плацебо в течение 30 дней (средний возраст — 56,1 ± 1,9 года, длительность постменопаузального периода — 6,9 ± 1,3 года).

Методы исследования. Выраженность вертебрального болевого синдрома определяли с помощью визуально-аналоговой шкалы и Мак-Гилловского опросника; выраженность климактерического синдрома — с помощью модифицированного менопаузального индекса Купермана.

Результаты. В процессе лечения в основной группе наблюдалось достоверное уменьшение интенсивности головной боли после завершения полного курса лечения: I группа — 5,3 ± 0,6 баллов до лечения, 2,9 ± 0,5 баллов через 2 недели ($p < 0,05$) и 2,7 ± 0,5 баллов через 30 дней ($p < 0,001$); II группа — 4,4 ± 0,7, 3,3 ± 0,4 и 2,2 ± 0,4 баллов ($p < 0,05$) соответственно, в отличие от женщин контрольной группы — 5,2 ± 0,4, 3,6 ± 0,4 и 3,7 ± 0,5 баллов соответственно. В шейном отделе позвоночника индекс боли достоверно уменьшался к завершению полного курса лечения во всех группах. Однако, женщины принимали Ноофен на фоне комплексного лечения, поэтому эффект уменьшения выраженности вертебрального болевого синдрома в контрольной группе можно расценивать как общий лечебный эффект (4,5 ± 0,6 баллов до лечения и 2,7 ± 1,2 баллов после лечения ($p < 0,05$)). В основной подгруппе наблюдалось достоверное уменьшение индекса боли уже в процессе лечения: I группа — 4,5 ± 0,4 баллов до лечения, 2,9 ± 0,5 баллов через 2 недели ($p < 0,05$) и 1,5 ± 0,5 баллов после лечения ($p < 0,001$), II группа — 4,6 ± 0,6, 3,3 ± 0,5 ($p < 0,05$) и 3,0 ± 0,6 ($p < 0,05$) баллов соответственно). В грудном отделе позвоночника установлено достоверное уменьшение выраженности вертебрально-

го болевого синдрома во всех исследуемых группах. Однако в I группе достоверное уменьшение индекса боли наблюдалось уже через две недели после лечения (5,2 ± 0,4, 3,3 ± 0,4 ($p < 0,05$) и 2,5 ± 0,4 ($p < 0,001$) баллов соответственно), в то время как во II группе — только после завершения полного курса лечения (4,5 ± 0,7, 3,2 ± 0,6 и 2,5 ± 0,6 ($p < 0,05$) баллов соответственно). В группе плацебо не установлено достоверного уменьшения индекса боли (3,6 ± 0,6, 3,1 ± 0,5 и 2,7 ± 0,4 баллов соответственно).

В процессе лечения Ноофеном установлено уменьшение выраженности климактерических нарушений у женщин основной группы: I группа — 24,5 ± 0,9 баллов до лечения, 19,4 ± 1,8 баллов ($p < 0,05$) через 2 недели и 16,7 ± 1,6 баллов ($p < 0,001$) после лечения); II группа — 22,5 ± 1,6, 18,3 ± 1,5 и 17,6 ± 1,2 ($p < 0,05$) баллов соответственно, в то время как в контрольной группе наблюдалась только тенденция к снижению индекса Купермана без достоверных изменений (22,3 ± 1,6, 20,4 ± 1,6 и 18,5 ± 1,3 баллов соответственно).

С использованием непараметрического критерия Вилкоксона проанализировано влияние Ноофена на некоторые психоэмоциональные компоненты модифицированного менопаузального индекса Купермана. Препарат влиял на выраженность и частоту приливов (750 мг в день), достоверно снижал выраженность бессонницы и нарушений ритма сна, нервозность, ощущение сердцебиения и нарушение деятельности сердца, депрессию, утомляемость (500 и 750 мг в день).

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности ноофена в лечении вертебрального болевого синдрома у женщин с климактерическими нарушениями в постменопаузальном периоде. Доза 750 мг в сутки является более эффективной в снижении выраженности проявлений вертебрального болевого и климактерического синдромов.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА АССАЛИКС В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Поворознюк В. В., Карасевская Т. А.

Институт геронтологии АМН Украины,
Украинский научно-медицинский центр проблем остеопороза,
г. Киев, Украина

Во всем мире болевой синдром в нижней части спины достигает размеров пандемии и представляет собой серьезную медицинскую проблему (Поворознюк В. В., 2004). Актуальным в его лечении является использование фитопрепаратов с низким профилем токсичности и низкой частотой развития побочных реакций. Таким препаратом является Ассаликс, в состав которого входит стандартизованный экстракт коры ивы.

Цель исследования — изучить эффективность и безопасность препарата Ассаликс при длительном применении (на протяжении 40 дней) в лечении болевого синдрома при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника у людей различного возраста.

Объект и методы. В отделе клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии АМН Украины обследовано 16 пациентов с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в возрасте 30–74 лет, разделенных на две возрастные подгруппы: 30-59 лет — молодого и среднего возраста (8 чел.) и 60–74 года — пожилого возраста (8 чел.). Длительность болевого синдрома в спине у всех обследованных была больше 6 месяцев. Обследование проводили до начала курса лечения, на 10 день терапии, через 20 дней и по его окончанию (полный курс лечения составил 40 дней). Все пациенты принимали препарат Ассаликс по 2 драже 2 раза в день в течение 20 дней, далее по 1 драже 2 раза в день последующие 20 дней.

Обследованные пациенты прошли полное клиническое обследование, при оценке ортопедического статуса отмечали осанку, походку, наличие искривлений позвоночника, болезненность остистых отростков и паравертебральных точек. Функциональное состояние позвоночника определяли с помощью проб Шобера и Томайера. Оценку болевого синдрома на каждом визите проводили с помощью Мак-Гилловского опросника боли, интенсивность болевого синдрома —

с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Для оценки нарушений жизнедеятельности при боле в нижней части спины использовали вопросник Роланда-Морриса, измеряющий боль в поясничном отделе позвоночника и связанные с этим нарушения жизнедеятельности. Качество жизни пациентов оценивали по шкале Euro-Qol.

Статистический анализ полученных результатов проводили с использованием t-критерия Стьюдента для связанных выборок, одновыборочного критерия Уилкоксона и однофакторного дисперсионного анализа (Anova).

Результаты исследования

После проведенного курса комплексного лечения с использованием препарата Ассаликс выявлено достоверное снижение интенсивности вертебрального болевого синдрома, а также общего число отмеченных пунктов по опроснику Роланда-Морриса. В связи с тем, что распределение показателей ВАШ и критерия Роланда-Морриса после завершения курса лечения отличалось от нормального, нами для статистического анализа использован непараметрический критерий Уилкоксона. Разница между показателями до лечения и завершения курса лечения препаратом Ассаликс была достоверна за критерием Уилкоксона (ВАШ — $Z = 3,41$; $p = 0,0006$; индекс Роланда-Морриса — $Z = 3,61$; $p = 0,0003$).

По данным Мак-Гилловского опросника на фоне проводимого лечения достоверно снижалась сумма дескрипторов и сумма рангов на 10, 20 и 40 день. Динамика показателя суммы дескрипторов на 10 день лечении составила $–1,31 \pm 0,82$ ($p = 0,132$), на 20 и 40 день — $–2,43 \pm 0,76$ ($p = 0,006$), и $–3,68 \pm 1,04$ ($p = 0,003$) соответственно. Динамика показателя опросника Роланда-Морриса была $–1,0 \pm 0,48$ ($p = 0,05$), $–2,31 \pm 0,53$ ($p = 0,0005$), $–3,43 \pm 0,54$ ($p = 0,00001$) на 10, 20 и 40 день лечения соответственно. При этом, на момент включения в исследование уровень боли 5–6 баллов имели 68,25 % пациентов, боль от 3 до 4 баллов — 31,25 % обследованных. Доля пациентов с выраженным болевым синдромом (5–6 баллов) снизилась до 12,5 % к 20 дню терапии и до 6,25 % по окончанию курса лечения. Спустя 20 день лечения низкий уровень боли (1–2 балла) имели 31,25 % пациентов, на 40 день приема Ассаликса количество пациентов с низким уровнем боли увеличилось до 56,25 %.

Достоверное улучшение показателей функционального состояния позвоночника на 40 день терапии отмечалось у всех пациентов по результатам теста Шобера ($t = 2,91$, $p = 0,011$) и пробы Томайера ($t = 2,86$, $p = 0,012$).

По окончанию курса лечения снижение интенсивности вертебрального болевого синдрома на 20–40 % отмечено у 31,25 % пациентов. У 31,25 % пациентов выраженность болевого синдрома снизилась на 40–60 %; в 31,25 % случаев зарегистрировано уменьшение выраженности болевого синдрома в пояснично-крестцовом отделе позвоночника более чем на 60 %. Отсутствие эффекта наблюдали у 6,25 % пациентов.

Возраст пациентов не оказывал достоверного влияния на эффективность Ассаликса после завершения курса лечения. Динамика показателя суммы дескрипторов по сравнению с исходным уровнем составила для возрастной группы 30-59 лет — 36,6 ± 10,3 %, 60 — 74 года — 26,1 ± 6,1 % ($F = 0,77$; $p = 0,39$); суммы рангов для возрастной группы 30-59 лет — 50,2 ± 10,4 %, 60 — 74 года — 46,3 ± 6,9 % ($F = 0,10$; $p = 0,76$); ВАШ для возрастной группы 30-59 лет — 47,1 ± ± 6,1 %, 60 — 74 года — 42,5 ± 9,2 % ($F = 0,17$; $p = 0,68$).

У пациентов принимающих Ассаликс не было зарегистрировано побочных эффектов. Безопасность препарата оценена пациентами и исследователями как хорошая.

Таким образом, препарат Ассаликс способствует снижению выраженности болевого синдрома, улучшению функционального состояния позвоночника, повышению качества жизни у больных с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Ассаликс является эффективным и безопасным препаратом в лечении хронического болевого синдрома в нижней части спины при длительном применении у больных различных возрастных групп.

ВЛИЯНИЕ КИНЕЗИОФОБИИ НА СОСТОЯНИЕ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Подчуфарова Е. В., Разумов Д. В., Яхно Н. Н.

Кафедра нервных болезней ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

Миогенному компоненту отводится одна из ведущих ролей в формировании острых и хронических скелетно-мышечных болевых синдромов. В то же время природа многих изменений в паравертебральных мышцах остается до конца не изученной. У пациентов с хрони-

ческой болью в спине воспроизводимо регистрируется отсутствие расслабления паравертебральных мышц при наклоне вперед по данным суммарной (поверхностной) электромиографии (ЭМГ). Этот феномен назван «флексией-релаксацией», и в норме отмечается при сгибании в поясничном отделе позвоночника на угол около 40°. Относительно мало известно о механизмах, объясняющих отсутствие релаксации паравертебральных мышц в конце флексии у пациентов с хронической болью в спине. Предположена роль как периферических факторов (болевая импульсация от паравертебральных структур, на которые в конце флексии приходится большая нагрузка), так и поведенческие особенности пациентов, в частности, наличие кинезиофобии, характеризующейся сознательным или неосознанным стремлением пациента избежать физической активности.

Цель работы: определение роли отдельных психологических факторов (катастрофизации, кинезиофобии, стратегий преодоления боли) в формировании изменения состояния паравертебральных мышц при хронических болевых синдромах пояснично-крестцовой локализации.

Методы: клиническое неврологическое и нейроортопедическое обследование с оценкой интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); ЭМГ с применением поверхностных электродов для оценки активации мышцы, выпрямляющей позвоночник, с вычислением отношения амплитуд в вертикальном положении и при максимальном наклоне вперед, а также амплитуды при наклоне вперед на 30°; оценка психологических особенностей пациентов с помощью шкалы кинезиофобии TSK-17 (Tampa Scale of Kinesiophobia), индикатора стратегии преодоления хронической боли (M. Jensen, J. Turner), шкалы катастрофизации боли (M. Sullivan).

Результаты. Обследовано 15 пациентов с хронической болью в нижней части спины без иррадиации в ногу: 5 мужчин и 10 женщин, средний возраст 45,5 ± 6,3 лет, а также 10 здоровых испытуемых, сопоставимых по возрасту с основной группой. Феномен «флексии-релаксации» отсутствовал у 73 % пациентов с хронической болью в спине (в отличие от контрольной группы, где он выявлялся у всех испытуемых). Средняя интенсивность боли на момент обследования составила 3,5 ± 1,6 балла ВАШ. Показатели шкалы кинезиофобии составили 29,1 ± 10,6 баллов при максимальных значениях — 51 балл. По шкале катастрофизации боли средние значения среди пациентов с хронической болью в спине составили 22,0 ± 3,7 баллов из макси-

мально возможных 52 баллов. Степень инвалидизации по данным опросника Освестри составила 44,8 ± 22,3 %. Выявлена обратная зависимость между выраженностью кинезиофобии и феноменом «флексии-релаксации» ($\rho = -0,4$; $p < 0,05$). Кинезиофобия была значительно связана со степенью инвалидизации ($\rho = 0,8$; $p < 0,05$). Наиболее часто пациенты применяли «болезнь-ориентированные», неадаптивные стратегии преодоления хронической боли (защита, отдых, обращение за помощью), которые показали тесную ($\rho = 0,7–0,8$; $p < 0,05$) взаимосвязь с выраженностью кинезиофобии и степенью инвалидизации. Значительно реже (в 13 % случаев) преобладали адаптивные стратегии: самоубеждение, сохранение активности и выполнение упражнений. Интенсивность боли, а также выраженность катастрофизации не оказали значительного влияния на изменение активации паравертебральных мышц в обследованной группе пациентов.

Заключение. Страх движения у пациентов с хронической болью в спине влияет на нарушение расслабления паравертебральных мышц. Он связан с выбором неадаптивных стратегий преодоления хронической боли и выраженностью инвалидизации, что указывает на необходимость уделять больше внимания коррекции кинезиофобии и выработке адаптивных стратегий преодоления боли у рассматриваемой группы пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО РЕГРЕССА ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННОМ ПОРАЖЕНИИ КОРЕШКОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО УРОВНЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Саковец Т. Г., Хусаинова Э. Р.,
Сибгатуллин М. М., Алтунбаев Р. А.
ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Казань, Республика Татарстан, Россия

Цель исследования. Изучить особенности стадии регресса клинических проявлений при поражении пояснично-крестцовых спинномозговых корешков в условиях стеноза центральной части позвоночного канала.

Материалы и методы. 110 больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми радикулярными повреждениями в регредиентной

стадии их течения. Все больные были обследованы нейровизуализационно (МРТ или РКТ) и вертеброневрологически, из них женщин было 31,8 %, мужчин 68,2 %.

Результаты исследования. Клиническое наблюдение за 110 больными с вертеброгенными пояснично-крестцовыми корешковыми поражениями в регредиентный период проявлений болезни позволили определить разные варианты регресса болевого, вертебрального и корешкового синдромов в их различных соотношениях.

У 36,4 % больных наблюдалось одновременное значимое регрессирование болевого, вертебрального и корешкового синдромов. Данный характер течения периода регресса был обозначен как гармоничный регресс. В ряде случаев гармоничного регресса за период наблюдения (у 23,6 % больных при би- и полирадикулярных поражениях) имелся регресс симптомов поражения только одного корешка при стойкости нарушений со стороны другого/других (такая динамика радикулопатических проявлений обозначена селективным течением корешкового синдрома). При этом также отмечалась положительная динамика в течении болевого и вертебрального синдромов.

В ряде случаев за период наблюдения не обнаруживалось значимого регресса корешкового, болевого и вертебрального синдромов. Этот вариант с сохранением выраженности всех клинических проявлений был обозначен как тотальный торпидный регресс и выявлялся у 12,7 % больных.

У остальных 56 пациентов выявлялось неравномерное течение трех исследованных синдромов: регресс одних проявлений при торпидности других. Такое сочетание динамики разных проявлений было обозначено дисгармоничным регрессом клинических синдромов.

У 27,3 % пациентов выявлялся регресс вертебрального и болевого синдромов при стойких радикулопатических проявлениях. Этот вариант течения был определен как дисгармоничный регресс с торпидным течением корешкового синдрома.

Также в ходе проведенного наблюдения было определено, что у ряда пациентов в регредиентный период острой фазы заболевания отмечались резистентно протекающие болевые нарушения: либо в сочетании с торпидным течением корешкового синдрома, либо с регрессом сопутствующих вертебральных и корешковых расстройств. Эти варианты регресса были обозначены как дисгармоничный регресс с торпидным течением корешкового и болевого синдромов (2,7 % случаев), либо болевого синдрома (1,8 % случаев).

У 11,8 % больных выявлялось торпидное течение вертебрального синдрома в сочетании с торпидным, либо селективным течением радикулопатических нарушений. Большинство этой выборки составили больные с селективным течением корешкового синдрома. Эти пациенты были обозначены группой дисгармоничного регресса с торпидным течением корешкового и вертебрального синдромов.

В 7,3 % случаев торпидное течение вертебрального синдрома сочеталось с положительной динамикой радикулопатических и болевых проявлений. Этот вариант регресса клинических проявлений обозначался как дисгармоничный регресс с торпидным течением вертебрального синдрома.

Была определена значимость комбинированного и вторичного стеноза центральной части позвоночного канала для регресса клинических проявлений при вертеброгенном поражении корешков пояснично-крестцового уровня.

У больных с указанными вариантами стеноза позвоночного канала тотальное торпидное течение определялось в 20,8 % случаев, с большей частотой ($p < 0,05$), в сравнении с частотой этого варианта регресса у пациентов без стенозирования позвоночного канала — в 5,4 % случаев. Дисгармоничный вариант регресса с торпидным течением корешкового и вертебрального синдромов встречался у больных с вторичным или комбинированным центральным стенозом позвоночного канала в 22,6 % случаев. Этот вариант регресса клинических проявлений выявлялся с меньшей частотой ($p < 0,05$) у больных без стенозирования позвоночного канала — в 1,8 % случаев. В целом, торпидные варианты регресса (тотальное торпидное течение, дисгармоничный регресс с сочетанным торпидным течением вертебрального и корешкового, а также болевого и корешкового синдромов) выявлялись при комбинированном или вторичном стенозе позвоночного канала в 45,3 % случаев. У больных с отсутствием стеноза указанные варианты регресса регистрировались с меньшей частотой ($p < 0,05$) — в 10,7 % случаев.

Гармоничный вариант регресса наблюдался с меньшей частотой ($p < 0,05$) при поражении корешков в условиях стеноза позвоночного канала (комбинированного или вторичного) — у 24,5 % больных в сравнении с частотой указанного варианта регресса при отсутствии стеноза позвоночного канала — в 48,2 % случаев.

Таким образом, центральный стеноз позвоночного канала определяет особенности клинического регресса болевых, вертебральных

и радикулярных нарушений в их различных соотношениях при вертеброгенных пояснично-крестцовых корешковых поражениях, что является клинически значимым для выбора лечебного подхода и прогноза клинического течения заболевания в регредиентном периоде.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ

Самойлова Н. В., Гнездилов А. В., Загорулько О. И.

Российский научный центр хирургии им академика Б. В. Петровского Российской академии медицинских наук, г. Москва., Россия

Важнейшей проблемой современной медицины в последние десятилетия, является проблема диагностики и лечения хронических болевых синдромов. В своей хронической, постоянной, патологической форме боль оказывает пагубное воздействие на больного, его семью, окружающих.

Поскольку хронические болевые синдромы являются наиболее частой причиной нетрудоспособности, это уже и серьезная экономическая проблема.

В отделении терапии болевых синдромов РНЦХ РАМН ежегодно обращаются и проходят курс лечения более 2000 пациентов с хроническим болевым синдромом. Из них 60 % пациентов с болями в позвоночнике, 30 % с болями в суставах, остальные 10 % приходятся на головные и висцеральные болевые синдромы.

95 % пациентов, страдающих болями в позвоночнике и суставах, при обращении имели интенсивность болевого синдрома от 5 до 9 баллов по цифровой ранговой шкале боли, 65 % пациентов имеют значительное ограничение объема движений. Все пациенты имеют те или иные признаки депрессивного синдрома: снижение фона настроения, увеличение конфликтов в семье, замкнутость и т. д. Основной контингент обращающихся люди среднего и пожилого возраста. Однако в последние годы мы отмечаем увеличение числа пациентов молодого, трудоспособного возраста. Скорее всего это связано с увеличением темпа жизни, количеством поступающей информации, чаще негативного характера, малоподвижным образом жизни, загрязнением окружающей среды, ухудшением экологической ситуация на планете, ростом числа мегаполисов и др.

Из заболеваний позвоночника, сопровождающихся болевым синдромом, чаще встречаются: остеохондрозы, осложненные грыжами дисков с корешковым болевым синдромом, сколиозы, остеохондропатии типа Шойермана-Мау, остеохондрозы с мышечно-тоническим болевым синдромом и мышечно-тонический болевой синдром по типу «плечелопаточного периартрита.» Из заболеваний суставов преобладают: дегенеративно-дистрофические менископатии, деформирующие артрозы тазобедренных и коленных суставов, реже асептический некроз головки бедренной кости. Пациенты с ревматоидным полиартритом и болезнью Бехтерева также получают необходимую помощь в отделении терапии болевых синдромов, но затем направляются для лечения в профильные отделения клиник для стационарного лечения. Наиболее часто встречается сочетанное поражение позвоночника и суставов, вследствие изменения биомеханики движения в пораженном сегменте. 70 % пациентов до обращения в отделение терапии болевых синдромов проходили лечение в районных поликлиниках или других медицинских учреждениях, однако были недовольны проводимым лечением и оценивали свое лечение, как неэффективное.

В отделении терапии болевых синдромов мы используем сочетание традиционного и официального лечения. Пациентам с острым болевым синдромом проводятся различные виды блокад в сочетании с медикаментозной терапией и ортопедической коррекцией. В зависимости от типа патологии мы используем мануальную терапию, иглорефлексотерапию в сочетании с лекарственными препаратам, фармакопунктуру гомеопатическими препаратами. Нами используются курсовое лечение витаминно-минеральными комплексами, хондропротекторы, заменители синовиальной жидкости при начальных стадиях дегенеративно-дистрофических заболеваний коленных суставов, различные мази и компрессы. После купирования болевого синдрома или уменьшения болевого синдрома до 2–4 баллов по цифровой ранговой шкале боли, мы используем метод искусственной коррекции движений методом программируемой многоканальной миостимуляции. Данный метод эффективен для коррекции сколиозов, восстановления ходьбы пациентов с монопарезами нижних конечностей вследствие корешкового болевого синдрома, после оперативного лечения — ламинэктомии и др. операций при патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника, у пациентов после эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов. Пациент получает рекомендации по режиму физических нагрузок, лечебной физкультуры,

медикаментозной терапии, срокам проведения повторных курсов лечебных и реабилитационных процедур.

После проведенного курса лечения в отделении терапии болевых синдромов 60 % пациентов полностью избавились от боли, 30 % отметили значительное улучшение общего состояния, уменьшение болевого синдрома, улучшение качества жизни, 10 % была предложена консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕХАНИЗМА СТЕНОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Третьяков В. П., Третьяков А. В.

Государственная медицинская академия, г. Казань, Республика Татарстан, Россия

Введение. Согласно современным представлениям, вертеброгенные поражения корешков обусловлены компрессионно-ишемическими (туннельными) радикулопатиями (Кузнецов В. Ф., 2004). Самой распространенной причиной их возникновения является стеноз позвоночного и корешкового каналов (ПК и КК), возникающий в основном за счет массивного выпячивания или выпадения пятого и четвертого поясничных межпозвонковых дисков (МПД). Туннельное поражение корешков конского хвоста в дуральном мешке (ДМ) по частоте в порядке убывания связывают с парамедиаными, медианными и реже с латеральными грыжевыми пролапсами и протрузиями МПД, артротически измененными суставными отростками, утолщенными задней продольной или желтыми связками, уплотнениями и отеком эпидуральной клетчатки с венозным застоем и спаечным процессом вокруг ДМ в ПК.

Стенозирование (менее 5 мм) КК со сдавлением корешков L5 или S1 может возникать как в рецессуальной части ПК, так и в фораминальном отверстии за счет одного из факторов: латеральной или фораминальной грыжи МПД LIV–V или LV–S1, артротически измененными суставными отростками, утолщенной желтой связкой, перирадикулярными спайками.

Материалы, результаты исследования и лечения. Проведено неврологическое, нейроортопедическое и нейровизуализационное (рентгенологическое, КТ и МРТ) обследование и лечение 130 стацио-

нарных и 347 поликлинических больных (308 мужчин — 64,3 % и 169 женщин — 35,7 %) с туннельными пояснично-крестцовыми радикулопатиями, средний возраст составил 34,6 года. Всем больным была проведена сподилографическая оценка дегенеративного поражения МПД, сагиттального и фронтального размеров ПК и фораминальных отверстий пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Дегенеративные изменения наблюдались одновременно в МПД LIV–V и LV–S1 у 41 % всех больных, только в одном пресакральном — у 37 % и только в МПД LIV–V у остальных 22 % больных. Были оценены сагиттальные (С) и фронтальные (Ф) размеры ПК и межпозвонковых отверстий. С размер ПК имел тенденцию к увеличению с 13,2 мм на уровне тела Lш до 15,8 мм на уровне тела L V. Ф. размер ПК у этих позвонков был значительно шире: от 16,4 мм до 27 мм, что соответствует изменению конфигурации ПК от овальной к треугольной (трилистник) форме. У 18 из 477 больных на спондилограммах на уровне ПДС LIV–V выявлены остеофиты задней поверхности тел позвонков.

Из-за невозможности визуализации размера бокового кармана ПК на спондилограмме девяти больным с двусторонним бирадикулярным S1 синдромом и трем — с билатеральной L5 радикулопатией проведено КТ исследование нижних поясничных ПДС. Оказалось, что ущемлению L5 и S1 корешков в эпидуральном пространстве костного ПК, имевшего форму трилистника, способствовал (9,8 % всех КТ) врожденный стеноз (менее 4 мм) латерального рецессуса. Подобные анатомические особенности строения позвоночного отверстия были выявлены КТ методом у пятого поясничного позвонка в четырех случаях, у первого крестцового — в 5 случаях, при этом у двух пациентов наблюдался симметричный стеноз на уровне переходного сакрализированного позвонка.

На боковых спондилограммах у 89 % больных имелись нормальные параметры размеров межпозвонкового отверстия: вертикальный диаметр у ПДС LIV–V колебался от 16 до 19 мм и был на 1,5–2 мм выше пресакрального ПДС. У верхних суставных отростков, образующих заднюю стенку отверстия, выявлены три разновидности высоты: низкая, средняя и высокая. Низкими суставными отростками считались те, чья верхушка не достигала уровня верхнего края МПД и являлась задней стенкой нижнего и среднего этажей КК. Они наблюдались в среднем у 15 % обследованных и являлись частой причиной нестабильности и функциональных блокад межпозвонковых суставов без ущемления корешков. За норму принимались суставные отрост-

ки средней высоты (80 % наблюдений), верхушка которых превышала диск и занимала треть верхнего этажа КК. Высокие суставные отростки (5 %наблюдений) занимали всю заднюю стенку верхнего этажа. Они в большинстве случаев являлись причиной спондилоартроза и ущемления корешков при дисфиксации МПД LIV–V и LV– S1.

Фораминальное ущемление L 5 корешка выявлено на КТ у 42 стационарных и 70 поликлинических больных. У большинства пациентов (79 %) обнаружены пресакральные фораминальные грыжи, занимающей половину верхнего этажа межпозвонкового отверстия (10 мм туннеля). Среди остальных больных артро-невральный конфликт наблюдался чаще на уровне корешкового канала LV–S1 (12 случаев) по сравнению с вышележащим уровнем (9 случаев). У 18 пациентов на этих уровнях имелось также утолщение желтых связок до 4,5 мм, более грубое клиническое проявление наблюдалось при сдавлении крестцовых корешков.

Жесткая фораминальная удавка за счет: фиксированного ретроспондилолистеза была обнаружена у других 13 пациентов. Высокий и деформированный суставной отросток, внедряющейся остеофитом (возможно за счет двукратного снижения высоты МПД LIV–V) в верхний этаж межпозвонкового отверстия, явился причиной компрессионоишемической радикулопатии четвертого поясничного корешка у трех пациентов.

На уровне МПД сагиттальный размер ПК в норме был больше 14мм. Его стенозирование было более грубым при пролапсах (экструзиях) особенно пресакральных МПД, достигая размера в 10 мм. При протрузиях стеноз был менее выраженным (12 мм). Удавке подвергались корешки L5 и S1 в узком эпидуральном простанстве за счет массивных парамедианных грыжевых протрузий (37 % наблюдений), экструзий (49 % наблюдений), в сочетании с артроневральным и лигаментозным сдавлением (14 % наблюдений). Рецессуальное ущемление корешка L5 латеральной грыжей диска L1у-у (по данным МРТ) наблюдалось у 86 больных, из них у 45 человек имелась ипсилатеральная туннельная радикулопатия S1. Компрессия корешка S1 латеральной грыжей пресакрального диска по данным МРТ наблюдалась у 109 пациентов, из них у 37 имелась ипсилатеральная туннельная радикулопатия L5. Среди 285 больных с полирадикулярным синдромом у 9 пациентов радикулопатия L5 и S1 имелась с двух сторон. При МРТ исследовании у них обнаружены более двух причин стенозирования ПК и деформации ДМ в форме песочных часов.

Выводы. Положительный эффект лечения компрессионной радикулопатии достигается воздействием на патогенез туннельной удавки неврально-сосудистых структур, проходящих через врожденные или преобретенные узкие боковые карманы ПК и межпозвонковые отверстия пресакральных ПДС. Увеличение фронтального и саггитального размера суженных каналов и отверстий достигается тракцией, эпидуральным введением совместно с анестетиками хондропротекторов, противоотечных, сосудорасширяющих, гормональных и рассасывающих препаратов, с ношением ортопедического или созданием мышечного корсета.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ БЛОКАД ПРЕПАРАТОМ «МИДОКАЛМ»

Федина С. А.

ООО Клиника промышленной медицины «Оренбурггазпром», г. Оренбург, Россия

Причиной «боли в спине» в 90 % случаев является остеохондроз позвоночника — дегенеративно — дистрофическое изменение межпозвоночных дисков и, как крайнее проявление, — грыжа межпозвоночного диска. Так как именно эта патология является одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности и инвалидизации людей, вертеброгенная боль делает проблему поисков адекватного и эффективного ее лечения актуальной как с медицинской, так и социально — экономической точки зрения. Работники газовой промышленности подвержены частым обострениям остеохондроза. Этому способствуют такие провоцирующие факторы как переохлаждение (сварщики), вынужденное положение тела (маляры, машинисты бульдозеристы, водители), тяжелые физические нагрузки. Цель работы: оценка клинической эффективности методики мидокалмовых блокад для купирования мышечно-тонических форм люмбоишиалгии. В период с января по декабрь 2006года из 1568 случаев неврологической патологии мною было выявлено 612 случаев заболевания остеохондрозом позвоночника в стадии обострения. Из них 335 человек (57,4 %) являются работающим контингентом. При этом 111 человек (18,1 %), из которых 77 мужчин (69,4 %) и 34 женщины (30,6 %) были нетрудоспособны из-за выраженности болевого синдрома.

Кроме нестероидных противовоспалительных препаратов, которые не всегда показаны из-за сопутствующей патологии (язвенная болезнь желудка, гастрит), основным фармацевтическим препаратом мною был выбран «Мидокалм» (толперизона гидрохлорид, Гедеон Рихтер, Венгрия), который в течение последних лет зарегистрировал себя как высокоэффективное и безопасное средство в лечении неврологических синдромов, связанных с болями, нарушением трофики и повышением тонуса мышц. Препарат ослабляет мышечный гипертонус и мышечную ригидность, не вызывая седативного действия.

Вышеуказанным пре5паратом мною было пролечено 300 человек. Из них 150 пациентов (50 %) в связи с выраженностью стато-динамических нарушений был проведен курс лечебных блокад с данным препаратом в наиболее болезненные очаги нейроостеофиброза: от 1,0 до 3,0 мл в/м в день в течение 10 дней. Кроме этого, пациенты получали в комплексе физиопроцедуры, биогенные стимуляторы («Алоэ», «Хондролон», «Алфлутоп»), витамины группы «В» («Мильгамма»), антидепрессанты («Рексетин», «Коаксил», «Профлузак»), специальную лечебную гимнастику. Другая группа пациентов получала «Мидокалм» в табле6тированном виде — по 150 мг × 3 раза в день в течение 10 дней.

Динамическое наблюдение групп показало следующее: уменьшение болей в покое, а также увеличение объема движений и значительное снижение дефанса мышц спины через одну неделю было отмечено у пациентов, получавших «Мидокалм» с применением мягкотканых (периартикулярных и паравертебральных) медикаментозных блокад. У другой группы пациентов уменьшение болевого синдрома и восстановление объема движений происходило более медленными темпами — в течение 2-х и более недель.

Таким образом, курс индивидуально подобранного комплекса медикаментозных блокад с применением «Мидокалма», биогенных стимуляторов, антидепрессантов, витаминов группы «В», а также физиорпроцедур, позволяет купмровать болевой синдром, эффективно корегировать стато-динамические нарушения у больных остеохондрозом позвоночника в период обострения, в короткие сроки возвращать работоспособную часть населения к труду. Препарат «Мидокалм» в инъекционной форме может быть рекомендован для проведения нейро-мышечных блокад при лечении спондилогенных поясничных болевых синдромов.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОКЦИГОДИНИЕЙ

Худяев А. Т., Прудникова О. Г., Мещерягина И. А.

Федеральное государственное учреждение науки «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г. А. Илизарова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» г. Курган, Россия

Введение: на долю переломов позвоночника приходится 3,2 % от всех случаев переломов костей, из них на переломы крестца и копчика — 13,2 % (С. М. Журавлев, П. Е. Новиков, К. А. Теодорис, В. П. Дейкало, 1996).

До настоящего времени вопрос лечения больных с кокцигодинией на фоне переломов и переломовывихов копчика остается актуальным в связи с разными подходами к проблеме. Использование консервативных мероприятий, начиная от репозиции отломка до длительного постельного режима, не всегда обосновано. Предлагаемые оперативные подходы: доступ через прямую кишку, устройства для шинирования отломка (А. И. Мохов, В. И. Сушко, 2003) зачастую травматичны и громоздки.

Цель работы: определить подходы к лечению больных с посттравматической кокцигодинией, обосновать показания для оперативного лечения и его эффективность.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения в 1997–2007 гг. 62 пациентов с посттравматической кокцигодинией. Продолжительность заболевания составляла от нескольких дней до 4-х лет.

Проводимое амбулаторное консервативное лечение, включающее щадящий двигательный режим, применение нестероидных противовоспалительные средств, спазмолитиков, обезболивающих препаратов, физиотерапевтических методик было недостаточно эффективно и не купировало болевой синдром полностью.

Выявлена зависимость между углом смещения дистального сегмента и выраженностью болевого синдрома.

Показанием для операции служило несрастание сломанного копчика, артроз в крестцово-копчиковом сочленении, сращении копчика со смещением отломка в полость малого таза, сопровождающееся упорной кокцигодинией, не поддающейся консервативному лечению в течение 3 месяцев.

Оперативное лечение включало в себя доступ в проекции копчика, щадящую мобилизацию, удаление отломка или вывихнутой части копчика, блокаду копчикового сплетения.

Результаты. После проведенного оперативного лечения у всех больных отчетливо определялась тенденция к уменьшению болевого синдрома. Полностью болевой синдром купирован у 48 больных, значительно уменьшен — у 14 человек. Используемая технология не привела к нарушению биомеханики мышц тазового дна ни в одном случае.

Заключение. Таким образом, резекция копчика является достаточно эффективным методом лечения пациентов с кокцигодинией на фоне неправильно сросшихся переломов и переломовывихов копчика.

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛОПАТИЯХ

Худяев А. Т., Мещерягина И. А., Прудникова О. Г., Люлин С. В.

Федеальное государственное учреждение науки «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика. Г. А. Илизарова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» г. Курган, Россия

Введение: известно, что пояснично-крестцовые радикулопатии сопровождаются болевым синдромом, чувствительными и вегетативными расстройствами (Веселовский В. П., 1991; Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Бурд Г. С., 2000; Карлов В. А., 1999). Это наиболее частые заболевания, которые ведут к ограничению трудоспособности лиц моложе 50 лет, уступая лишь патологии сердечно-сосудистой системы и суставов (Герасимова М. М., Петушков А. Ю., Власенко Н. Ю., 2006).

Цель работы: показать тактику и эффективность лечения пациентов с болевым синдромом при пояснично-крестцовых радикулопатиях, обусловленных поясничным остеохондрозом.

Материалы и методы: в ФГУН РНЦ «ВТО» им. академика Г. А. Илизарова проведено лечение 600 больных с поясничным остеохондрозом, одним из клинических проявлений которого был болевой синдром, обусловленный раздражением или сдавлением корешков спинно-мозговых нервов пояснично-крестцового отдела позвоночника.

На основании жалоб, анамнеза заболевания и клинического осмотра выполнено обследование, включающее рентгенологические исследования, электромиографию, эстезиометрию.

Полноценное рентгенологическое исследование (МРТ, КТ, компьютерная миелотомография) проводится для уточнения локализации и вида грыжевого выпячивания, его размеров, отношения к нервным структурам позвоночного канала, а также для диагностики стеноза позвоночного канала.

Данные КТ/МРТ позволяет планировать оперативное лечение: определять соотношение декомпрессии позвоночного канала с максимально возможным ограничением удаления опорных структур позвоночника и предотвращать неприятные интраоперационные находки.

На основании клинических и рентгенологических данных определяется тактика дальнейшего лечения: курс консервативного лечения, эндоскопическое удаление грыжи диска или удаление грыжи диска из интерламинарного доступа.

Комплексное консервативное лечение, включающее курс медикаментозного лечения, лечебно-медикаментозные блокады, физиолечение, массаж проведено в 35 % случаев.

У 10 % пациентов произведена чрескожная эндоскопическая нуклеотомия с удалением грыжи диска.

Интерламинэктомия/гемиламинэктомия с удалением грыжи диска и компремирующих факторов выполнена в 55 % случаях. Оперативное лечение дополняется курсом восстановительных консервативных мероприятий.

Обязательным условием после проведенного оперативного лечения является соблюдение ортопедического режима (ограничение двигательного режима в ближайшем послеоперационном периоде и ношение фиксирующего корсета).

Результаты. У всех пациентов отмечен регресс неврологической симптоматики. Купирование болевого синдрома отмечено у 52 % больных, значительное уменьшение интенсивности — у 37 %, уменьшение — у 11 % пациентов. Результаты лечения подтверждены результатами КТ/МРТ, ЭМГ, эстезиометрии, изучены в контрольные сроки 3 месяца, 6 месяцев, 1–2 года после лечения.

Заключение. Тщательное клиническое обследование и полноценное инструментальное исследование позволяют диагностировать причину радикулопатии на фоне остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника и дифференцированно подходить к тактике

лечения. Полученные данные свидетельствуют о том, что комплексное полноценное лечение имеет стойкий пролонгированный эффект в виде купирования и уменьшения болевого синдрома.

ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Шеин А. П., Скрипников А. А.,
Криворучко Г. А., Люлин С. В.
ФГУН «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г. А. Илизарова Росздрава, г. Курган, Россия

Компрессионный корешковый синдром при грыжах межпозвонкового диска в поясничном отделе проявляется рядом симптомов, таких, как боль в пояснице, с иррадиацией в нижние конечности, гипестезия кожных покровов, слабость мышц, иннервируемых компримированным корешком. Наиболее эффективным в настоящее время методом лечения данной патологии является оперативный (при соответствующих показаниях) — чрескожная эндоскопическая нуклеотомия, интерламинэктомия с удалением грыжи.

С целью выявления степени поражения нейромоторного аппарата нижних конечностей в процессе предоперационного обследования методом электронейромиографии (ЭМГ) были протестированы мышцы нижних конечностей 69 пациентов в возрасте от 21 до 65 лет (средний возраст 40,7 ± 1,1 лет), из них 34 мужского и 35 — женского пола, поступивших для лечения в «РНЦ «ВТО» им. академика Г. А. Илизарова. Данные обследований всей выборки больных были условно разделены на две группы в зависимости от уровня локализации диско-радикулярного конфликта: в первую группу вошли результаты ЭМГ-исследований 37 больных с грыжей межпозвонкового диска L4-5 и клиническими признаками компрессии корешка L5, во вторую — 32 пациента с грыжей L5-S1 и радикулопатией корешка S1. Все больные предъявляли жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в нижние конечности, а также в ряде случаев на ограничение движений в нижних конечностях, снижение или утрату чувствительности кожных покровов в соответствующих дерматомах бедер, голеней, стоп.

Регистрация и анализ биоэлектрической активности мышц левых и правых нижних конечностей производилась с использованием цифровой системы ЭМГ/ВП «Viking IV» (Nicolet, США.). Использовалась глобальная ЭМГ (проба «максимальное произвольное напряжение») и стимуляционная ЭМГ (регистрация М-ответов). В числе прочих тестировались мышцы m. tibialis anterior, m. gastrocnemius (c. l.), m. rectus femoris. Анализировалась средняя амплитуда суммарной ЭМГ и максимальная амплитуда М-ответа. В процессе обработки полученных результатов ЭМГ-данные были сгруппированы в соответствии с латерализацией корешкового синдрома — 36 больных имели левостороннюю компрессию, а 33 человека — правостороннюю.

Определение тяжести нарушений рассматриваемых электрофизиологических параметров проводилось при использовании контрольных величин (N), полученных при ЭМГ-обследованиях 32 неврологически здоровых лиц, сопоставимых по возрасту, полу с исследуемой выборкой больных.

Анализируя показатели произвольной ЭМГ у больных с компрессией корешка L5 (первая группа) выявлено, что в отведении от m. tibialis anterior на пораженной конечности значения средней амплитуды (СА) суммарной ЭМГ составили 0,50 ± 0,05 мВ, что на 23,1 % ниже нормативных показателей, зарегистрированных на уровне 0,65 ± 0,03 мВ, а на контралатеральной конечности — 0,55 ± 0,04 мВ (что на 15,4 % ниже нормы). В то же время максимальная амплитуда М-ответов (А-МО) этих же мышц была близка к показателям, полученным у здоровых субъектов — 7,85 ± 0,17 мВ. Так, на пораженной стороне А-МО составила 7,44 ± 0,38 мВ, а условно интактной — 8,77 ± 0,33 мВ. Таким образом, при сохранной иннервации (характеризуемой по уровню А-МО), обнаруживается дефицит произвольной активации данной мышцы, что отражается в сниженных значениях амплитуды ЭМГ, пропорциональной величине развиваемой тестируемой мышцей усилия. Выявленный феномен свидетельствует о рефлекторном ограничении максимального произвольного напряжения тестируемой мышцы в связи с усилением ноцицептивной импульсации из области поясницы и нижних конечностей, и косвенно характеризует степень интенсивности болевых ощущений, возникающих у пациента в условиях выполнения им функциональной пробы. Целесообразно отметить, что в группе пациентов с клиническими признаками радикулопатии корешка S1 А-МО m. tibialis anterior также была близка к норме 8,34 ± 0,33 мВ на пострадавшей конечности и 8,29 ± 0,46 мВ —

на противоположной. В то же время СА ЭМГ пострадала значительнее, чем в первой группе — на пораженной стороне снижение показателя достигло 33,8 % (0,43 ± 0,05 мВ), а на контралатеральной — 30,8 % (0,45 ± 0,05 мВ), что свидетельствует о несколько более выраженном обострении болевого синдрома в области иннервации n. tibialis при выполнении максимальной произвольной тыльной флексии стопы (синдром натяжения нервного ствола).

СА ЭМГ m. rectus femoris у больных первой группы (клинические признаки радикулопатии L5-корешка) была снижена относительно контрольных величин (N = 0,41 ± 0,04 мВ) на 43,9 % — пораженная конечность, и на 36,6 % — в отведении от контралатеральной конечности. Средние значения СА ЭМГ составили соответственно 0,23 ± 0,02 мВ и 0,26 ± 0,03 мВ. При этом, А-МО m. rectus femoris была несколько снижена, что свидетельствует о явлениях гипотрофии в данной мышце вследствие общей функциональной разгрузки «антигравитационных» групп нижних конечностей. В частности, А-МО на пораженной стороне была зарегистрирована 17,02 ± 0,64 мВ, что ниже нормативных показателей на 19,3 % (абсолютное значение норматива — 21,10 ± 0,44 мВ), а на контралатеральной конечности — 18,49 ± 0,69 мВ, что ниже нормы на 12,4 %. В группе больных с грыжей межпозвонкового диска L5-S1 (клинические признаки компрессионно-ишемического синдрома S1 корешка) наблюдалась аналогичная картина — снижение СА ЭМГ на 36,6 % в отведениях от m. rectus femoris пораженной конечности (0,26 ± ± 0,04 мВ) и на 24,4 % (0,31 ± 0,04 мВ) — контралатеральной. В то же время А-МО оказались ниже контрольных величин на 14,2 % (18,11 ± ± 0,78 мВ) и 12,6 % (18,45 ± 0,65 мВ) соответственно.

Результаты оценки функционального состояния m. gastrocnemius (c. l.) в группе больных с признаками компрессионно-ишемического синдрома корешка L5 свидетельствует о том, что СА ЭМГ указанной мышцы на условно интактной конечности оказалась ниже контрольных величин на 25,0 % (0,30 ± 0,03 мВ; N = 0,40 ± 0,05 мВ), а А-МО — на 22,1 % (24,52 ± 1,17 мВ; N = 31,46 ± 0,46 мВ). Из приведенных данных видно, что разница между относительными величинами показателей СА и А-МО незначительна. Этот факт свидетельствует об отсутствии эффекта увеличения интенсивности болевых ощущений при выполнении функциональной пробы. На пораженной конечности соотношение относительных величин СА и А-МО оказалось несколько иным — СА по сравнению с контролем была снижена на 42,5 % (0,23 ± ± 0,03 мВ), а А-МО — на 32,2 % (21,32 ± 1,52 мВ), что говорит о прояв-

лении эффекта усиления болевых ощущений в снижении потолка значений СА суммарной ЭМГ. Аналогичная картина обнаружена и при анализе результатов, полученных у больных с компрессией корешка S1: на пораженной стороне снижение СА ЭМГ m. gastrocnemius (c. l.) достигло 47,5 % (0,21 ± 0,03 мВ), а А-МО на 29,0 % (22,34 ± 1,48 мВ); на контралатеральной — на 35,0 % (0,26 ± 0,03 мВ) и 19,2 % (25,43 ± ± 1,14 мВ) соответственно.

Полученные данные позволяют заключить, что выявленная нами диссоциация между относительными (% от контрольных значений) величинами амплитуд произвольной (суммарная ЭМГ, регистрируемая на пике максимального произвольного напряжения) и вызванной (М-ответы) биоэлектрической активности мышц нижних конечностей может рассматриваться в качестве дополнительной (наряду с применением шкал VAS и NRS) количественной характеристики выраженности и локализации болевого синдрома у больных с грыжей межпозвонкового диска в поясничном отделе позвоночника.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ БОЛИ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

Шмидт И. Р., Сарыглар Э. Д.,
Саяпин В. С., Киселев Д. С.
ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава, г. Новокузнецк, Россия

Введение. Согласно классификации, разработанной экспертами Международной ассоциации по изучению боли, учитывается локализация болей и их патогенез. В зависимости от происхождения выделяется три основные группы болей: соматогенные (рецепторные ноцицептивные), неврогенные (невропатические) и психогенные. Анализ этих характеристик при различных нозологических формах важен для решения вопроса об адекватном патогенетическом лечении болевых проявлений. Одним из наиболее частых заболеваний, сопровождающихся болевыми феноменами, являются неврологические проявления остеохондроза позвоночника (НПОП). Частота НПОП в разных выборках населения старше 18 лет достигает 49,8–75,0 %, а их обострения — одна из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности среди хронических заболеваний человека. К чис-

лу факторов, влияющих на распространенность НПОП в популяции и их клинический полиморфизм, относятся этнические особенности. Исследованиями И. Р. Шмидт и соавт., М. Ф. Исмагилова и соавт., В. С. Саяпина и соавт. [1982–2003] было установлено, что распространенность НПОП у представителей негроидной расы меньше, а монголоидной больше, чем у европеоидов. В частности, были получены данные о более частом выявлении НПОП у казанских татар, шорцев и алтайцев. Дальнейшие исследования этнических особенностей болевых проявлений необходимы для разработки рекомендаций по совершенствованию организации и оказания целенаправленной медицинской помощи коренному населению соответствующего региона.

Целью проведенного исследования было изучение патогенетических вариантов болевых феноменов у коренных жителей Республики Тыва в связи с НПОП.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 300 больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении Республиканской больницы № 1 и на амбулаторном лечении в Республиканской консультативно-диагностической поликлинике № 1 города Кызыл Республики Тыва. Среди них 150 тывинцев (85 женщин и 65 мужчин) и 150 европеоидов (82 женщины и 68 мужчин), постоянно проживающих на территории Республики Тыва. Группы составлены методом сплошной выборки: в исследование включены все пациенты, которые обратились к неврологу в период от 2004 г до 2006 г. Среди обследованных преобладали больные в возрасте от 30-ти до 59-ти лет (61,7 ± 2,8 %).

Методы исследования включали клинико-рентгенологический (спондилография и, по показаниям, МРТ), классический неврологический, вертеброневрологический методы и мануальное тестирование для выявления патобиомеханических изменений, которые являются облигатным следствием НПОП.

Результаты и их обсуждение. О патогенетическом варианте болей, которые имели место у всех обследованных пациентов, судили на основании анализа неврологических синдромов, которые, как известно, классифицируются по топико-патогенетическому принципу.

Синдромы шейного остеохондроза были выявлены у 131 больного (43,7 ± 2,85), поясничного — у 169-ти (56,3 ± 2,86), у 78 больных имело место сочетание обеих локализаций (26,0 ± 2,53 %). Распределение по частоте синдромов шейного и поясничного остеохондроза было оди-

наковым у тывинцев и европеоидов (P > 0,05). Достоверные различия отмечены лишь в частоте многоуровневого остеохондроза, который диагностирован в 1,6 раза чаще у тывинцев (соответственно 32 ± 3,81 и 20 ± 3,27 %, P < 0,05). В обеих группах у женщин достоверно чаще, чем у мужчин, имели место неврологические проявления шейного и многоуровневого остеохондроза, что является характерным признаком, установленным нами ранее на многих других популяциях.

Анализ распределения по частоте отдельных неврологических синдромов в сравниваемых группах показал отсутствие достоверных различий. В обеих группах это были рефлекторные миосклеротомные синдромы, для которых характерны рецепторные ноцицептивные боли. И у тывинцев и у европеоидов наиболее характерными были миосклеротомная цервикалгия (53,1 ± 6,24 и 49,3 ± 6,11 %, P > 0,05), миосклеротомная цервикобрахиалгия (31,3 ± 5,79 и 31,3 ± 5,67 %, P > > 0,05), межлопаточный болевой синдром (32,8 ± 5,87 и 28,4 ± 5,51 %, P > 0,05). Другие синдромы наблюдались с частотой менее 20–10 %: миосклеротомная цервикокраниалгия (17,6 ± 3,3), синдром позвоночной артерии (13,7 ± 3,03), плечелопаточный периартроз (11,4 ± 2,7), шейный прострел (10,7 ± 2,7), локтевой периартроз (3,8 ± 1,7), верхнеквадрантный отраженный синдром (3,1 ± 1,5), синдром передней грудной стенки (0,76 ± 0,75 %). Невропатические боли (нейрогенные) у больных шейным остеохондрозом наблюдались при вертеброгенных туннельных синдромах и были вторичными относительно первичных миосклеротомных изменений: это были синдром передней лестничной мышцы (23,4 ± 5,29 и 20,9 ± 4,97 %, P > 0,05), синдром малой грудной мышцы (9,2 ± 2,5), синдром нижней косой мышцы головы (3,8 ± 1,7). Лишь у одного больного имел место компрессионный корешковый синдром (0,76 ± 0,75 %). Характерной для обеих групп была полисиндромность проявлений шейного остеохондроза. Так, два-три и более синдромов диагностировалось у 89,1 ± 3,9 % тывинцев и у 77,6 ± 5,1 % европеоидов, P > 0,05.

Распределение по частоте неврологических синдромов поясничного остеохондроза также было одинаковым у тывинцев и европеоидов (P > 0,05). В отличие от шейного поясничный остеохондроз почти у половины больных проявлялся моносиндромно. Для синдромов поясничного остеохондроза также было характерно развитие миосклеротомных (соматогенных ноцицептивных) болей. Так, миосклеротомная люмбоишиальгия диагностировалась у 62,8 ± 5,21 % тывинцев и 66,3 ± 5,19 % европеоидов, миосклеротомная люмбалгия — соответс-

твенно у 37,2 ± 5,21 и 33,7 ± 5,19 %, люмбаго — у 12,8 ± 3,60 и 10,8 ± ± 3,41 %, подвздошно-крестцовый периартроз — у 9,3 ± 3,13 и 10,8 ± ± 3,41 %. Нейрогенная боль при поясничном остеохондрозе отмечалась чаще, чем при шейном, в связи с более частым развитием корешковой компрессии (у 19,8 ± 4,29 % тывинцев и 27,7 ± 4,91 % европеоидов). Нейрогенная боль имела место и при таких синдромах, как синдром грушевидной мышцы (у 9,3 ± 3,13 % тывинцев и 6,0 ± 2,61 % европеоидов), невропатия наружного кожного нерва бедра (соответственно у 3,49 ± 1,98 и 4,8 ± 2,35 %). Невропатия подвздошно-пахового нерва и радикуломиелоишемия в связи с компрессией корешковоспинальной артерии наблюдались в единичных случаях.

Заключение. На основании проведенного исследования можно сделать вывод об идентичности неврологических синдромов шейного и поясничного остеохондроза у тывинцев и европеоидов, постоянно живущих в Республике Тыва. У подавляющего большинства представителей обеих этносов НПОП характеризуются соматогенными миосклеротомными болями, тогда как невропатические боли развиваются достоверно реже.

Следует заметить, что при сравнении полученных данных по Республике Тыва с результатами проведенных ранее исследований в Республике Алтай оказалось, что если частота отдельных синдромов НПОП у алтайцев и жителей Тывы различается, то патогенетические варианты у них одинаковы, то есть в обеих массивах наблюдений ведущим патогенетическим механизмом развития боли при остеохондрозе позвоночника является раздражение рецепторов вертебральных, паравертебральных и региональных тканей соответствующего уровня. Это свидетельствует о том, что препаратами выбора для купирования вертеброгенных болей являются НПВС, действующие на тканевые механизмы боли. Однако в тех случаях, когда констатируется невропатическая боль, эти препараты могут быть неэффективными, и следует использовать средства, воздействующие на спинальные и церебральные уровни ноцицептивной системы.

НОВОЕ ФИЗИОТЕРАВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Герасимов А. А.

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия

Последние годы все шире применяют эндопротезирование. В мировой ортопедии утвердилось мнение, что консервативные методы лечения коксартроза малоэффективны. Применение их во II–III стадии заболевания почти не дает эффекта и экономически невыгодно. Действительно, пока не существует эффективных противоболевых и хондропротекторных медикаментозных препаратов. Физиотерапевтические факторы тоже малоэффективны. Глубокое расположение тазобедренного сустава значительно ограничивает возможности проникновения к нему электромагнитного поля, лазерного излучения, ультразвука. Так, электрический ток уменьшается кожей в 200–500 раз, а затем, проникая в мягкие ткани, ослабленный ток обходит кость, шунтируясь по токопроводящим путям.

Известно, что в болевых зонах сустава наблюдается значительное нарушение кровообращения кости. Питание хрящевого матрикса и гиалинового хряща происходит за счет процессов диффузии. При любом нарушении кровообращения в костях, прилежащих к суставу, возникает резкое уменьшение питания хряща, получающего питание за счет диффузии. На фоне ограниченного питания возникают все биохимические процессы, приводящие к дистрофии хряща. Поэтому патогенетическим методом лечения коксартроза является восстановление костного кровообращения и микроциркуляции.

Традиционный комплекс сосудистой терапии неэффективен, так как костные сосуды не спадаются и не реагируют на препараты. Физиотерапевтические энергии не проходят через кожный и костный

барьер. Для устранения этих недостатков нами разработан способ внутрикостной электростимуляции, где специальный электрический ток подводят непосредственно к патологическим участкам сустава с помощью иглы-электрода. Металлическую иглу ориентируют на болевые участки: это места прикрепления капсулы сустава и прилежащие метафизарные отделы.

Целью работы является определение эффективности лечения больных с коксартрозом внутритканевой электростимуляцией.

Материал. Изучены результаты лечения двух однородных групп больных с примерно одинаковой тяжестью процесса. Первая контрольная группа из 36 больных всех трех степеней тяжести лечилась традиционным комплексным методом, включающим медикаментозную терапию, в/суставное введение, физиолечение, вытяжение и др. вторая основная группа больных лечилась только методом внутритканевой электростимуляции (63 больных).

Методика такой электростимуляции заключалась в подведении импульсного низкочастотного электрического тока непосредственно к пораженным участкам костей сустава с помощью иглы-электрода с положительного полюса в течение 10–15 минут.

Результаты. При I стадии коксартроза для устранения боли требовалось 2 процедуры с длительностью ремиссии 5–7 лет, при П степени требовалось 3–4 процедуры с ремиссией 3–4 года. При Ш степени в среднем применяли 6–7 процедур со сроком ремиссии 8 мес. — 1,5 года. Полное устранение боли зависело от стадии: при первой — 94 %, при третьей — 75 %.

Длительность лечения традиционными методами при коксартрозах составила в среднем 24,3 ± 3,2 дня, при электростимуляции 12,8 ± 2,4 ($p < 0,05$), то есть в 2 раза меньше. После традиционного лечения рецидив наблюдался в 3 раза чаще, чем после электростимуляции. На рентгенограммах через 6–8 месяцев после лечения отмечено уменьшение явлений остеопороза, кистозного перерождения кости. Участки остеосклероза остались без изменений.

Исследования кровообращения в кости при электростимуляции показали, что в костях значительно активизируются энергообмен и кровообращение, что является патогенетической терапией. Осложнений не наблюдалось. Лечение можно применять как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Заключение. Внутритканевая электростимуляция является высокоэффективным патогенетическим методом. Метод показан при началь-

ных стадиях остеоартроза. В последней стадии электростимуляция является единственным альтернативным методом оперативным вмешательствам, особенно при наличии противопоказаний к операции.

КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВЫХ МЫШЕЧНЫХ СИНДРОМОВ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДИКИ БИОСИНХРОНИЗИРОВАННЫХ СИНУСОИДАЛЬНЫХ МОДУЛИРОВАННЫХ ТОКОВ

Калинина О. С., Петров К. Б.

ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Росздрава», г. Новокузнецк, Россия

В современной вертеброневрологии широко применяются способы лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника с использованием разнообразных методов физиотерапии (А. М. Гурленя, Г. Е. Багель, 1989). Как правило, при купировании острых соматогенных и нейрогенных болевых синдромов используются низкочастотные импульсные токи: синусоидальные модулированные, диадинамические, флюктуирующие, интерференционные и т. д. (Боголюбов В. М., 1999).

Последнее время многие авторы видят пути дальнейшего совершенствования методов физиотерапевтического воздействия в их биоритмологической оптимизации (Ф. И. Комаров, 1994).

Кроме того, в литературе описан ряд неспецифических рефлекторно-мышечных синдромов (НРМС) при патологии опорно-двигательного аппарата, особенности топографии которых, могут быть использованы для повышения эффективности различных лечебно-реабилитационных мероприятий, подобно канально-меридианальной системе китайской медицины (Петров К. Б., 1998).

Цель настоящего исследования заключалась в разработке лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника синусоидальными модулированными токами с учётом особенностей биоритмов спинного мозга и топографии неспецифических рефлекторно-мышечных проявлений.

Поставленная проблема решалась при помощи изучения динамики параметров Н-рефлекса в икроножной мышце (отношение Н/М × 100 %) на электромиографе «MG-440» фирмы Medicor (Венгрия) по стандартной методике (Л. О. Бадалян, И. А. Скворцов,1974). Известно, что

Н-рефлекс является чувствительным индикатором, как нисходящих влияний, так и собственной активности сегментарного аппарата спинного мозга (Я. М. Коц, 1975).

Материалом для настоящей работы послужили 116 больных и испытуемых в возрасте от 18 до 71 года, из них 55 здоровых людей и 61 — больных поясничным остеохондрозом. Регистрировалась посекундная динамика отношения Н/М × 100 % в икроножной мышце в течение 6 минут (360 секунд).

Анализ полученных данных проводился при помощи пакетов прикладных статистических программ: «STATGRAPHICS plus for Windows ver. 3.0», «SPSS for Windows ver. 9.0», «STATISTICA ver. 6.0», «CATERPILLAR-1.0» и электронных таблиц Microsoft@Excel-2003.

В результате статистического анализа было выделено 3 частотных составляющих биоритма спинного мозга минутного диапазона.

Наиболее многочисленным оказался сверхнизкочастотный компонент с периодом акрофазы в 44,7 сек (0,02 Гц). Его удельный вес в среднем составляет 60,2 % от общего массива данных по каждому испытуемому. Вторым по величине процентного соотношения (26,2 %) оказался высокочастотный компонент с периодом в 3,2 сек (0,3 Гц). Наименьший вклад (11,4 %) в биоритмический ансамбль спинного мозга вносит низкочастотный компонент, его период соответствует 9,2 сек (0,1 Гц).

Таким образом, были получены данные о наличии как минимум трёх составляющих биоритмической активности спинного мозга в норме с периодами в 45, 9 и 3 секунды, то есть их кратность соответствует 3.

Предлагаемая нами методика разработана для лечения неврологических проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника в стадии обострения, которая повышает качество реабилитации за счёт более эффективного использования саногенетических механизмов адаптации. Лечение больных проводилось на аппарате «Амплипульс-4», но можно использовать аналогичные приборы более поздних модификаций после небольшой доработки их электронной схемы.

В стандартном варианте указанных аппаратов разработчиками предусмотрены жёстко запрограммированные варианты длительности посылки частотно-амплитудной модуляции, равные 1–1,5; 2–3; 3–6 секунд, что не совпадает с выделенными биоритмами. Поэтому прибор был переделан таким образом, что соотношения длительности посылки частотно-амплитудной модуляции стало соответствовать 3–

3 секундам. Дополнительно к прибору был изготовлен специальный восьмиэлектродный кабель (4 анода и 4 катода) с площадью электродов 4 × 6 см^2.

Амплипульс-терапия проводилась в положении пациента лежа на животе. Предварительно уточнялся тип НРМС. Выявленные изменения (напряжение мышц, ТТ, очаги нейроостеофиброза) помечались маркером, что облегчало оптимальное расположение электродов. Последние накладывались без учёта полярности.

Лечение проводится двумя циклами, состоящими из двух рабочих периодов (по 4 пачки импульсов в каждом). Длительность периода соответствует 3 мин, а пачки — 45 сек. В продолжение пачки через каждые 9 секунд происходит смена рода работы.

Первая пачка I рабочего периода:

- режим тока — переменный, род работы III (9 сек), затем род работы I (9 сек);
- режим тока — выпрямленный, род работы I (9 сек);
- режим тока — переменный, род работы I (9 сек), затем род работы III (9 сек).

Вторая пачка I рабочего периода:

- режим тока — переменный, род работы I (9 сек), затем род работы III (9 сек);
- режим тока — выпрямленный, род работы I (9 сек);
- режим тока — переменный, род работы III (9 сек), затем род работы I (9 сек).

Эти две пачки повторяют дважды.

Первая пачка II рабочего периода:

- режим тока — переменный, род работы IV (9 сек), затем род работы III (9 сек);
- режим тока — выпрямленный, род работы III (9 сек);
- режим тока — переменный, род работы III (9 сек), затем род работы IV (9 сек).

Вторая пачка II рабочего периода:

- режим тока — переменный, род работы III (9 сек), затем род работы IV (9 сек);
- режим тока — выпрямленный, род работы III (9 сек);
- режим тока — переменный, род работы IV (9 сек), затем род работы III (9 сек).

Эти две пачки также повторяют дважды.

Вся вышеописанная процедура повторяется ещё 1 раз.

Общая продолжительность процедуры достигает 12 минут. Для полного купирования болевого синдрома в среднем требуется 5 процедур (при общепринятой методике обычно — 10 процедур).

Разработанная нами методика биосинхронизированной амплипульстерапии с учётом топографии НРМС по большинству клинико-инструментальных показателей превосходит общепринятые методы физиотерапевтического лечения поясничного остеохондроза и в более полной мере способствует нормализации измеб́нённой в процессе заболевания биоритмической активности мотонейронов спинного мозга.

ДИНАМИКА БОЛИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ГОНАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ОБЩЕЙ МАГНИТОТЕРАПИИ

Каркавина А. Н., Кулишова Т. В.,
Кожанова Т. Б., Злобинская Л. М.
Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул, Россия

Остеоартроз (ОА) — хроническое прогрессирующее заболевание суставов, характеризующееся первичной дегенерацией суставного хряща с последующим изменением субхондральной кости и развитием краевых остеофитов и сопровождающееся реактивным синовитом. Частота заболевания крупных суставов среди населения достаточно высока и не имеет тенденции к снижению. Одной из наиболее частых локализаций ОА являются коленные суставы, по различным данным, патология выявлена у 24,7–67,7 %. С возрастом частота заболевания увеличивается — у лиц старше 50 лет она составляет 27 %, а в возрасте старше 60 лет достигает 97 %. Об актуальности проблемы свидетельствует провозглашение по инициативе ВОЗ первого десятилетия XXI века «Десятилетием борьбы с заболеваниями суставов».

Основным симптомом ОА является боль в суставах, как в покое, так и при нагрузке, которая по мере прогрессирования болезни усиливается, постепенно возникают и нарастают ограничение движений, что значительно ухудшает качество жизни, отрицательно влияет на психоэмоциональный статус.

Медикаментозная терапия ОА существенно ограничена и включает хондрозамещающие и хондропротекторные, нестероидные противовоспалительные, анальгетические препараты. Более обширны воз-

можности у физических факторов, особенно в реабилитации больных. Их длительное применение не осложняется побочным действием, свойственным лекарственной терапии.

В последние годы у нас в стране и за рубежом показана эффективность применения общей магнитотерапии (ОМТ) при ряде заболеваний, что обусловлено ее положительным влиянием на процессы саногенеза. Известно, что общая магнитотерапия обладает противовоспалительным, обезболивающим, противоотечным, вазоактивным, спазмолитическим, трофико-регенерирующим действием. Отмечено положительное влияние ОМТ на фармакокинетику и фармакодинамику препаратов, уменьшение их побочных эффектов. Однако в доступной литературе не удалось обнаружить данных о применении ОМТ в лечении ОА.

Целью нашего исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения гонартроза у больных пожилого возраста путем использования общей магнитотерапии.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных ОА I–II стадии (средний возраст 65,5 ± 2,5 лет), среди них мужчины составили 33,3 %, женщины — 66,7 %, 35 % были инвалидами II и III групп.

Все больные были разделены на две рандомизированные группы. I-я основная группа составила 30 больных, которые на фоне медикаментозной терапии получали ОМТ. II-ю группу (сравнения) составили больные, которые получали тоже медикаментозное лечение, но без ОМТ. Рандомизация сравниваемых групп осуществлялась по полу, возрасту, тяжести заболевания, проводимому лечению (за исключением экспериментального), сопутствующей патологии.

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто у больных встречались артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, остеохондроз позвоночника, варикозное расширение вен нижних конечностей и лимфовенозная недостаточность нижних конечностей, сахарный диабет.

Все больные при поступлении жаловались на боли в пораженных суставах. У 70 % отмечались боли в покое, ночные боли, вынуждающие прибегать к приему нестероидных противовоспалительных препаратов. Боль у пациентов усиливалась к концу дня, а также при физической нагрузке. При пальпации суставов у части больных, особенно с синовитом, отмечалась болезненность.

Субъективное восприятие боли оценивалось больным с помощью 10-сантиметровой визуально-аналоговой шкалы и объективно врачом

по 3-бальной системе (в покое, ночью, при опоре на ногу, при пассивных движениях, после дня обычной физической нагрузки, при ходьбе по лестнице, стартовая боль).

Методика общей магнитотерапии заключалась в воздействии низкочастотным магнитным полем на весь организм больного экспоненциальной и синусоидальной формами, частотой 100Гц, напряженностью 20 Эрстед, время подъема и спада составило 25 секунд, экспозиция с 10 до 12 минут, ежедневно, на курс 10 процедур.

Клиническое улучшение после курса лечения наблюдалось в обеих группах (по оценке больных и врача). К концу курса лечения у 80 % больных основной группы на фоне ОМТ исчезли ночные и стартовые боли, а также боли в покое, достоверно уменьшились боли при нагрузке. У 20 % больных удалось полностью отменить лекарственную терапию, у 30 % доза принимаемых препаратов была уменьшена. В группе сравнения на фоне медикаментозной терапии динамика достоверно ниже, чем в основной группе.

ОМТ хорошо переносится больными геронтологического профиля, ни в одном из случаев не отмечено ухудшение. Наряду с анальгезирующим эффектом общая магнитотерапия оказывала антигипертензивный эффект, противоотечное действие.

Таким образом, наши исследования установили, что включение ОМТ в комплексное лечение пожилых больных остеоартрозом оказывает более выраженное обезболивающее действие и, в конечном итоге, повышает качество жизни. ОМТ можно рекомендовать в широкую реабилитационную практику.

СИСТЕМНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Королева С. В., Львов С. Е.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, г. Иваново, Россия

Боль — неприятное сенсорное и/или эмоциональное переживание, связанное с повреждением тканей и мобилизацией реакций организма в ответ на это повреждение. Многообразие проявлений хронического болевого синдрома не всегда отражает патогенетические механизмы заболевания. Боль при остеоартрозе коленных суставов (ОА КС) во многом взаимосвязана с нарушениями кинематики сустава, регионар-

ного кровотока и обусловлена дегенеративно-дистрофическим и/или воспалительным процессом в суставных и периартикулярных структурах. Цель лечения гонартроза — купирование боли, но, в конечном итоге, эффективность терапии определяет функциональный результат с расширением объема безболезненных нормальных движений, оптимальных для данного пациента. До настоящего времени нет критериев оптимальной функции КС при имеющемся ОА, а используемые (измерение окружностей конечностей и углов сгибания/разгибания в суставах гониометром и балльные индексы) либо субъективны, либо не учитывают участие компенсаторных механизмов.

Цель исследования — выявить характер системности позных ответов по данным стабилометрии и их взаимосвязь при ОА КС.

Материал и методы. Обследовано 200 больных ОА КС в возрасте от 30 до 75 лет (52,1 ± 0,86 лет), проходивших лечение в отделении взрослой ортопедии ОГУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн» и находившихся под наблюдением в лаборатории «Биомеханика» в 2000–2006 гг. Для постановки диагноза ОА использовались клинико-рентгенологические критерии R. D. Althman с соавт. (1991). Для определения рентгенологической стадии использовалась классификация J. Kellegren и J. Lawrence (1957).

Большую часть пациентов составили больные ОА КС без клинических признаков синовита (89 %) (наличие субклинического воспаления уточнялось по результатам биохемилюминесценции (БХЛ) плазмы крови), I–III стадии патологического процесса (93 %). Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались артериальная гипертензия с неосложненным течением, ожирение 1–2 степени алиментарно-конституционального генеза. Критериями исключения являлись сахарный диабет, гипертоническая болезнь II ст. и выше, хронические сердечная, почечная, печеночная недостаточности, ревматоидный и другие артриты. Все больные наблюдались в динамике консервативного лечения (лечебная физкультура, физиолечение, НПВП, хондропротекторы).

Предлагаемый комплекс обследования включал стабилометрию с тестом Ромберга (стабилометрический комплекс НМФ «МБН», г. Москва), реовазографию (РВГ) и поверхностную нейромиографию (ЭМГ) (комплексы «Рео-спектр» и «Нейро-микро-ЭМГ» фирмы «Нейрософт», г. Иваново), БХЛ плазмы крови (прибор БХЛ-07). В динамике лечения выполнялись статическая стабилометрия с тестом Ромберга (установка стоп на платформе — европейская), биполярная РВГ бедро-голень,

БХЛ, спонтанная и интерференционная поверхностная ЭМГ с использованием электродной колодки с фиксированным межэлектродным расстоянием 20 мм симметрично с основных мышц, участвующих в поддержании вертикальной стойки (четырехглавая бедра и трехглавая голени). Результаты обработаны методами дисперсионного анализа, использовались парный критерий Стьюдента и вариант множественного сравнения Даннета, проведен факторный анализ полученных результатов с применением латинского квадрата с ограничением на рандомизацию. Уровень значимости принят — $\alpha = 0{,}05$.

Результаты и их обсуждение. В клинической практике терапии ОА КС есть два основных показателя функционирования сустава — это амплитуда движений (функциональная состоятельность) и боль при движениях или в покое (клинический аспект). Также важным показателем является статическая сила по энергетически оптимальному удержанию вертикального положения, которую развивают мышцы заинтересованной конечности при заболевании сустава.

Полученными стабилометрическими показателями доказано достоверное увеличение девиаций в обеих плоскостях, но прогрессирующий характер изменений — по оси X, что свидетельствует об ухудшении фронтальной кинематической стабильности вертикальной стойки при нарастании дегенеративных изменений в суставе. Фронтальная нестабильность, таким образом, является одним из определяющих биомеханических факторов риска для дальнейшего развития ОА КС. При этом даже при II стадии заболевания со средним возрастом больных 54,9 ± 1,32 года обнаруживаются достоверные различия с «геронтологической атактической нормой», что заставляет усомниться в отрицательном влиянии исключительно инволютивных процессов на баланс равновесия. Динамика нарастания «нерациональной» кинематической нестабильности баланса неуклонного прогрессирует, значимо ухудшаясь после III стадии заболевания, когда достоверно увеличивается угол наклона колебаний, сигнализирующий о срыве физиологичных механизмов равновесия.

Измененный регионарный кровоток при ОА КС является отражением 2 разнонаправленных реакций: гиперволемии при локальном воспалении и ишемии при обострении без присоединения воспаления. Наличие субклинического синовита уточнялось по результатам БХЛ.

К факторному анализу принят квадрат 3^2, т. е. 3 фактора варьировались на 3 уровнях, проведены повторные опыты. Приняты следующие уровни варьирования:

— состояние регионарного кровотока (гиперволемический, ишемическо-метаболический и условно нормальный типы),

— степень напряжения компенсаторных механизмов в поддержании баланса тела (1, 2 и 3 уровни компенсации в зависимости от уровня асимметричного, конкордантного ЭМГ-ответа — получено уведомление о положительном решении формальной экспертизы № 2006123134/14 (025107) на способ оценки степени напряжения компенсаторных механизмов при гонартрозе)

— рентгенологическая стадия заболевания (I, II, III).

Не установлено значимого влияния выделенных факторов на определенных уровнях варьирования на амплитудно-частотные показатели девиаций общего центра масс (ОЦМ) FrX, Гц и FrY, Гц (превалирующая частота колебаний во фронтальной и сагиттальной плоскостях). Для показателей стабильности в сагиттальной плоскости (стандартное отклонение девиаций по сагиттальной оси y, смещение ОЦМ по оси Y, 60 % интенсивности частотного спектра по оси Y) линейно значимыми установлены влияния эффектов взаимодействий и нарушений регионарной гемодинамики (отражает нарастающее защитное отключение нейрогенной стабилизации четырехглавой мышцы бедра). Стабильность кинематики во фронтальной плоскости (характерной для ОА КС) определяется эффектами взаимодействий (значимость нарушений регионарной гемодинамики установлена только для смещения ОЦМ по оси X, мм).

Значимый эффект фактора лечения на изменение кинематики КС при ОА установлен только для его фронтальной устойчивости — угла наклона девиаций ОЦМ (при подтвержденной гипотезе о незначимости взаимодействий с фактором состояния регионарной гемодинамики и уровня компенсации двигательных расстройств).

Заключение. Хронический болевой синдром при ОА КС является понятием собирательным и связан с фронтальной кинематической нестабильностью сустава. Проведенный анализ позволяет рассматривать показатели стабилометрии как многокомпонентный, многофакторный, установочный для нижней конечности системный позный ответ. Системные реакции позных ответов, получаемые с помощью стабилометрического исследования, могут являться объективным критерием оптимизации лечения, что позволяет отделить эффект плацебо, достигающий при ОА 60 %, и в определенной мере оценивать степень дестабилизации статико-динамики опорно-двигательной системы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ТОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ В ПЕРЕДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЕ

Ким С. Р., Пак П. Г.,
Шмидт И. Р., Когай С. М.
Кафедра рефлексотерапии, Новокузнецкий ГИУВ,
г. Новокузнецк, Россия

Введение. Патогенез и саногенез при остеохондрозе позвоночника, как в прочем при любом хроническом заболевании, — две стороны одного и того же процесса, которые взаимно переплетаются. От результата действия патогенетических и саногенетических реакций будет зависеть клинические проявления заболевания и его течения. В настоящее время под саногенезом понимают «…динамический комплекс защитно-приспособительных процессов, возникающих при воздействии на организм чрезвычайного раздражителя, развивающихся на всем протяжении болезни, и направленных на восстановление нарушенной саморегуляции организма». В зависимости от времени действия различают три типа саногенетических реакций: защитные, которые участвуют в купировании патогенетических воздействий на стадии предболезни; компенсаторные, действующие в основном в разгар обострения и в начальной стадии ремиссии; восстановительно-репаративные, возникающие в период обострения, но максимум своего действия проявляющие в период ремиссии. Патогенетически и саногенетически синдром передней большеберцовой мышцы образуется в результате: 1) перераспределения нагрузок в связи с вертебральными деформациями поясничного отдела позвоночника (постуральные явления); 2) перераспределение нагрузок вследствие рефлекторного напряжения мышц по типу висцеромоторных, дерматомоторных, остеомоторных и других реакций; 3) перераспределением мышечных нагрузок в связи с выключением определенных миотомов за счет поражения соответствующего корешка, то есть в связи с перегрузкой сохранных, пораженных миотомов. Сам же синдром в отдельности не встречается (миозит данной мышцы, которая сопровождается припухлостью, признаками воспаления, включая высокую температуру). Данный синдром чаще проявляется в совокупности с другими синдромами при поясничном остеохондрозе. Основная триггерная зона располагается в верхней трети голени в области большеберцовой мышцы. Вторая зона по данным А. А. Лиева (1993) соот-

ветствует средней трети длинного разгибателя пальцев. Сложность патогенеза и саногенеза образования данного синдрома определяет сложность лечения.

Цель исследования: оценка эффективности применения иглорефлексотерапии при тонических нарушениях в большеберцовой мышце.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели нами было обследовано 74 пациента с синдромом большеберцовой мышцы. Из них 46 мужчин и 28 женщин в возрасте от 24 до 50 лет. Длительность заболевания составляла от 2 до 7 лет. Всем больным проведен анализ анамнестических, клинических, лабораторных данных (рентгенография), использовался метод акупунктурой диагностики, в том числе, пульсовая диагностика. Акупунктурный анамнез включал анализ жалоб, соответственно теориям ИНЬ-ЯН, У-СИН, синдромам БА-КАН. Из объективных методов обследований был выбран электропунктурный метод по Р. Фолю. При проведении диагностики электроёмкости биологически активных точек по Р. Фолю, наиболее часто были поражены каналы VB, E, V, F RP, R, по большому кругу циркуляции энергии. В ЯН каналах наблюдалась избыточность (в канале VB электроёмкость превышала от 12 до 33 УЕФ, в канале E от 5–17 УЕФ, в канале V от 4–24 УЕФ, за исходную величину энергоёмкости акупунктурной точки брали 50 УЕФ.). В ИНЬ каналах отмечалось снижение электроёмкости (в кнале RP от 7–19 УЕФ, R от 5–18, F от 4–16 УЕФ за исходную величину энергоёмкости брали 50 УЕФ).

Всех больных мы условно разделили на 3 группы. Контрольную группу составили 22 пациента. Во вторую группу вошло 26 пациентов и в третью группу вошло 26 пациентов В контрольной группе пациенты получали медикаментозное лечение (противоспалительную, противоотечную, обезболивающую терапии), массаж, физиотерапию (электорофорез с новокаином — 0,5 % в область триггерных точек, и в область поясничного отдела позвоночника). В основных группах проводилась базовая медикаментозная терапия и иглорефлексотерапия по стандартной схеме лечения поясничного остехондроза во второй группе, а в третьей группе иглорефлексотерапия с учетом изменений в канально-меридианальной системе. Продолжительность одного сеанса физиотерапии составляла 30 минут. Продолжительность сеанса иглорефлексотерапии длился 40 минут, курс лечения составлял 12 дней.

Результаты. Эффективность лечения оценивали по уменьшению болевого синдрома, снижению тонуса мышц. К концу лечения в контрольной группе пациентов уменьшение болевого синдрома отмече-

но у 68,1 % больных (15 чел), у оставшихся 31,8 % больных (7 чел) сохранялся болевой синдром и напряжение в большеберцовой мышце. Во второй группе пациентов полностью болевой синдром купирован 80,7 %больных (20 чел), у 19,3 % пациента (6 чел) сохранялся болевой синдром и напряжение в большеберцовой мышце, и в третей группе болевой синдром полностью купирован у 88,4 % пациентов (23 чел), у 11,6 % больных сохранялся болевой синдром.

При повторном измерение электроёмкости по методу Р. Фоля результаты показали: в ЯН каналах отмечено снижение электроёмкости (VB от 9–24 УЕФ, E от 3–9 УЕФ, V от 4–15 УЕФ), в ИНЬ каналах отмечено повышение энергоёмкости (RP от 4–13, R от 3–11 УЕФ, R от 2–9 УЕФ).

При катамнестическом обследовании пациентов обострение 1 раз в год наблюдались: в контрольной группе у 53,3 % больных (8 чел), во второй группе пациентов у 50 % больных (10 чел) и в третей группе пациентов практически не наблюдались.

Вывод: анализ полученых данных показал эффективность применения иглорефлексотерапии при мышечно-тонических нарушениях в большеберцовой мышце. Применение иглорефлексотерапии с учетом изменений в канально-меридианальной системе, наиболее четко отображают патологические и саногенетические изменения при данном синдроме.

ВОЗМОЖНОСТИ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ СИНОВИТОМ

Мустафаев Н. Р., Любарский М. С., Алтухов И. А.

НИИ клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, г. Новосибирск, Россия

В последнее время деформирующий остеоартроз привлекает все больше внимания исследователей и практических врачей. Несмотря на значительные успехи в распознавании патогенетических механизмов заболевания и открытие новых препаратов для его лечения пока не удается приостановить рост заболеваемости.

Основными клиническими проявлениями остеоартроза являются боль, деформация и тугоподвижность суставов. Кардинальным клиническим симптомом остеоартроза является боль в пораженных суставах. Боль носит неоднородный характер и имеет разнообразные ме-

ханизмы возникновения. Постоянные интенсивные боли обусловлены развитием реактивного синовита. При наличии синовита помимо боли в суставе как при движении, так и в покое характерны утренняя скованность, припухлость сустава, локальное повышение кожной температуры. По мере прогрессирования заболевания рецидивы синовита учащаются. Клиническая картина остеоартроза определяется конкретным суставом, вовлеченным в патологический процесс. Наиболее значимыми и инвалидизирующими формами остеоартроза являются гонартроз и коксартроз.

Гонартроз — вторая по частоте локализация деформирующего остеоартроза. Основным симптомом является боль механического типа, возникающая при ходьбе и особенно при спуске или подъеме по лестнице.

Цель работы: оценить возможность купирования болевого синдрома при гонартрозе с применением лимфотропных физиотерапевтических методов.

Методы: под нашим наблюдением находилось 48 пациентов с гонартрозом осложненным синовитом. 23 пациентам проводилось общепринятое лечение с применением нестероидных противовоспалительных средств (диклофенак), 25 пациентам на фоне общепринятого лечения проводилось физиотерапевтическое лечение с применением контрастных температур и низкочастотного ультразвука. Для оценки эффективности проведенного лечения использовался индекс тяжести гонартроза по методу Лекена, оценивался уровень боли в покое по ВАШ.

Результаты. До лечения по индексу Лекена тяжесть гонартроза у пациентов обеих групп была резко выраженная, уровень боли в покое по ВАШ был равен 75 мм.

После проведенного лечения в группе пациентов, которым проводилась изолированная общепринятая терапия, было отмечено снижение уровня боли в покое по ВАШ на 28 %, при этом индекс Лекена снизился на 25 %.

После проведенного лечения в группе, пациентам которой, на фоне общепринятой терапии проводилось лимфотропное физиотерапевтическое лечение уровень боли в покое по ВАШ снизился на 60 %, при этом индекс Лекена снизился на 50 %.

Заключение. Лечение пациентов с гонартрозом с применением лимфотропных физиотерапевтических методов приводит к эффективному купированию синовита и как следствие болевого синдрома.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ В ИШИОКРУРАЛЬНЫХ МЫШЦАХ БЕДРА

Пак П. Г., Ван Л. В., Когай С. М., Ким С. Р.

Кафедра рефлексотерапии, Новокузнецкий ГИУВ, г. Новокузнецк, Россия

Введение. Мышцы задней поверхности бедра начинаются в области tuber ischii и прикрепляются к crus, т. е. голени, отсюда их общее название ишиокруральные. Сложность функции этих мышц определяется тем, что они участвуют в движении тазобедренного и коленного суставов, являются двусуставными. К задней группе мышц относятся: латеральная мышца — двуглавая бедра, медиальная — полусухожильная-полуперепончатая. Условия для миофиброза и нейроостеофиброза в них складываются часто. При спондилолистезе, при гиперлордозе, когда поднимается задний край таза, а, значит, и седалищный бугор, т. е. место начала задних мышц бедра, они неизбежно растягиваются. Также растяжением ишиокруральных мышц на одной стороне может происходит при скручивании таза, если асимметрия седалищных бугров превышает 2 сантиметра. Задние мышцы бедра растягиваются и в норме при наклонах туловища вперед. Перерастяжение задних мышц бедра сопровождается болезненностью в местах их начала и прикрепления, а также утолщением сухожилий, особенно в подколенной ямке. Напряженной может быть вся мышца или отдельный её участок. В силу тонического напряжения ишиокруральных мышц нога слегка согнута в коленном суставе. Нередко задние мышцы бедра, наоборот, гипотоничны и лишь при синергии или дополнительном раздражении они становятся тоничными. Боли испытываются чаще в подколенной ямке, слегка иррадиируют вниз и реже — в область седалищного бугра. Двуглавая мышца бедра наиболее часто обнаруживает болезненность на границе верхней и средней третей. Выявляются триггерные пункты при вызывании симптомов растяжения, а также при исследовании силы этих мышц. Для этого лучше положить больного лицом вниз вдоль края кушетки, предложив поднять и удержать на весу ногу, разогнутую в колене. В разгибании в тазобедренном суставе участвуют не только ягодичные, но и ишиокруральные мышцы. При поражении ишиокруральных мышц появляется боль. По данным Я. Ю. Попелянского встречаемость данного синдрома у пациентов с поясничным остеохондрозом с не корешковыми синдромами составляет 4 %. Сложность функции

ишиокруральных мышц, и сложность их поражения позволяет искать новые подходы в лечении данного синдрома.

Цель: оценка эффективности рефлексотерапии и мануальной терапии при тонических нарушениях в ишиокруральных мышцах бедра.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 84 пациентов в возрасте от 34–52 года (50 мужчин, 34 женщин). Все больные обследованы клинически: в жалобах боли в области поясницы ноющего характера с иррадиацией в ноги, чувство онемения в ногах, боли в области икроножных мышц, появления боли в задней области бедра при активных движениях в ноге, из анамнеза известно болеют остеохондрозом 5–10 лет. Всем диагноз был подтвержден рентгенологически. Дополнительно все пациенты были обследованы методами акупунктурной и пульсовой диагностики, по правилам У-СИН, БА-КАН и ИНЬ-ЯН, методами мануальной терапии. Из объективных методов обследования также использовали оценку энергоёмкости акупунктурных точек электропунктурным методом по Р. Фолю. Выраженные изменения выявлены в каналах V, VB, E, R, RP, F по большому кругу циркуляции энергии: в канале V отмечалось на 17–35 УЕФ больше исходного (50 УЕФ), в канале VB на 8–23 УЕФ, в канале R на 6–19 УЕФ. В каналах E, RP, F отмечалось уменьшение энергоёмкости от исходного, в канале F от 4–17 УЕФ, в канале RP от 6–21 УЕФ и канале E от 4–12 УЕФ.

Больные были поделены на три группы в контрольную группу вошло 26 пациентов, во вторую группу 28 больных и в третью группу вошло 28 больных. Всем больным проводилась базовая медикаментозная терапия (противоспалительная, противоотечная, обезболевающая). Дополнительно в контрольной группе пациентов проводилась физиотерапия (фонофорез с гидрокортизоном в поясничной области), во второй группе пациентов проводилась мануальная терапия с применением постизометрической реалаксацией мышц разгибателей бедра, крестцово-подвздошного сочленения, и на квадратную мышцу спины, в третей группе пациентов проводилась иглорефлексотерапия с учетом изменений в канально-меридианальной системе. Продолжительность сеанса физиотерапии составляло 30 минут, мануальной терапии 30 минут, а длительность сеанса иглорефлексотерапии 40 минут. Курс лечения длился 10 дней.

Результаты. Эффективность лечения оценивали по уменьшению болевого синдрома в поясничной области позвоночника, уменьшения боли в ноге при активных движениях. В контрольной группе пациен-

тов к концу лечения полное купирование болевого синдрома отмечено у 73,1 % больных (19 чел), боли в ноге сохранялись у 26,9 % больных (7 чел). Во второй группе пациентов полное купирование отмечено у 82,1 % больных (23 чел), боли сохранялись у 17,9 % больных (5 чел). В третей группе пациентов полное купирование болевого синдрома отмечено у 85,7 % больных (24 чел) у 14,3 % больных (4 чел) болевой синдром сохранялся.

При повторном исследовании электроёмкости акупунктурных точек по методу Р. Фоля отмечено снижение электроёмкости в каналах V, VB, R (в канале V от 13–23 УЕФ, в канале VB от 5–18 УЕФ, в канале R от 3–15 УЕФ), а в каналах RP, F, E отмечено повышение электроёмкости (в канале RP от 4–17 УЕФ, в канале F от 5–12 УЕФ, в канале E от 3–7 УЕФ).

При катамнестическом обследовании 1 раз в год обострение было отмечено: в контрольной группе у 63,1 % больных (12 чел), во второй группе пациентов 56,5 % больных (13 чел), в третей практически не отмечались.

Вывод. Анализ полученных результатов показал, что мануальная терапия и иглорефлексотерапия эффективно устраняют боль при тонических нарушениях в ишиокруральных мышцах бедра и оказывают воздействие на первично пораженные миофасциальные ткани. Применение метода иглорефлексотерпии с учетом энергетического дисбаланса по большому кругу циркуляции энергии у больных тоническими нарушениями в ишиокруральных мышцах бедра приводит к более стойкой ремиссии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ТЕРАФЛЕКС-АДВАНС В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Поворознюк В. В., Дзерович Н. И.

Институт геронтологии АМН Украины, г. Киев, Украина

Остеоартроз (ОА) — хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание суставов, характеризующееся деградацией суставного хряща с последующими изменениями в субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, приводящее к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава (синовиальная оболочка, связки). Остеоартроз — наиболее распространенная

форма суставной патологии. В западных странах рентгенологические признаки ОА встречаются у большинства лиц старше 65 лет и приблизительно у 80 % людей старше 75 лет. Приблизительно 11 % лиц старше 60 лет имеют симптоматический (с клиническими проявлениями) ОА коленных суставов. Среди жителей США старше 30 лет симптоматический ОА коленных суставов встречается приблизительно у 6 %, а симптоматический ОА тазобедренного сустава — приблизительно у 3 % населения. Из-за распространенности и частой нетрудоспособности, которая сопровождает заболевание при локализации в коленном и тазобедренном суставах, ОА обуславливает наибольшее количество проблем, связанных с ходьбой и подъемом по лестнице, чем какая-либо другая болезнь. Хотя развитие ОА и не влияет на жизненный прогноз, заболевание является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности, а также хронического болевого синдрома, значительно снижающего качество жизни лиц пожилого и старческого возраста. В связи с существенным постарением населения вопросы профилактики и лечения этого заболевания приобретают особую актуальность.

Согласно современной классификации препаратов, используемых в лечении остеоартроза, их подразделяют на две группы: симптоматические средства быстрого действия (НПВП, ацетаминофен, опиоидные анальгетики, кортикостероиды и др.), оказывающие влияние на клинические симптомы заболевания (боль, воспаление и др.) и модифицирующие средства замедленного действия (глюкозамин. диацереин, хондроитин, гиалуроновая кислота, неомыляемые соединения авокадо и сои), эффект которых проявляется более медленно по сравнению с симптоматическими средствами и длится после окончания их применения. Данные фармакологические агенты обладают хондромодифицирующим действием, предупреждая деградацию суставного хряща. Симптоматическая эффективность глюкозамина и хондроитина была доказана в опубликованном недавно мета-анализе (Richi F. et al., 2003). Показано, что глюкозамин обладает структурно-модифицирующим и симптоматическим действием, хондроитин — симптоматическим. Однако, глюкозамин и хондроитин не обладают прямым анальгезирующим эффектом, который обусловлен при их применении модифицирующим влиянием указанных средств на хрящевую ткань, ингибирование нуклеарного (ядерного) фактора kB (NF-kB). В экспериментальных исследованиях показано, что комбинация глюкозамина сульфата и ибупрофена обладает синергическим антиноцицептив-

ным взаимодействием, способствует снижению выраженности болевого синдрома при значительной меньшей дозе НПВП (Tallarida R. J. et al., 2003), что уменьшает риск побочных эффектов, частота которых существенно увеличивается у лиц старших возрастных групп.

В отделе клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата Института геронтологии АМН Украины проведено изучение эффективности препарата Терафлекс-адванс (ТА), который содержит 250 мг глюкозамина сульфата, 200 мг хондроитина сульфата и 100 мг ибупрофена. В исследуемую группу вошли 16 пациентов в возрасте 64,2 ± 1,9 года с остеоартрозом коленных суставов II–III степени (по классификации Келгрена-Лоуренса). Все пациенты жаловались на боли в коленных суставах (боль на момент первичного обследования составляла 40 мм и более по шкале ВАШ). Препарат принимался в течение первого месяца по две капсулы два раза в день, на протяжении второго месяца осуществлялось наблюдение за пациентами. Группу сравнения составили 16 пациентов с аналогичным диагнозом в возрасте 63,9 ± 1,7 года, принимавших препарат Терафлекс (Т), который содержит 500 мг глюкозамина гидрохлорида и 400 мг хондроитина сульфат. Препарат назначался по одной капсуле два раза в день в течении двух месяцев. Оценка эффективности лечения проводилась с использованием Мак-Гилловского опросника боли, ВАШ, альгофункционального индекса Лекена, шкал Womac (боли, скованности, повседневной активности), определение качества жизни по шкале EuroQol — 5D.

Уже через две недели у больных, принимавших Терафлекс-адванс отмечено достоверное снижение выраженности болевого синдрома за шкалой боли Womac (до лечения — 58,5 ± 5,5; через две недели — 40,7 ± 5,9; t = 2,38; p = 0,037), снижение показателя скованности (до лечения — 57,8 ± 6,5; через две недели — 36,7 ± 6,3; t = 2,65; p = 0,022), улучшение показателя повседневной активности (до лечения — 64,6 ± ± 4,1; через две недели — 44,0 ± 6,1; t = 2,82; p = 0,017). Через месяц выраженность боли в коленных суставах снизилась в группе пациентов, принимавших ТА за шкалой ВАШ (до — 55,0 ± 3,1; через месяц — 44,2 ± 4,9; t = 2,32; p = 0,041), за шкалой боли Womac (до лечения — 58,5 ± 5,5; через месяц — 38,7 ± 5,7; t = 2,45; p = 0,032). Также отмечалось снижение показателя скованности за шкалой Womac (до лечения — 57,8 ± 6,5; через месяц — 37,5 ± 7,2; t = 2,96; p = 0,013) и улучшение показателя повседневной активности (до лечения — 64,6 ± ± 4,1; через месяц — 42,1 ± 5,4; t = 3,51; p = 0,005). Через месяц после прекращения приема препарата у пациентов, принимавших ТА вы-

раженность боли оставалась меньше по сравнению с показателями до лечения за шкалой ВАШ (до — 55,0 ± 3,1; через месяц — 39,0 ± 4,1; t = 2,26; p = 0,049), за шкалой боли Womac (до лечения — 58,5 ± 5,5; через месяц — 41,1 ± 5,5; t = 1,40; p = 0,20). Вместе с тем, повысились показатели скованности (через месяц лечения — 37,5 ± 7,2; через два месяца — 47,0 ± 6,6) и ухудшился показатель повседневной активности за шкалой Womac (через месяц лечения — 42,1 ± 5,4; через два месяца — 49,4 ± 5,3), однако, данные показатели были ниже, чем до лечения (57,8 ± 6,5 и 64,6 ± 4,1 соответственно). В группе больных, принимавших терафлекс выраженность болевого синдрома достоверно снизилась через два месяца лечения за шкалой ВАШ (до — 50,9 ± 3,9; через два месяца — 42,7 ± 4,6; t = 3,1; p = 0,011), за шкалой боли Womac (до лечения — 47,0 ± 5,3; через два месяца — 30,4 ± 6,5; t = 2,89; p = = 0,016). Также наблюдалось снижение показателя скованности (до лечения — 47,4 ± 5,1; через два месяца — 35,9 ± 6,6; t = 2,67; p = 0,023) и улучшение показателя повседневной активности (до лечения — 50,0 ± ± 6,1; через два месяца — 38,3 ± 6,3; t = 2,25; p = 0,048).

Таким образом, препарат Терафлекс-адванс способствует быстрому снижению выраженности болевого синдрома (через две недели) у больных с остеоартрозом коленных суставов. Через месяц после прекращения приема препарата сохраняется положительный эффект: боль в коленных суставах достоверно ниже по сравнению с показателями до лечения; отмечается повышение показателя скованности и ухудшение показателя повседневной активности, при этом, данные показатели остаются более низкими, чем до лечения. Положительный анальгезирующий эффект после приема препарата Терафлекс достигает достоверных значений через два месяца, сопровождается существенным снижением показателя скованности, улучшением показателя повседневной активности. Качество жизни достоверно улучшалось у пациентов обеих групп. Побочных эффектов при приеме препаратов не наблюдалось. Существенное постарение населения предопределяет увеличение числа больных с остеоартрозом. Своевременная диагностика, целенаправленное лечение и использование модифицирующих средств (глюкозамина и хондроитина) будут способствовать предотвращению инвалидизации, улучшению качества жизни, активному долголетию.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПРЕПАРАТА «ТЕРАФЛЕКС» НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Поворознюк В. В., Григорьева Н. В., Орлик Т. В.

Институт геронтология АМН Украины, г. Киев, Украина

Цель работы: изучить эффективность применения различных форм препарата «Терафлекс» в лечении пациентов с остеоартрозом коленных суставов.

Использовались следующие методы исследования: клиническое и ортопедическое обследование, ренгенография коленных суставов, оценка выраженности и динамики болевого синдрома в коленных суставах с помощью анкет Мак-Гилла и ВАШ, оценка состояния коленных суставов с помощью альго-функционального индекса Лекена и шкалы WOMAK, определение качества жизни.

Объект исследования: 20 женщин в возрасте от 55 до 75 лет с остеоартрозом коленных суставов II–III стадии, распределенные по группам:

I группа — 10 женщин, которые применяли «Терафлекс»-крем на один коленный сустав в течение трех недель один раз в три месяца (курс лечения — 6 месяцев);

II группа — 10 женщин, которые применяли «Терафлекс»-крем на один коленный сустав в течение трех недель один раз в три месяца на фоне постоянного приема капсул «Терафлекс» в дозе 1 капсула 2 раза в день (курс лечения — 6 месяцев).

Результаты исследования. По основным анамнестическим и антропометрическим показателям исследуемые группы достоверно не отличались между собой за исключением роста, который был достоверно выше во II группе (I группа — рост 1,56 ± 0,03 м, II группа — 1,64 ± 0,02 м). Выраженность болевого синдрома в коленных суставах под влиянием лечения терафлексом достоверно уменьшилась по показателю индекса боли в «леченном» коленном суставе: I группа — от 5,2 ± 0,5 баллов в начале лечения до 3,4 ± 0,6 баллов через месяц и 3,1 ± 0,5 баллов через 3 месяца, II группа — от 4,9 ± 0,3 баллов в начале лечения до 4,2 ± 0,3 баллов через месяц, до 3,2 ± 0,5 баллов через 3 месяца и 3,3 ± 0,5 баллов через 6 месяцев. В «нелеченном» коленном суставе: I группа — от 3,1 ± 0,8 баллов в начале лечения до 2,4 ± 0,5 — через 6 месяцев, II группа — от 4,4 ± 0,6 баллов в начале лечения до 3,6 ± 0,7 баллов через месяц, до 2,2 ± 0,6 — через 3, месяца до 3,2 ± 0,7 бал-

лов — через 6 месяцев лечения. По результатам определения функциональных изменений под влиянием лечения (альго-функциональный индекс Лекена) установлено достоверное улучшение в I группе уже после I курса лечения (от 16,2 ± 0,6 баллов до 12,8 ± 1,4 балла), во II группе — через 3–6 месяцев лечения (от 15,2 ± 0,9 до 14,4 ± 1,2 через 3 месяца и 13,2 ± 0,8 через 6 месяцев). По шкале Womac установлено достоверное уменьшение болевого синдрома в коленных суставах и увеличение показателя повседневной активности уже через один месяц лечения (I группа: от 56,6 ± 6,2 в начале лечения до 45,4 ± 5,1 через месяц, II группа: от 54,7 ± 5,4 до 34,8 ± 7,2), уменьшение показателя скованности (I группа: от 56,3 ± 4,8 до 47,9 ± 3,8, II группа: от 57,3 ± 4,5 до 38,3 ± 6,3) и улучшения показателя повседневной активности в обеих группах (I группа: от 59,4 ± 3,5 до 50,1 ± 4,5, II группа: от 57,7 ± 6,7 до 42,8 ± 5,5), однако динамика показателя была более выраженной во II группе.

Выводы. Применение различных форм препарата «Терафлекс» способствует: уменьшению болевого синдрома в коленных суставах, повышению функциональной активности и качества жизни пациентов. Эффект лечения более выражен и длителен в случае комбинированного применения препарата.

СПОСОБЫ ИНАКТИВАЦИИ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Шевцов В. И., Меньщикова И. А., Очеретина И. Г., Степанова Г. А., Ершов Э. В.

Федеральное государственное учреждение науки Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г. А. Илизарова Росздрава, г. Курган, Россия

Купирование болевых синдромов при лечении заболеваний опорно-двигательной системы до настоящего времени представляют важнейшую проблему ортопедии. Формирование стойкого болевого синдрома — процесс сложный и многофакторный, в котором участвуют все уровни целостного организма. В частности, образование в мышцах болезненных участков — триггерных точек (ТТ) — обуславливает развитие миофасциального болевого синдрома. Недостаточная

осведомленность врачей о наличии миофасциальных болей влечет за собой длительное, безуспешное лечение. Купирование миофасциального компонента боли возможна только после инактивации источника этих болевых ощущений — активных ТТ. С этой целью проводятся различные лечебные мероприятия: ишемизирующая компрессия, прокалывание сухой иглой, надсечение скальпелем, введение в ТТ газов, ботуллотоксина, физиологического раствора или анестетика, локальное воздействие лазеро-, фото- и вакуумтерапией. Однако, до настоящего времени, приоритетность того или иного методов инактивации ТТ является достаточно спорной. Зачастую воздействие на ТТ оказывается без учета её стадии и актуальности, что приводит к активации латентных ТТ и обострению болевого синдрома.

Цель настоящей работы: выявить наиболее оптимальные методы инактивации активных миофасциальных триггерных точек.

Материал и методы исследования: проанализированы результаты консервативного лечения 500 больных ортопедо-травматологического профиля в возрасте от 25 до 75 лет. Всего пролечено 284 женщины и 216 мужчин. С диагнозом «распространенный остеохондроз» было 58 человек; «поясничный остеохондроз» — 150; «шейный остеохондроз» — 145; плече-лопаточный периартроз — 74; «деформирующий артроз тазобедренных суставов» — 38; «деформирующий артроз коленных суставов» — 35.

Инактивацию триггерных точек у больных осуществляли путем медикаментозного, мануального и физиотерапевтического воздействия.

Медикаментозная инактивация предполагала введение в ТТ второй стадии стероидных или анальгезирующих препаратов. Для этого использовали дипроспан 0,5 + новокаин 0,5 % — 2–3 мл. (1, а при необходимости 2 инъекции с интервалом в 14 дней), либо новокаин 0,5 % 3–5 мл. (2–3 инъекции, через 2 дня на 3-й).

Мануальное воздействие осуществлялось путем нанесения на 5–7 минут на кожную проекцию активной ТТ мазевой аппликации, содержащей йодно-бромные, сосудорасширяющие и разогревающие компоненты. В качестве такой мази использовался состав, включающий 1 часть мази «Капсикам» и 3 части крема-мази «По-кур». Указанный состав обеспечивал расслабление и прогревание мышечных тканей в зоне мануального воздействия, что способствовало эффективности выполняемых манипуляций. Затем выполняли ишемизирующую компрессию ТТ (с нарастающим усилием, в течение трех минут) и накла-

дывали на область проблемной мышцы гипертонический компресс на 10 минут. Следующим этапом выполняли постизометрическую релаксацию мышцы в течение 3–5 минут.

Для физиотерапевтического воздействия использовался аппарат внутритканевой электростимуляции — электростимулятор «ЭСИ-3» // 12.2.025-76 К176ИЕ12, аппарат для ультразвуковой терапии УЗТ-1.01. Юв3.836.003 ПС № 01084, аппарат лазерный терапевтический «УЗОР-А-2К» НВЯА.941536.006 ПС № 1069. По методу внутритканевой электростимуляции в ТТ вводили одноразовую инъекционную иглу, к которой подключали ток с положительного полюса аппарата, с частотой 50 Гц, сила тока подбиралась индивидуально и колебалась в пределах от 4 до 20 мА, продолжительность — 5 минут на каждую ТТ. За один сеанс инактивировали 4–6 ТТ. Проводилось 3–5 процедур. Ультразвуковое воздействие выполнялось по контактной методике, использовался излучатель площадью 4 см^2, с частотой 880 кГц, и интенсивностью излучения 0,2 Вт/см^2, режим импульсный 10 мс, продолжительность — 3 минуты на каждую ТТ. За один сеанс озвучивались 3–4 ТТ. Курс лечения — 10 процедур. Лазерное воздействие также проводилось по контактной методике, использовался блок излучения 1500 Гц, режим непрерывный, автоматический, продолжительность воздействия на 1 точку — 2 мин. Один сеанс — 3–4 точки. Количество сеансов — 10.

Верификация стадий и размеров миофасциальных триггерных точек осуществлялась путем сонографического исследования на ультразвуковой установке «SONO DIAGNOST» — 360 и «SONOLINE» SL-450 в режиме реального времени линейным датчиком 7,5 МГц.

Результаты:

Сравнение эффективности проводимого лечения осуществлялось по совокупности клинических данных: сроки купирования болевого синдрома и восстановление утраченных функций, изменение состояния ТТ.

Выявлено, что активная миофасциальная триггерная точка может находиться в двух стадиях своего развития, что подтвердилось данными кинестетических и сонографических исследований. При первой (функциональной) стадии она имеет мягкоэластичную консистенцию, нечеткие контуры. Вторая (органическая) стадия связана с различными дистрофическими изменениями: триггерная точка имеет упруго-эластичную консистенцию, четкие контуры. Сонографически регресс ТТ заключался в визуализации её в виде отдельных фрагментов, перифокально определялись зоны пониженной эхогенности.

Определено, что инактивация ТТ первой стадии наиболее эффективна при использовании способа ишемизирующей компрессии (Патент № 2284176 РФ, МКИ[7] А 61 Н 1/00, А 61 Н 30/00, А 61 М 19/00, А 61 N 7/00 Способ лечения больных с миофасциальным болевым дисфункциональным синдромом / Шевцов В. И. (RU), Очеретина И. Г. (RU), Меньщикова И. А. (RU); ФГУН РНЦ«ВТО» им. академика Г. А. Илизарова Росзрава (RU). — № 2003129147/14; Заявл. 12.09.2003; Опубл. 27.09.2006, Бюл. 27.). Однако, данный прием, несмотря на его эффективность, невозможно применить при массовом потоке больных: инактивация ТТ у одного больного занимает 40–60 минут рабочего времени врача, владеющего методикой кинестетической диагностики и терапии. В этом случае, инактивация ТТ физиотерапевтическими методиками обладает рядом преимуществ: возможность за непродолжительное время воздействовать на несколько ТТ. При этом, при применении внутритканевой электростимуляции инактивация ТТ второй стадии проводится за 1 сеанс, что подтверждается данными ультрасонографии. Лазер и ультразвук инактивируют ТТ первой стадии за 3–4 сеанса и не достаточно эффективны для воздействия на ТТ второй стадии.

Выявлено, что осложнением при применении методик инактивации ТТ является усиление болевого синдрома, обусловленное: неточной диагностикой локализации и состояния ТТ, введением инъекционной иглы не в активную ТТ, а рядом с ней; назначением классического массажа до инактивации ТТ.

В целом, соблюдение принципов и правил выполнения конкретных приемов вышеперечисленных методик лечения позволило получить положительные результаты (полное или частичное купирование болевого синдрома, регресс двигательных и чувствительных расстройств) в 95 % случаев (у 475 больных из 500). При этом, возможно лечение как стационарных, так и амбулаторных больных.

ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧЕСКОЙ КРИВОШЕИ БОТУЛОТОКСИНОМ

Шперлинг Л. П.

Областной диагностический центр, г. Новосибирск, Россия

Цервикальная дистония — это заболевание, которое характеризуется насильственным поворотом головы в сторону, вперед, назад, или наклоном головы к плечу, обусловленное патологическим сокращением мышц шеи.

Пациенты со спастической кривошеей предъявляют жалобы на невозможность удержать голову, фиксировать взгляд, «стягивание» головы и шеи, подергивание головы, но одним из существенно доставляющих неприятные ощущения симптомов является болевой синдром.

Мы оценили результаты лечения ботулотоксином 26 пациентов с различными видами спастической кривошеи: ротационный тортиколлис — 80,8 % (21), латероколлис — 7,7 % (2), ретроколлис — 7,7 % (2), антероколлис — 3,8 % (1) (из них — 2 пациента после оперативного вмешательства по поводу кривошеи- на церебральном и невральном уровнях). В исследуемой группе преобладали женщины — 61,5 % (16), мужчины составили 38,5 % (10). Средний возраст пациентов — 38,2 лет (от 20 до 63 лет). Длительность заболевания — от 1,5 месяцев до 7 лет.

Из 26 пациентов со спастической кривошеей болевой синдром присутствовал у 15 (57,7 %). Максимальная боль в шее наиболее часто локализовалась ипсилатерально к стороне поворота головы (73,5 %), на контролатеральной стороне составила 26,5 %. Характер боли тянущий — 75,1 %, в виде жжения — 11,2 %, напряжения — 11,4 %, другие виды боли — 2,3 %. Интенсивность боли от 3 до 10 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), средний балл — 6.

После подписания информированного согласия пациентам был введен ботулотоксин в мышцы, принимающие участие в формировании кривошеи и отвечающие за болевой синдром (m. Sternocleidomastoideus, m. Splenius capitis, m trapezius, m. Levator scapulae). Начало клинического эффекта пациенты отмечали через 8- 14 дней. Интенсивность болей уменьшилась и при оценке по шкале ВАШ и составила от 0 до 3 баллов. Из побочных эффектов от введения препарата 3 пациента отмечали боль или дискомфорт в месте инъекции, которые купировались через несколько дней.

Средняя длительность эффекта — 8,7 недель (улучшение в положении головы, уменьшение болевого синдрома).

Таким образом, ботулотоксин является безопасным и эффективным методом лечения спастической кривошеи с улучшением патологической позы головы и уменьшением болевого синдрома в области шеи и верхнего плечевого пояса.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА

Шубина О. С., Уколова Л. А., Шабанова Н. А.

Государственная областная клиническая больница, г. Новосибирск, Россия

Скорость прогрессирования и особенности течения хронического суставного синдрома аутоиммунной природы зависят как от генетической предрасположенности, так и от воздействия психологических факторов (Moos, Solomon, 1964, 1966). Описаны личностные особенности больных с заболеваниями суставов. Эти пациенты чрезвычайно добросовестны и ригидны. Многие из них в детстве чувствовали себя отвергнутыми собственными родителями и развили у себя стремление к самопожертвованию, доходящему до мазохизма. Все они рассматривают свою жизнь как бесконечную цепь стрессовых ситуаций. Пациенты с быстро прогрессирующим заболеванием обнаруживают высокий уровень тревоги и депрессии. (Zautra A. J., Hamilton N. A., 1998; Cakirbay H., Bilici M. 2004). Wollman (1984) полагает, что пролонгированная депрессия, воздействуя на гипоталамо-питуитарно-адреналовую ось, подавляет устойчивость иммунной системы и способствует патологическим изменениям в суставах. Согласно данным, полученным Ader, Cohen (1984), Weiner (1977), почти во всех случая РА встречалась отчуждение между родителями, развод, смерть одного из родителей или близкого родственника. В связи с вышеизложенным исследование психологических особенностей больных с хроническими заболеваниями суставов, разработка новых интегрированных подходов, включающих психотерапевтические и биоповеденческие подходы являются актуальными.

В последние годы большую популярность в лечении психосоматических расстройств приобрели т. н. биоповеденческие технологии, опирающиеся на принцип биологической обратной связи и сочетающие в себе элементы когнитивно-поведенческой и психорелаксаци-

онной терапии. Учитывая алекситимические особенности больных с психосоматозами, затрудняющие формирование психотерапевтического альянса, данные психотерапевтические подходы можно считать оптимальными, т. к. они позволяют преодолеть алекситимию выявить внутриличностные проблемы, потенцировать эффект психотерапевтического воздействия.

Цель настоящего исследования: показать эффективность и роль биоповеденческой терапии в комплексном лечении больных с аутоиммунными заболеваниями суставов (болезнь Бехтерева, ревматоидный артрит).

Материалы исследования. Материалом исследования послужили пациенты (страдающие ревматоидным артритом и болезнью Бехтерева (N-41), находившиеся на стационарном лечении в ревматологическом отделении Новосибирской областной клинической больнице. Из них 26 пациента с ревматоидным артритом (из них 19 женщин в возрастном диапазоне от 30 до 68 лет, 7 мужчин в возрастном диапазоне 31–70 лет), 15 пациентов с болезнью Бехтерева (из них 8 мужчин в возрасте от 17 до 34 лет, 7 женщин в возрасте 23–47 лет),

Основным методом исследования был клинический, включающий параклинические методы диагностики, а также клинико-психологическое интервью.

Психологические методы исследования были представлены шкалой для оценки уровня тревоги Бэка, шкалой Спилбергера-Ханина (реактивная и личностная тревожность), шкалой социальной фрустрированности Вассермана, шкалой для оценки уровня алекситимии TAS-20, тестом для оценки типа отношения к болезни Бехтеревского института (ЛОБИ). Интенсивность и качество боли оценивалось с помощью визуальной аналоговой шкалы, оценка качества жизни проводилась с помощью шкалы SF-36. В ходе исследования был проведен гендерный анализ особенностей восприятия боли, психологических характеристик, типа отношения к болезни у мужчин и женщин, страдающих заболеваниями суставов аутоиммунной природы.

Анализ полученных данных позволил показать, что у женщин отмечались достоверно более высокие показатели по шкалам депрессии (13,44 ± 11,58 у мужчин и 22,48 ± 11,6 у женщин, $P < 0,05$), реактивной (45,8 ± 10,4 — у мужчин, 50,52 ± 11,05 — у женщин, $P < 0,05$), личностной тревожности (43,06 ± 10,75 — у мужчин, 49,69 ± 7,89 — у женщин, $P < 0,05$), интенсивности болевого синдрома (44,56 ± 25,86 — у мужчин, 63,89 ± 19,15 — у женщин, $P < 0,05$) и степени социальной

фрустрированности. (1,22 ± 0,05 у мужчин, 2,00 ± 1,9 — у женщин, $P < 0,05$). Таким образом, уровень психоэмоционального напряжения у женщин был достоверно выше, чем у мужчин. Корреляционный анализ позволил проследить связь между интенсивностью болевого синдрома и психологическими факторами, продолжительностью заболевания, активностью процесса, степенью функциональной недостаточности у мужчин и у женщин. Интенсивность боли у женщин не была связана с активностью процесса, функциональной недостаточностью, продолжительностью заболевания, психологическими факторами. Активность процесса зависела от функциональной недостаточности. У мужчин интенсивность болевого синдрома находилась в отрицательной корреляционной связи с качеством жизни. Степень активности болезненного процесса была связана с уровнем социальной фрустрированности, которая в свою очередь связана с уровнем депрессии.

6-ти пациенткам был проведен курс биоповеденческой терапии, включающей электромиографический БОС-тренинг, направленный на обучение релаксации прямой мышцы бедра у больных ревматоидным артритом и трапециевидной мышцы у больных с болезнью Бехтерева. Снижение вольтажа электромиограммы коррелировало со снижением показателя визуальной аналоговой шкалы для оценки интенсивности боли.

Таким образом,. внедрение психокоррекционных и психодиагностических подходов при лечении больных с хронической суставной болью может потенцировать достижение клинического эффекта.

ХРОНИЧЕСКИЕ ТАЗОВЫЕ БОЛИ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОМ СИМБАЛТОЙ

Акарачкова Е. С., Соловьева А. Д., Ищенко А. И., Абдуллаева У. А.

Отдела патологии вегетативной нервной системы ММА им. И. М. Сеченова, Кафедра акушерства и гинекологи, г. Москва, Россия

Цель исследования — изучение влияния антидепрессанта Симбалта на хронические боли в тазу (ХТБ).

Критерии включения — длительный болевой синдрома (более 3 мес.), наличие тревожно-депрессивных расстройств. Первичному обследованию подверглись 13 женщин, имеющих ХТБ. В дальнейшем 3 пациенток отказались от лечения. 10 больных были обследованы до и после терапии Симбалтой. Обследованные нами пациентки были в возрасте от 27 до 56 лет, средний возраст составил 41 ± 3 года. Длительность заболевания — от 1 года до 27 лет, в среднем 9 ± 3 лет. Дебют заболевания приходился на возраст 35 ± 4 лет. Препарат Симбалта назначался в дозе 60 мг 1 раз в сутки на протяжении 8 недель.

Симбалта (дулоксетина гидрохлорид) является мощным антидепрессантом, оказывающим сбалансированное действие на обратный захват серотонина и норадреналина. Известно, что он используется при лечении хронических болевых синдромов и депрессии.

Методы: 1) общее клинико-гинекологическое и неврологическое обследование; 2) исследование психовегетативных соотношений с помощью баллированных анкет, разработанных в Отделе патологии ВНС, для выявления степени выраженности синдрома вегетативной дистонии (анкета СВД), гипервентиляционного синдрома (анкета ГВС), качества ночного сна; 3) исследование эмоционально-личностной сферы (тест Сприлбергера для оценки уровня реактивной и лич-

ностной тревоги, тест Бека — уровня депрессии); 4) анкета качества жизни; 5) исследование болевого синдрома: клиническое описание болей, оценка боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), комплексный Они требуют болевой опросник (КБО), исследование болевых порогов с помощью ноцицептивного флексорного рефлекса (НФР); 6) субъективная и объективная оценка эффективности препарата по 5-бальной шкале: отличное, хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное и плохое; 7) шкала глобальной клинической оценки CGI; 8) математическая обработка материала.

Результаты: все обследуемые женщины жаловались на боли постоянные или периодические внизу живота и пояснице. Боли были различной интенсивности и характера, иррадиирующие в область крестца, прямую кишку, промежность, внутреннюю поверхность бедер. У части пациенток также имелись боли в левой половине грудной клетки, головные боли, сниженный фон настроения, плохой сон. Боли провоцировались эмоциональным стрессом, физическим перенапряжением, половым актом, менструацией, переохлаждением. Гинекологическая патология была выявлена у 3 больных, у 2 определялись напряженные и болезненные крестцово-маточные связки и болезненный инфильтрат позади шейки матки. У 1 больной по данным УЗИ определялась диффузная форма аденомиоза. Рентгенологическое и МРТ-исследование у 5 больных выявило признаки остеохондроза, которые не могли объяснить длительность и характер болевого синдрома. У всех обследованных до лечения больных выявлялись выраженные Психовегетативные расстройства, достоверно отличающиеся от группы здоровых. После лечения отмечалось достоверное уменьшение выраженности СВД, ГВС, депрессии, тревоги, а также улучшение качества сна и жизни. До лечения степень боли по ВАШ в среднем составила 6 ± 1 баллов. После терапии Симбалтой отмечено достоверное уменьшение интенсивности боли до 3 ± 1 баллов. Динамика КБО свидетельствовала об уменьшении интенсивности боли и тенденции к снижению влияния боли на жизнь. До и после лечения у больных оставался сниженный НФР. Глобальная клиническая оценка по шкале CGI свидетельствовала об улучшении психического состояния пациенток на фоне лечения.

Клиническая картина заболевания была неоднородна. У 4-х — имелись органические заболевания гениталий. У 6-ти больных органической патологии со стороны гениталий и нервной системы не выявлено. Хронический болевой синдром мы расценили как психогенный, о чем свидетельствовали данные объективного исследования и анамнеза.

Сопоставление 2 групп больных показало значительную выраженность психовегетативного синдрома у больных с психогенными расстройствами, у которых после лечения отмечалось достоверное уменьшение ПВР и болевого синдрома. В группе с органической патологией ПВС был не выражен, болевой синдром несмотря на терапию оставался, о чем свидетельствовали показатели шкалы ВАШ, КБО и НФР.

Заключение. Таким образом, терапия Симбалтой способствует улучшению психического состояния всех пациентов, однако препарат оказывает неоднозначный эффект в зависимости от наличия или отсутствия органической патологии. При патологии гениталий, особенно наличии эндометриоза, ХТБ носит преимущественно соматогенный характер и обусловлена раздражением периферических болевых рецепторов, т. к. имеется местный патологический процесс. Повышенная активность ноцицептивной системы приводит к эмоционально-аффективным нарушениям, которые проявляются тревожно-депрессивным синдромом. При отсутствии органического процесса в гениталиях ХТБ связана с личностными особенностями и психовегетативными расстройствами. Различные патогенетические механизмы способствуют возникновению и поддержанию ХТБ. Они требуют применения различных терапевтических подходов. При органическом процессе в малом тазу необходимо проводить комплексную терапию, включающую не только хирургическое, гормональное и противовоспалительное лечение, но и применение психотропных препаратов типа Симбалты. При психогенной ХТБ необходимо проводить психотерапевтические мероприятия и лечение антидепрессантами, т. к. помимо личностно-психологических особенностей имеется дезинтеграция нейромедиаторных систем и в связи с длительным болевым синдромом нарушений ноци- и антиноцицептивных соотношений.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Беляев А. Ф., Ширяева Е. Е.,
Карпенко Н. А., Киселева Е. П.

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморский институт вертеброневрологии
и мануальной медицины, г. Владивосток, Россия

Цель работы — анализ характера болевого синдрома у беременных в зависимости от его локализации и обоснование применения мануальной терапии

Методы. Исследуемую группу составили 128 беременных женщин в возрасте 19–43 лет. Все пациентки находились на учете в женских консультациях под наблюдением акушеров-гинекологов. Треть женщин были первородящими и две трети — повторнородящими. В первом триместре беременности обратилось 47 женщин (36,7 %), во втором — 27 (21,1 %), в третьем — 54 (42,2 %). Большинство пациенток (85 %) были прослежены нами до момента родов. Пациенткам проводилось разработанное нами стандартное обследование, состоящее из клинического осмотра (жалобы, анамнез, неврологический статус), мануальной диагностики (оценка оптимальности двигательного стереотипа и оценки патобиомеханических изменений) и стабилометрического исследования постуральной системы. Компьютерная стабилография проводилась на стабилоанализаторе «Стабилан-01» в положении пациента на платформе стоя в свободной стойке с тестами на устойчивость с открытыми глазами, а также набор тестов с выключенной зрительной афферентацией, разобщение прикуса и на коврике. Анализировалось абсолютное положение центра давления (ЦД), разброс координат и средняя скорость перемещения ЦД, площадь статокинезиограммы (СКГ), скорость изменения площади СКГ, «качество функции равновесия», «плантарный коэффициент» (ПК), гистограммы.

Результаты. На основании локализации и характера болевого синдрома, а также анализа наиболее значимых биомеханических нарушений женщины были разделены на три клинические группы. Для первой группы исследуемых (65 или 50,6 % случаев) были характерны боли в области лонного симфиза, тазобедренного сустава, в поясничном регионе с иррадиацией боли в область ягодиц и по наружной поверхности бедра, сопровождающиеся отеками нижних конечностей. Боль усиливалась при переворотах туловища, приводила к невозможности находиться в одном положении более 5 минут. Двигательные нарушения

были в виде ограничения отведения бедра, гипомобильности (затруднение экстензии и ротации) в поясничном отделе позвоночника.

У 7 пациенток были диагностированы межпозвонковые грыжи, верифицированные методом компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии. У всех пациенток грыжи локализовались в дисках L_V-S_1 (6 женщин) и L_{IV}-L_V (1 женщина). У 3 женщин клинические проявления грыж межпозвонковых дисков возникли во время беременности, и у 4 женщин — до беременности. Основные клинические проявления — боль в поясничном отделе и в нижних конечностях (диско-радикулярный конфликт). Для уточнения диагноза этим женщинам проводилась электронейромиография, а КТ и МРТ — после родов. У 2 женщин болевой синдром, беспокоивший их до беременности, по мере увеличения плода снижался без лечения, остальным требовалась остеопатическая коррекция.

Вторая группа исследуемых женщин (43 или 33,6 % случаев) испытывали боль в грудном регионе, грудо-поясничном переходе, в области ребер. Боль нередко сопровождалась рвотой, тошнотой, изжогой, давлением в эпигастральной области, сердцебиением, чувством нехватки воздуха, частыми вздохами. Двигательные нарушения часто были связаны с изменением дыхания, усилением болевого синдрома при форсированном дыхании, невозможностью долгого удержания поднятой вверх руки, усилением боли при наклоне головы вперед, ограничении ротации в грудном регионе. Наиболее часто констатировали следующие патобиомеханические нарушения: функциональные блоки (дисфункции) в грудном отделе позвоночника, переднее или заднее смещение ребер, дисфункцию I ребра. У 118 (92,2 %) пациентов также встречались дыхательные дисфункции ребер, спазм грудобрюшной диафрагмы, верхней апертуры грудной клетки. Наиболее часто в болевой процесс вовлекались следующие мышцы: надостная, поднимающая лопатку, большая и малая грудные мышцы, передняя лестничная.

Третья группа (15,6 %) предъявляла жалобы на головную боль, головокружение, чувство «дурноты», тошноту, иногда рвоту. При этом показатели системной гемодинамики оставались нормальными. При мануальном тестировании определялись функциональные блоки в шейном отделе позвоночника, особенно в головных сустава ($C_{I–II}$ и $C_{0–I}$), укороченными чаще всего были верхняя и нижняя косые мышцы головы. Практически всегда был нарушен ритм движения костей черепа и крестца: наиболее часто отмечались дисфункции СБС в виде бокового наклона с ротацией и торсии.

Стабилометрическое исследование до лечения выявило у 93,8 % пациенток отклонение центра давления (ЦД) от «идеального» во фронтальной и саггитальной плоскостях. У всех обследованных наблюдалась различная степень ассиметрии показателя качества функции равновесия (КФР) при вертебральных пробах. У пациенток в III триместре отмечено снижение КФР при выключении зрительной афферентации. Также оценивались показатели: средняя скорость перемещения ЦД, площадь статокинезиграммы (СКГ), скорость изменения площади СКГ, коэффициент Ромберга (КР), плантарный коэффициент (ПК), проводился спектральный анализ колебаний тела.

Пациенткам всех групп была проведена мануальная коррекция выявленных дисфункций нейромышечными техниками с применением постизометрической релаксации, миофасциального релиза, техники стрейн-контрстрейн, коррекции краниосакрального ритма. После проведенной коррекции у женщин купировался болевой синдром (в 96,9 % случаев — 124 женщины), улучшились показатели статики, восстановился психоэмоциональный фон.

По результатам стабилометрического исследования у пациенток с положительной клинической динамикой отмечено: приближение ЦД к нулю во фронтальной плоскости, уменьшение степени ассиметрии КФР при проведении вертебральных проб, уменьшение площади СКГ, повышение показателя КФР в провокационных тестах с выключенной зрительной афферентацией в I и II триместрах беременности, нормализация ПК, приближение формы распределения гистограмм к параболической.

Заключение. Во время беременности у женщин возникают различные дисфункции нейролокомоторной системы, приводящие к развитию болевого синдрома.

Стабилометрическое исследование постуральной системы женщин во время беременности позволяет сделать следующие выводы: чаще встречаются признаки нарушения взаимодействия зрительного и вестибулярного анализаторов, признаки выраженной функциональной нестабильности в шейном отделе позвоночника. Дисбаланс в поясничном регионе зависит от срока беременности и первоначального состояния физиологических изгибов позвоночника, в частности поясничного лордоза.

Своевременная коррекция выявленных нарушений, своеобразное «мануальное ведение» беременной женщины позволяет минимизировать дисбаланс в постуральной системе, улучшить кровообращения плода, подготовить женщину к родам.

Мануальная коррекция патобиомеханически значимых нарушений статики с применением нейромышечных мобилизационных техник значительно уменьшает болевой синдром, улучшает состояние матери и плода, значительно облегчает период родов и восстановление в послеродовом периоде.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Голуб И. Е., Новиков А. Ю., Майстровский К. В.

Приморская краевая клиническая больница № 1., Краевой сосудистый центр, г. Владивосток, Россия, Государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Цель исследования: оценить эффективность использования продленной эпидуральной анестезии и ЭА в сочетании с кетопрофеном и анальгетическими дозами кетамина в лечении болевого синдрома у больных с критической ишемией нижних конечностей.

Материал и методы: рандомизированные исследования проведены у 52 больных облитерирующим атеросклерозом с выраженным болевым синдромом на фоне критической ишемии нижних конечностей 3–4 степени по классификации Фонтена-Покровского. Пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу (n = 19) составили пациенты, которым для купирования болевого синдрома выполнялась продленная эпидуральная анестезия ропивакаина гидрохлоридом. Во вторую группу (n = 17) вошли больные, у которых выполнялась эпидуральная анестезия, в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена. В третьей группе (n = 16) проводилась продленная эпидуральная анестезия, внутримышечное введение кетопрофена и кетамина. Для оценки эффективности проводимой анестезии определяли: концентрацию кортизола, глюкозы. Использовали также визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Результаты и их обсуждение: результаты наших исследований показали, что использование продленной эпидуральной анестезии у больных 1-ой группы не позволяет в полной мере купировать болевой синдром. Во второй группе пациентов качество обезболивания было более высоким, благодаря существенному снижению влияния факторов, лежащих в основе болевого синдрома. Сочетание ЭА с кетопрофеном и анальгетическими дозами кетамина в третьей группе позво-

лило снизить интенсивность боли, скорость инфузии наропина, нормализовать концентрацию глюкозы и кортизола за счет эффективной эфферентной блокады, антипростагландинового действия кетопрофена и блокады NDMA-рецепторов кетамином.

Выводы: проведение продленной эпидуральной анестезии в сочетании с внутримышечным введением кетопрофена и кетамина в анальгетической дозе позволяет патогенетически воздействовать на все звенья хронического болевого синдрома у больных с критической ишемией нижних конечностей, что значительно улучшает качество обезболивания.

БОЛЬ В СТРУКТУРЕ СИСТЕМНЫХ ПАТТЕРНОВ ОРГАНИЗАЦИИ СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Гулик В. Ф., Неретин К. Н., Кодзоева Э. Б.,
Гулик М. В., Левченко В. Г. Сафронова С. К.
Лаборатория физиологии медленно волновых процессов
НИИ КПГ ПЗ СО РАМН,
МЛПУ «Родильный дом № 3», г. Новокузнецк, Россия

Проблема. Боль возникает в сложной, высшего класса биологической структуре организма человека, которая имеет особенности организации и функционирования. Поэтому при анализе болевого реагирования и лечении боли необходимо учитывать особенности биологической конструкции, организации и функционирования организма как единого целого. Как это осуществить в клинике?

Цели. Изучить боль в структуре медленных колебаний гемодинамики (МКГ), как одного из паттернов пространственно — временной организации взаимодействий органов, систем и регуляции реакций адаптации и компенсации.

Задачи. Повысить качество и индивидуальность лечения боли через дополнительные воздействия на системные паттерны организации.

Методы и материалы. Исследовали боль и паттерны организации в родах. Анализ особенностей проявления болевого реагирования проводили в контексте «биологического стандарта человека» (авторское обобщение — В. Ф. Гулик, М. В. Гулик) и его частного варианта — классического акушерского медицинского стандарта (беременность и роды рассматриваются как классическая биологическая модель стресса).

В понятие «биологического стандарта человека» включены следующие природные особенности конструкции и функционирования организма, как сложной биологической системы:

а) фрактальная (подобие) конструкция молекул, морфологических, анатомических, динамических функциональных и регуляторных единиц — следствие реализации матричной программы генома;

б) присутствие в системе закономерностей хаоса, неопределённостей, вероятностей, трудностей прогнозирования — следствия усложнения свойств и функций более крупных фрактальных единиц, особенно в динамических функциональных системах;

в) категории нелинейной динамики — следствия законов открытой термодинамики, изменения условий среды, действия механизмов обратной связи, присутствие сил резонанса;

г) нейрофизиологические особенности реализации раздражения — следствия процессов раздражимости, изменения потенциалов мембран, рецепции, реагирования;

д) паттерны самоорганизации — их эквиваленты: регуляторные механизмы ферментативных, гуморальных, нейроэндокринных, иммунных систем и типовых процессов адаптации.

Метод исследования паттерна МКГ: спектральный анализ вариабильности ритма сердца, при котором в диапазоне 0,002–0,5 Гц выделяются ритмические 20–10–3,5 сек. сек. периоды колебаний гемодинамики (рабочие физиологические ритмы — VLF — LF — HF), которые отражают замыкающую функцию регулирующих механизмов в перераспределении объёма циркулирующей крови и связь органов и систем через жидкие среды организма. Генерируют МКГ метаболо-гуморальные (центральные), симпатические и холинэргические механизмы регуляции (механизмы фрактальной конструкции). Их начальным пейсмекером является поток протонов в цикле гликолиза.

При вынашивании беременности (в условиях «без боли») и в родах («с болью»), паттерны МКГ могут функционировать в стабилизирующем или вынужденном режимах регуляции и иметь различные уровни энергетической активности: низкий (0–40 усл. Ед.), средний (40–150 усл. Ед.), высокий (150–9000 усл. Ед) и различные варианты сочетания профильных отношений регуляторных механизмов. На основе возможных сочетаний профильных отношений и их активности выделены стратегии адаптации: а) сопротивления (доминируют симпатадреналовые, катаболические реакции); б) толерантная (ресурсосберегающая, анаболическая); в) сочетанная (целесообразная).

Материалы исследования: 625 рожениц, которые в зависимости от режима функциональной активности паттерна МКГ были разделены на две группы сравнения: 1-я группа — 325 рожениц, режим функциональной активности МКГ — стабилизирующий; 2-я группа — 300 рожениц, режим функциональной активности МКГ — вынужденный с выделением подгрупп доминирующих механизмов регуляции. Интенсивность боли и её тип (физиологический, патологический) оценивались по шкале, в которой выделены четыре позиции проявления боли и четыре градации интенсивности боли. Позиции боли: ощущение боли; психо-эмоциональное поведение роженицы; соматическое поведение роженицы; структура обезболивания и результаты её лечения. Интенсивность боли: нет боли или лёгкая боль; средняя степень боли; сильная боль; очень сильная боль.

Результаты, обсуждение. При нормальной беременности и физиологических родах паттерн организации МКГ функционирует в стабилизирующем режиме с активацией симпатадреналовых и холинэргических механизмов, с усилением резонансных взаимодействий 3,5 и 10 сек. сек. ритмов, с усилением активности механизмов интеграции (20 сек. ритм) и с кратковременными периодами ослабления их активности. При этом, во время схватки боль имела среднею или сильную степень выраженности, к которой 30 % рожениц хорошо адаптируется (отсутствовали тревога и страх ожидания следующей схватки). В группе рожениц с вынужденным патологическим режимом активности паттерна МКГ доминировали аномальные варианты течения родов. В структуре болевого реагирования преобладали психо-эмоциональные проявления боли (страх, тревога, негативные представления о действии родов, лечения (кроме наркоза) на организм плода, установки на оперативные роды).

Болевое реагирование, результаты лечения находятся в сложных корреляционных связях с системными паттернами (МКГ) организации состояния организма, с механизмами реагирования. В структуре стабилизирующего режима паттернов организации боль выполняет функцию сигнала и регуляции родового процесса. Боль может изменять активность и структуру паттерна МКГ.

В структуре вынужденного состояния паттернов МКГ усиливаются механизмы сенситизации боли, их устойчивость и боль утрачивает регулирующую функцию родового процесса. При вынужденном патологическом типе регуляции происходило изменение фаз реагирования (доминировали уравнительная, парадоксальная фазы), усиление боли

могло происходить без существенного изменения активности паттерна МКГ. То есть, сигнал боли для паттерна МКГ не является дискретным и, наоборот, вынужденный режим активности паттерна МКГ для боли является дискретным и оказывает влияние на болевое реагирование. Усиление болевого реагирования, снижение устойчивости к боли, трудности лечения имели место при синдроме адаптивного перенапряжения, при вынужденных режимах функционирования паттерна МКГ, при низком или высоком их энергетическом состоянии.

Предлагается следующая мультимодальная, сбалансированная по уровням и целесообразности воздействий, по минимальности дозировок медикаментозных средств, схема регуляции паттернов организации и боли в родах. 1. Системные воздействия на типы и режимы паттернов регуляторной адаптации, типовые процессы адаптации, метаболизм. 2. Воздействия на локальную нейрогуморальную сеть рожающей матки и органов малого таза — лимфостимулирующие блокады (ЛСБ). 3. Воздействия на мишени трансляции и сенситизации ноцицепции, на механизмы взаимодействия их с другими паттернами регуляции — паравертебральные или эпидуральные блокады, субнаркотические дозы модулирующих препаратов: оксибутират натрия, кетмин, реланиум, глицин, в/м инъекции новокаина, пиво, антиоксидантная терапия.

Выводы. 1. Болевое состояние получает свою реальность через системные паттерны организации. 2. При лечении болевого состояния необходимы дополнительные системные воздействия на паттерны организации и контроль изменения их состояния. Основная задача лечения: нормализация родового процесса. 3. Интеграция молекулярных, биохимических знаний боли с системными механизмами саморегуляции облегчает решение клинических проблем боли (очень сложно описывать и ремонтировать повреждённый автомобиль только молекулами или атомами). 4. Знания особенностей биологической конструкции организма, системного мышления, нейрофизиологии оптимизируют лечебный процесс.

ПРИРОДА БОЛИ В ВЕРОЯТНОСТЯХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ СЕТЕВЫХ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ И САМОРЕГУЛИРУЮЩИХ МЕХАНИЗМОВ (ПАТТЕРНОВ ОРГАНИЗАЦИИ) ОРГАНИЗМА (МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ БОЛИ)

Гулик В. Ф., Гулик М. В., Неретин К. Н., Кодзоева Э. Б.

Лаборатория медленно волновых колебаний гемодинамики НИИ КПГ ПЗ РАМН. г. Новокузнецк, Россия, Муниципальный роддом № 3, г. Новокузнецк, Россия

В изучении боли в значительной степени доминирует редукционистский (аналитический) подход, что, несомненно, ограничивает решение вопросов эффективного лечения болевого реагирования. Так как боль формируется в структуре целостного организма, то болевое реагирование нельзя понять посредством анализа только его частей. Материалы и методы: болевое реагирование изучалось в структуре показателей взаимодействия и самоорганизации сложных систем «мозг-сердце-лёгкие-рожающая матка и другие органы, потребляющие энергию, информацию, вещество». Анализировали динамику изменения показателей 20–10 и 3,5 сек. биоритмов, показатели энтропии, характер обратной связи (– или +), структуру и мощность метабологуморальной, симпатической и холинергической регуляции, состояние свойств раздражимости, возбудимости, реагирования, возникновение резонансных сил (методика спектрального анализа вариабильности ритма сердца).

Результаты. Наиболее высокая степень болевого страдания и низкая эффективность лечения боли наблюдалась у больных с нарушениями процессов самоорганизации и при не сбалансированных состояниях регуляции. При анализе конкретного болевого состояния мы не отделяли его от целого, а старались поместить боль в более обширный контекст целого.

Разгадку понимания боли и эффективность лечения боли искали в сетевых узловых паттернах МКГ, нейроэндокринной, иммунной системах, а так же в системе пищеварения. Они относятся не только к паттернам сетевой регуляции, но и к познавательным паттернам (узлам) сетевой организации целостного организма и, одновременно, имеют высокую насыщенность пептидами. Вероятно в этих паттернах через сложную сеть механизмов обратной связи и функцию лимфоцитов (они контролируют идентификацию молекулярного состояния организма, в том числе, вероятно, и пептидов боли, структур нейронов, рецепторов) формируются ощущение, восприятие боли и

болевое реагирование. Осмысление и понимание боли наиболее оптимально только во взаимосвязи событий, формирующих её.

Как нам представляется, боль не является только вероятностями субстратов боли. Как, например, углерод, водород, кислород из которых состоит сахар, в отдельности не обладают сладким вкусом, а сахар представляет собой вероятности их взаимосвязей. Лечение хронической боли представляет большие трудности. Считаем, что болевое страдание не должно быть для больного «застывшей категорией». Длительное присутствие боли в сознании больного в подобном качестве усиливает болевое страдание. В связи с чем, рекомендуем применять методики, способные изменять интенсивность боли в широком диапазоне её ощущений, восприятия и реагирования.

Заключение. Качественные и количественные характеристики болевого реагирования формируются в сетевой структуре целостного организма. Хроническая боль является следствием несостоятельности механизмов самоорганизации гемодинамики, иммунной, нейроэндокринной систем регулировать структуру и баланс регуляторных пептидов. В результате в тканях возникают дистрофические изменения и, как следствие, формируется соответствующее болевое реагирование.

СОЗДАНИЕ НЕУСТОЙЧИВОСТИ В СТРУКТУРЕ МЕДЛЕННЫХ КОЛЕБАНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ (МКГ) — КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ КОНТРОЛЯ И СНЯТИЯ БОЛЕВОГО РЕАГИРОВАНИЯ

Гулик В. Ф., Гулик М. В., Окунева Г. В.

Лаборатория медленно волновых колебаний гемодинамики НИИ КПГ ПЗ РАМН, г. Новокузнецк, Россия, Муниципальный роддом № 3, г. Новокузнецк, Россия

Цель исследования. Изучить наличие механизмов самоконтроля боли и антиноцицептивных эффектов в структуре взаимодействий паттернов МКГ и боли.

Задачи исследования. Разработать не медикаментозные методы лечения боли.

Материалы и методы исследования. Обследованы 57 пациентов в возрасте 20–70 лет, у которых боль возникала чаще всего спонтанно, у большинства пациентов (35) она имела рецидивирующий характер возникновения и у части пациентов принимала затяжное те-

чение. Локализация боли, её ощущение и восприятие были различны (голова, грудная клетка, живот, спина, позвоночник, мышцы; средняя и сильная степень боли, тревога, страх, изменение самочувствия, повышение АД). Анализ, возникшего болевого состояния, проводился в контексте «биологического стандарта человека», как сложной биологической системы. Боль рассматривали как категорию «события», которое происходит «здесь и сейчас» и, в структуре которого присутствуют сингулярные свойства организма.

Показатели МКГ контролировались компьютерной технологией спектрального анализа вариабильности сердечного ритма. Нами МКГ рассматриваются как один из узловых сетевых паттернов (механизмов саморегуляции) пространственно временной связи органов, систем и организации состояния организма (20–10–3,5 сек.сек. ритмы; диапазон частот 0,002–0,5 Гц). В контексте возникновения и самоконтроля боли представляет интерес изучение взаимодействий паттерна МКГ и паттерна болевого реагирования.

Неустойчивость в паттерне МКГ вызывали с помощью двух вариантов воздействий, изменяющих физиологический режим спонтанного дыхания: максимально возможная задержка дыхания на вдохе или исследуемые делали 5–7 максимально глубоких вдохов и выдохов.

Результаты. У всех обследуемых пациентов получен положительный эффект купирования боли (у 43 пациентов боль прекратилась полностью и у 14 — интенсивность боли уменьшилась до состояния комфорта). Одновременно были зарегистрированы разнонаправленные изменения в частотных и амплитудных (мощность, структура, реагирование) показателях МКГ, что оценивалось как изменение режимов регуляции и взаимосвязей в сетевой структуре организации целостного организма.

Обсуждение. Согласно положениям обобщённой термодинамики и сетевой структуре организации состояния организма, возникновение спонтанной боли может быть следствием неустойчивого транзиторного состояния в структуре механизмов адаптации и компенсации, в которых боль выполняет функцию информационного сигнала и регулятора состояния.

Включение в структуру сетевой организации состояния, в частности в паттерн МКГ, новой дополнительной «неустойчивости» или «неопределённости» в форме изменения режима дыхания, приводит к разрушению предшествующей функциональной системы и к одновременному антиноцицептивному эффекту.

Следовательно, можно утверждать, что боль и болевое реагирование представляют собой вероятности взаимодействий различных узловых паттернов сетевой организации организма. При этом, профильная структура механизмов саморегуляции (паттернов организации) могла соответствовать различным стратегиям (сопротивления, толерантности) адаптации и компенсации. Неожиданное внесение в структуру взаимодействий паттернов организации состояния дополнительной угрожаемой «неопределённости» (изменение частотных режимов рабочих биоритмов, перераспределения объёма циркулирующей крови, газообмена) вызывает новые взаимодействия и взаимоотношения между структурными элементами организма с модуляцией антиноцицептивного эффекта.

Вывод. Болевое реагирование не является только вероятностями специфических субстратов боли и нрцицепции. Качественные и количественные характеристики боли и болевого реагирования формируются в сетевой структуре, взаимодействующих между собой паттернов организации состояния организма. Попробуйте «здесь и сейчас».

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ БОЛЕВОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Егорова Л. С., Кондратьева О. В.

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики (семейной медицины) НГМУ, г. Новосибирск, Россия

Хроническая патология желчевыводящих путей (ХПЖВП) включает в себя различные типы дискинезий или дисфункций билиарного тракта (это дисфункции сфинктера Одди и желчного пузыря), хронический холецистит и желчнокаменную болезнь. По данным Американской гастроэнтерологической ассоциации, жалобы на органы пищеварения предъявляют 44 % мужчин и 56 % женщин, а наличие болезни подтверждалось соответственно у 22 % и 17 %. Типичной симптоматикой холецистита, в т. ч. некалькулезного, считаются болевые проявления с иррадиацией в правое подреберье, подложечную область, горечь в полости рта, тошнота, рвота, лихорадка (в 32 % чаще у геронтов). Пока речь идет о заболеваемости калькулезным холециститом, основанной на данных наблюдений хирургов и аутопсий,

картина ясна: холелитиаз с сопровождающим его холециститом — одно из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Это означает, что на современном этапе проблема патологии ЖВП является не только медицинской, но и социальной, так как ей страдают лица работоспособного возраста, она часто является причиной временной нетрудоспособности и выхода на инвалидность. В первую очередь это вызвано развитием болевой симптоматики, которую часто обозначают как «синдром правого подреберья». Его целесообразно вводить в качестве проблемно направленного диагноза при наличии следующих условий (Скуя Н. А., 1981): если имеются болевые ощущения в правом верхнем отделе живота; постоянные, периодические, пароксизмальные, тупые или острые; если исключена язва двенадцатиперстной кишки (клинически и эндоскопически); если нет другого явного объяснения болей, например, herpes zoster, вертебрального остеохондроза, вирусного гепатита, патологии правой почки, остаточных явлений после операции аппендэктомии. Обычно при анамнестическом и физикальном обследовании больных их можно исключить. Следовательно, «синдром правого подреберья» — это диагноз, который ориентирован на определенную проблему, но не является окончательным. Он указывает на необходимость разработки специальной тактики для проведения дальнейшей диагностической дифференциации и лечения.

Цель работы: оценка выраженности болевой симптоматики (синдрома правого подреберья) на различных этапах медицинской помощи и его связь с другими симптомами у больных с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ).

Дизайн исследования включал выбор инструмента оценки болевой симптоматики, где во внимание принимались существующие опросники для гастроэнтерологических больных: The Glasgow Dyspepsia Severity Score (Heading R. C., 1991); Dyspepsia-related Health Scale Questionnaire (Kuykendall D. H. [et al.], 1998; Logan R., 2001). У всех больных в динамике изучались клинические проявления, выполнялись обязательные лабораторные и инструментальные обследования, и проводилась терапия согласно XIII раздела протоколов диагностики и лечения, больных с заболеваниями органов пищеварения (приказ МЗ РФ № 125 от 17.04.98г.).

Пациенты — 174 человека среди них 111 женщин в возрасте (M ± SD) 46,4 ± 14,6 лет и 63 мужчины (43,6 ± 14,7 лет). В возрастной группе до 18 лет было 4 %; 19–33 лет — 21,8 %; 34-45 лет — 30,5 %; 46–55

лет — 28,2 %; 56 и более лет составили 15,5 % пациентов. В целом с данной патологией преобладали лица в возрасте от 33 до 55 лет, на которых приходится 58,7 % всех наблюдений.

Для исключения влияния систематической ошибки, обусловленной побочными факторами, применялась методика факторного анализа, позволяющая выявить «вес» каждого изучаемого признака в их объединенной совокупности. Для коррекции ошибок, обусловленных отбором, вводились переменные взвешивания для пола, диагностической группы. Также проведена оценка нормальности распределения выборок на основе гистограмм распределения. Статистическая обработка результатов исследования проведена с помощью программы SPSS версии 11.5.

Сравнение ценности дихотомных (однозначных) и ступенчатых оценок жалоб связанных с болевой симптоматикой методом пригодности по альфе Кронбаха показало, что информативность ответов типа «да» — «нет» имеет на 55 % более низкую диагностическую возможность, чем четырехзначная шкала, где могло регистрироваться отсутствие болевых ощущений, неинтенсивная, среднеинтенсивная или выраженная боль в правом подреберье.

В начале лечения болевые проявления в правом подреберье отмечались среди 96 % пациентов с интенсивностью (M ± m) 1,48 ± ± 0,58 балла (мин. 0 — макс. 3 балла). Жалобы на неинтенсивные боли имели 46 % пациентов, среднеинтенсивные в 51 % случаев. В процессе лечения отсутствие болевых проявлений отмечено у 36 % пациентов, слабые боли 58,8 % случаев, среднеинтенсивные боли 5,2 % случаев. Средняя оценка болевых проявлений составила 0,69 ± 0,56 балла. При выписке отсутствие болей наблюдалось в 62,3 %, неинтенсивные боли в 37,7 % (0,48 ± 0,38 балла), жалобы на средне интенсивные боли уже не отмечались. Отличие между этапами лечения статистически достоверно (P = 0,001). Следует отметить, что до 35 лет болевые ощущения часто имеют субъективную окраску и могут минимально проявляться, что необходимо учитывать при оценке эффективности лечения и диагностических процедурах. Так в этой возрастной группе при направлении на УЗИ критерием является интенсивный или среднеинтенсивный характер болей (P = 0,081) в правом подреберье. Однако после 42 лет восприятие болевых ощущений у пациентов снижается. Часто поводом для направления на функциональные методы исследования являются даже незначительные болевые ощущения.

На основании полученных данных минутированного дуоденального зондирования можно предположить, что ведущими причинами болевой симптоматики были — гипертонус сфинктера Одди, застой желчи и дуоденостаз, повышенное содержание солей желчи, латентно протекающая воспалительная патология ЖВП, паразитоз.

Оценка риска болевых проявлений в зависимости от наличия таких симптомов, как тошнота составила: OR = 6,1 (ДИ 2,8÷13,3; P = 0,0001); рвота OR = 5,8 (ДИ 0,9÷36,5; P = 0,034); горечь во рту OR = 5,2 (ДИ 2,4÷11,5; P = 0,0001); изжога OR = 4,6 (ДИ 2,1÷10,2; P = 0,0001); метеоризм OR = 4,5 (ДИ 2,1÷9,7; P = 0,0001); слабость OR = 2,4 (ДИ 1,1÷5,1; P = 0,025). Оказалось, что эти симптомы, которые можно охарактеризовать, как субъективную самооценку пациента на различных этапах оказания медицинской помощи имеют различную диагностическую ценность. Так врач стационара воспринимает не интенсивность жалоб, а их наличие или отсутствие. Это объясняется тем, что пациент уже направлен врачом поликлиники с конкретным диагнозом на плановое стационарное лечение, соответствующее определенному стандарту. Задача врача стационара назначить и проследить за ходом этого лечения. На поликлиническом этапе наоборот важна «градация» силы и интенсивности симптомов, оценка жалоб врачом поликлиники строится по многозначной (ступенчатой) шкале.

В заключении необходимо подчеркнуть, что синдром правого подреберья распространен сред больных с ХПЖВП. При оценке болевой симптоматики необходимо учитывать, что с возрастом у пациентов восприятие болевых проявлений и других симптомов значительно снижается. По завершении лечения они могут практически не предъявляться лицами старше 60 лет при патологии ЖВП, наоборот, у молодых лиц они могли оставаться, но были мало интенсивными.

АНАЛИЗ КОГЕРЕНТНОСТИ ЭЭГ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ ДИСКИНЕЗИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Крупина Н. А., Малахова Е. В.**,*
*Лоранская И. Д.**, Кукушкин М. Л.**
**ГУ НИИ общей патологии и патологической физиологии РАМН, г. Москва, Россия,*
***Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва, Россия*

По современным представлениям нарушения в деятельности ЦНС могут играть определяющую роль в патогенезе функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта и в сочетании с генетической предрасположенностью определять формирование типа моторных нарушений при функциональных расстройствах билиарного тракта, а также висцеральную гипералгезию. Большая роль в развитии центральных нарушений принадлежит психоэмоциональным перегрузкам, стрессовым ситуациям, невротическим расстройствам. Психогенные факторы реализуют свое влияние на желчный пузырь и желчные пути через корковые и подкорковые структуры, включая диэнцефальные отделы мозга — гипоталамо-гипофизарную систему.

В наших предыдущих исследованиях с помощью психологического обследования больных с болями в эпигастральной области было выявлено, что в группах с гипермоторной и гипомоторной дисфункцией желчного пузыря (ГПР-ДЖП и ГП-ДЖП соответственно) наибольшее значение имеет показатель соматизации, свидетельствующий о наличии дистресса, возникающего от осознания нарушений функций тела. Было показано, что у пациентов с ГПР-ДЖП болевые ощущения более выражены по сравнению с группами больных с ГП-ДЖП или с дисформиями желчного пузыря (ДФЖП). По шкале самооценки ситуативной и личностной тревожности Спилбергера выявлен высокий уровень ситуативной и личностной тревожности как в группе с ГПР-ДЖП, так и в группе с ГП-ДЖП, тогда как в группе с ДФЖП уровень тревожности был средним. В фоновых ЭЭГ у больных с ДЖП была зарегистрирована пароксизмальная активность, спектральный анализ мощности электрической активности (ЭА) выявил увеличение представленности медленноволновой δ-θ-активности в ряде областей преимущественно правого полушария мозга и снижение частоты основного ритма в α-диапазоне частот в центрально-височном отделе правого полушария у больных с ГПР-ДЖП, а также увеличение абсо-

лютной мощности β1-активности в лобно-центральных и височных областях мозга у больных с гипер- и гипомоторными ДЖП. В группе с ГП-ДЖП также было обнаружено увеличение абсолютной мощности ЭА в β2-диапазоне частот. Данные анализа ЭЭГ свидетельствовали о том, что у больных с ДЖП неясной этиологии существуют нейродинамические особенности функционирования ЦНС, свидетельствующие о дисфункции диэнцефальных отделов мозга.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении у больных с ДЖП и дисформиями желчного пузыря когерентности ЭЭГ, характеризующей взаимодействие между структурами мозга, опосредующими нейропсихологическую структуру поведения.

Методика. У пациентов с болями в эпигастральной области 15–52 лет (средний возраст — 30,7 ± 2,1 лет) предварительно методом динамической эхографии определяли тип моторно-эвакуаторной ДЖП. В группу больных с ГПР-ДЖП вошло 10 человек, в группу больных с ГП-ДЖП — 9 человек, группу сравнения составили больные с ДФЖП (полипы, перегибы, перетяжки желчного пузыря) — 7 человек. В состав контрольной группы вошло 10 человек без жалоб на боли в области эпигастрия, не имевшие в анамнезе неврологических нарушений. ЭЭГ-исследование в группах ГПР-ДЖП и ГП-ДЖП проводили, как правило, после окончания курса лечения больного в стационаре. Анализ когерентности ЭЭГ осуществляли по окончании регистрации ЭЭГ с помощью аппаратно-программного диагностического комплекса «Нейросенсор» для топографического картирования ЭА мозга по алгоритмам программы «BRANSYS» (Россия). Регистрацию проводили монополярно в полосе пропускания от 0,5 до 35 Гц с постоянной времени 0,3 с по международной схеме «10–20 %» от следующих отведений: передне-лобных — Fp1, Fp2, лобных — F3, F4, передне-височных — F7, F8, центральных — C3, C4, центрально-височных — T3, T4, задне-височных — T5, T6, теменных — P3, P4, затылочных — O1, O2. В качестве общего референтного электрода использовали объединенные ушные электроды. Спектрально-когерентный анализ ЭА проводили в среднем по 28 последовательным эпохам, длительность эпохи анализа составляла 4 с. Средняя длительность фоновых реализаций ЭЭГ в группах не различалась и составляла 113,5±3,7 с, частота дискретизации — 200 Гц. Когерентность (квадрат модуля функции когерентности) вычисляли для физиологических диапазонов частот: δ (0,5–4,0 Гц), θ (4,0–7,0 Гц), α (7,0–13,0 Гц), β1 (13,0–20,0 Гц), β2 (20,0–32,0 Гц). Оценивали межполушарную и внутриполушарную когерентность в парах отведений: затылочные, теменные, центральные, лобные,

височные, затылочное/лобное, теменное/лобное, заднее височное/переднее височное. Вторичную статистическую обработку ненормализованной когерентности проводили по алгоритмам программы «STATISTICA 6,0» с использованием непараметрического однофакторного дисперсионного анализа для независимых переменных (тест Краскела-Уоллиса) с последующим сравнением средних в рядах дисперсионного комплекса по непараметрическому критерию Манна-Уитни при принятом 5 %-ом уровне значимости.

Результаты. Межполушарная когерентность в бета2-диапазоне частот в центральных отведениях во всех группах была ниже, чем в контроле. В лобных и передне-лобных отведениях когерентность в группах с ГП-ДЖП и ГПР-ДЖП также была ниже, чем в контроле. В правом полушарии отмечена выраженная тенденция к снижению внутриполушарной когерентности в отведениях теменное/лобное ($p = 0,070$) в группе ГП-ДЖП по сравнению с контролем и с группой ГПР-ДЖП. Межполушарная взаимосвязь в тета-диапазоне частот в заднее-височных отведениях в группе ГП-ДЖП была снижена по сравнению с контролем и с группой ДФЖП. Внутриполушарная связь в левом полушарии в отведениях теменное/лобное в диапазоне частот альфа в группах ДФЖП и ГПР-ДЖП имела выраженную тенденцию ($p = 0,066$) к увеличению по сравнению с контролем; у больных с ГПР-ДЖП обнаружена тенденция к превышению когерентности в отведениях теменное/лобное в левом полушарии в сравнении с группой ГП-ДЖП ($p = 0,065$). У пациентов с ДЖП и ДФЖП не выявлено межгрупповых различий и отличий от контроля в межполушарной и внутриполушарной когерентности ЭЭГ ни по одной из пар отведений в диапазонах дельта- и бета1-частот.

Известно, что в норме высокотревожные личности отличаются от низкотревожных по показателям спектральной плотности мощности ЭА в β-диапазоне частот: у высокотревожных особей эти показатели в целом по коре повышены. Возможно, что обнаруженное нами снижение когерентности в лобно-центральных отделах неокортекса у пациентов с моторными дискинезиями желчного пузыря отражает состояние повышенной тревожности, выявленное в наших предыдущих исследованиях с помощью психологических методов.

Результаты анализа межполушарной когерентности ЭЭГ подтверждают вывод о наличии дизрегуляции срединно-стволовых структур мозга у пациентов с дисфункциями желчного пузыря, сделанный по результатам спектрального анализа мощности основных ритмов ЭЭГ.

Однако когерентный анализ выявил существенные различия во взаимосвязях коры и подкорковых структур мозга в группах ГП-ДЖП и ГПР-ДЖП. Привлекая для трактовки полученных данных представления Т. А. Доброхотовой и Н. Н. Брагиной о более тесных функциональных связях диэнцефальных структур с правым, а стволовых — с левым полушарием мозга (1977) и данные и Е. В. Шаровой, Г. Н. Болдыревой и соавт. (1993) о более тесных связях правого полушария со срединными центрами вегетативной регуляции, можно предположить, что у больных с ГП-ДЖП по сравнению с группой ГПР-ДЖП в большей степени нарушены взаимосвязи коры с верхне-стволовыми структурами. Изменения когерентности в α-диапазоне частот у пациентов с ГПР-ДЖП с учетом общепринятых нейрофизиологических представлений может отражать также изменение функционального состояния коры.

АКУПУНКТУРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Тулеусаринов А. М.

Кафедра традиционной медицины АГИУВ, г. Алматы, Казахстан

Разработка вопросов ранней диагностики и поиск эффективных способов лечения острого панкреатита (ОП) является одной из кардинальных задач панкреатологии. Важным фактором в разрешении этой проблемы находится в методах ранней диагностики и применении оптимальных способов терапии.

Целью исследования является определение места акупунктурного обезболивания в лечении острого панкреатита и его осложнений.

Иглорефлексотерапия применялась на всех этапах подготовки и больного к операции, а также с целью предупреждения возникновения угрожающих жизни осложнений. Акупунктура позволяет снизить процент перехода не осложненных форм в некротические и гнойно-некротические фазы заболевания. Важным элементом в этом процессе остается интенсивная боль, которая купируется при применении акупунктуры. Для объективизации эффекта акупунктуры использовано ультразвуковое исследование поджелудочной железы, которое позволило достоверно доказать как протекает патологический процесс. Отмечена коррелятивная связь между интенсивностью болевого синдрома с уменьшением отечности, величины поджелудочной железы и окружающих ее тканей и органов. При неудачах акупунктурного обез-

боливания продолжалось лечение обычными способами, и применялись стандартные методики терапии. Продолжительность до стационарного этапа заболевания влияет на дальнейшее развитие патологического процесса. Чем дольше сроки отсутствия целенаправленной стационарной терапии, тем тяжелее клиника и течение заболевания.

Характеристика клинического материала. Исследуемую группу составляли 137 больных, которым проводилось комплексное лучевое и биохимическое обследование больных, которые были распределены по нозологическим формам развития острого панкреатита. В основу положена общепринятая классификация, согласно которой различают три клинико-анатомические формы острого панкреатита: 1) отечная форма, 2) геморрагический панкреонекроз, 3) жировой панкреонекроз.

Основная масса больных с острым панкреатитом характеризовалась наличием отечной формы заболевания, что составляло 122 человека (89 %) от общего числа заболевших. В то время у 13 больных (9,5 %) возник геморрагический панкреонекроз, а у 2 пациентов (1,4 %) диагностировался жировой панкреонекроз. 57 пациентов были в возрасте от 41 до 60 лет, что составило 61,3 %. У лиц молодого возраста заболевания поджелудочной железы встречались значительно реже, в 22 случаях от общего числа больных. Больных пожилого и старческого возраста было 37 человек. Чаще всего страдают женщины, которых в наших исследованиях было 83 человека, а мужчин 54 пациента, что составляло соответственно 60,6 % и 39,4 %. Нами проведено комплексное обследование 73 больных ОП сравнение ультразвуковых и восточными методами диагностики. Ультразвуковые исследования включали изучение анатомо-топографической структуры, размеров, кровотока, подвижности ПЖ в различные стадии ОП.

Все исследуемые больные были разделены на 2 группы: первая, контрольная группа, состояла из 41 больного, которые получали стандартное лечение, вторая -32 пациента, которым проводились различные варианты иглорефлексотерапии в сочетании с общепринятыми дезинтоксикационными и антиферментными препаратами. В ходе исследования были выделены основные критерии отечной и деструктивной форм ОП методом сочетания ультразвуковой и акупунктурной диагностики, что значительно повысило информативность обоих методов. Критериями эффективности проводимого лечения служили быстрота купирования болевого приступа, изменения данных объективного осмотра и динамического ультразвукового контроля, а также уменьшение сроков госпитализации по сравнению с контрольной группой.

В группе с геморрагическим панкреонекрозом у 4 пациентов клиническая картина характеризовалась сочетанием 4 токсических синдромов: гастродуоденального, гепатотоксического, толстокишечного и ренального. Тяжесть состояния у 1 больной геморрагическим панкреонекрозом определялась сочетанием всех вышеперечисленных синдромов с пульмональным синдромом.

Иглоукалывание проводилось на фоне базовой медикаментозной терапии, включавшей спазмолитики, антиферментные препараты, дезинтоксикационную и противовоспалительную терапию. Контроль эффективности иглоаналгезии проводили по эффективности купирования болевого синдрома, клинической оценке общего состояния и пальпации органов брюшной полости, а также данных ультразвуковой эхографии поджелудочной железы, печени и желчного пузыря. Оценку состояния и УЗИ проводили сразу же после первого сеанса иглоукалывания, затем в процессе лечения и после курса. Иглотерапию проводили, начиная с первых суток поступления больных в стационар. Иглоукалывание точек проводилось стандартными стальными иглами. Стимуляция игл при выраженном болевом синдроме проводилось тормозным методом, до получения выраженных предусмотренных ощущений (ломоты, тяжести, онемения) и периодической повторной стимуляции. Время оставления игл на точках до получения стойкого аналгетического эффекта, в среднем достигает 20–30 минут. Выбор точек зависел от выраженности болевого синдрома, иррадиации боли и сопутствующих патологических симптомов. Сочетание точек на каждом сеансе и у разных больных было строго индивидуальным.

Результаты и обсуждение. Быстрота купирования болевого приступа зависела от тяжести ОП. В группе больных с отечной формой ОП для этого иногда требовалось всего 1–3 сеанса иглотерапии, то в группах с другими формами процесс 5 сеансов ИРТ. Для больных с геморрагическим панкреонекрозом требовалось более 6 сеансов иглотерапии, причем их количество в течение суток в значительной степени варьировало. Если болевой приступ длительно не купируется и несмотря на проводимое лечение нарастет клиника процесса, значит организм больного не способен был остановить деструктивный процесс в ПЖ и ему оказывалась оперативная помощь. На основании акупунктурной диагностики проводился подбор точек и рецептура для сеансов иглоукалывания.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило разработан алгоритм комплексного поэтапного лучевого обследования

ПЖ для определения эффективности применяемого лечения при всех формах острого панкреатита и получены дифференциально-диагностические признаки в определении формы ОП и обратимости патологического процесса в ПЖ.

Нашими исследованиями определены роль и место акупунктурного обезболивания, для дифференциальной диагностики и комплексной терапии различных форм ОП и уточнены варианты ультразвуковой семиотики сопутствующих ОП токсических синдромов.

Резюме: наименее изученной проблемой в клинике острого панкреатита является акупунктурное обезболивание, которое применяется на всех этапах ведения больных. Иглотерапия позволяет снизить процент осложнений и переход в более тяжелую стадию процесса и время нахождения в стационаре. Кроме того позволяет улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Черемхин К. Ю., Власов А. А., Умникова М. В., Сафронов А. А., Николаева Н. Б., Кутлубаев З. Я., Пономаренко Л. И.

ООО «Международный центр развития ДЭНС-терапии», г. Екатеринбург, Россия,
ГУЗ «Елабужская ЦРБ», г. Елабуга, Республика Татарстан, Россия

Целью настоящей работы явилась оценка влияния динамической электронейростимуляции (ДЭНС) на интенсивность болевого синдрома у пациенток с эндометритом, получавших лечение в условиях специализированного гинекологического отделения.

Материалы и методы

В исследование методом случайной бесповторной выборки были включены 25 пациенток с эндометритом (острый, подострый и обострение хронического). Средний возраст пациенток составлял 33,1 ± ± 1,8 лет. Пациентки были разделены на 2 рандомизированные группы, различавшиеся по протоколу лечения: основную (11 человек) и контрольную (14 человек). В основной группе на фоне стандартной

медикаментозной терапии пациентки получали ДЭНС от аппарата ДиаДЭНС. Процедуры проводились 1 раз в день. Пациентки контрольной группы получали только стандартное консервативное лечение. На момент начала лечения у всех пациенток в основной и контрольной группах наблюдался болевой синдром. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась в первой половине дня с использованием визуально аналоговой шкалы боли. Пациенткам основной группы предлагалось оценивать интенсивность боли до проведения процедуры ДЭНС. Интенсивность боли оценивалась перед началом лечения (при поступлении в стационар), на 1, 2, 3, 5, 7 и 9 день от начала лечения. Статистическая обработка результатов проводилась с применением Т-критерия Манна-Уитни.

Результаты

На момент начала лечения достоверных различий при оценке интенсивности болевого синдрома не выявлено ($p > 0,1$). Интенсивность болевого синдрома у пациенток основной группы составляла 9,09 ± ± 1,3 баллов. В контрольной группе интенсивность болевого синдрома составляла 8,28 ± 1,27 баллов. На вторые сутки от начала лечения интенсивность боли у пациенток основной и контрольной групп изменилась незначительно, и в среднем составила 7,63 ± 2,29 и 8,1 ± 1,1 баллов соответственно. На третьи сутки от начала лечения болевой синдром сохранялся у всех пациенток в основной и контрольной группах, но наблюдались достоверные различия в оценке интенсивности болевого синдрома ($p < 0,001$). Интенсивность боли у пациенток основной группы в этот период составила, в среднем до 4,1 ± 2,3 балла. В контрольной группе положительная динамика была значительно менее выражена. Интенсивность боли у пациенток этой группы на третьи сутки составляла в среднем 7,85 ± 0,9 баллов. Необходимо отметить, что снижения интенсивности болевого синдрома у пациенток контрольной группы до 4,0 ± 2,5 баллов удалось добиться только на 7 сутки от начала лечения.

Заключение

Таким образом, включение ДЭНС в комплекс стандартного консервативного лечения женщин, больных эндометритом, обеспечивает более быстрое снижение интенсивности болевого синдрома (в сравнении с контрольной группой). Эти результаты говорят о перспективности применения ДЭНС у пациенток с эндометритом и необходимости проведения более углубленных исследований.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИОСТАЛЬНЫХ И ПЕРИНЕВРАЛЬНЫХ БЛОКАД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИЕЙ

Аль-Замиль М. Х., Брежнева Е. В., Мансур Н.

Эндокринологический центр ЮЗАО,
городская поликлиника № 158 ЗАО, г. Москва, Россия

Введение: болевой синдром при диабетической полиневропатии имеет нейропатический характер. Однако многие пациенты локализуют болевой синдром в зоне фибулярного и (или) тарзального каналов.

Цель: изучить эффективность периостальных и периневральных блокад в лечении пациентов с диабетической полиневропатией нижних конечностей.

Материалы и методы исследования: с 01.10.2006 по 01.03.2007 под нашим наблюдением в кабинете невропатии Эндокринологического центра ЮЗАО и городской поликлинике № 158 ЗАО г. Москвы находилось 14 пациентов (6 мужчин и 8 женщин) с диагнозом дистальная сенсорная полиневропатия нижних конечностей (болевая форма).

Все пациенты страдали сахарным диабетом 2-го типа.

Возраст пациентов от 43 до 74 лет, в среднем составил 56,8 ± 3,2 лет.

Пациенты совместно осмотрены неврологом и эндокринологом. Все пациенты имели компенсированную форму сахарного диабета. Неврологическое исследование пациентов включало в себя изучение моторной, сенсорной и вегетативной сфер до и после лечения. В целях изучения болевого синдрома мы применяли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ). Из исследования были исключены пациенты с выраженной сосудистой недостаточностью и болевыми синдромами другой этиологии.

У всех пациентов отмечена болезненность при пальпации фибулярного и (или) тарзального каналов.

После недостаточной эффективности применения противовоспалительных препаратов проведен курс периневральных и периостальных блокад с введением 2 % — 3 мл лидокаина и 1–2 мг дексаметазона в канал (фибулярный или тарзальный). На курс лечения 3-6 блокад в среднем 3,6 ± 0,2.

Результаты: до лечения пациенты оценивали выраженность болевого синдрома по ВАШ от 8 до 10 баллов (в среднем 9,4 ± 0,3 балла). После лечения болевой синдром достоверно регрессировал до 2,5 ± ± 0,4 балла ($p < 0,01$). Сила в стопе при разгибании составляла до лечения 3,8 ± 0,2 балла, после лечения 4,5 ± 0,3 балла. Сила стопы при сгибании до лечения 4,4 ± 0,3 балла, после лечения 4,8 ± 0,2 балла.

По методике «схема тела» мы отмечаем, что боль в проекции фибулярного и тарзального канала после лечения наблюдалась только у 2 пациентов и имела менее выраженный характер (снижение площади зон проекции болевого синдрома отмеченных на схеме тела)). Важно отметить регресс зоны локализации болевого синдрома в проксимальных ранее отмеченных зонах.

Заключение

Периостальные и периневральные блокады оказывают высокоэффективное воздействие на снижение болевого синдрома и регресс неврологического дефицита у пациентов с диабетической полиневропатией. Данная эффективность обусловлена гетерогенностью патогенетических механизмов (в том числе и туннельные синдромы) в развитии клинической картины при диабетической полиневропатии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СИМБАЛТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ СЕНСОРНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Аль-Замиль М. Х., Брежнева Е. В.

Эндокринологический центр ЮЗАО, г. Москва, Россия

Введение: полиневропатия нижних конечностей является самым частым осложнением сахарного диабета. Частота встречаемости болевого синдрома у пациентов с диабетической полиневропатией составляет 20 %. Актуальность данной проблемы заключается в том что применение простых анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов в большинстве случаев оказывается не эффективным.

Цель: изучить эффективность применения препарата Симбалта в лечении болевого синдрома при дистальной сенсорной полиневропатии нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа.

Материалы и методы исследования: с 01.10.2006 по 01.03.2007 под нашим наблюдением в кабинете невропатии Эндокринологического центра ЮЗАО находилось 20 пациентов (9 мужчин и 11 женщин) с диагнозом дистальная сенсорная полиневропатия нижних конечностей (болевая форма). Длительность болевого синдрома — более 0,5 года, в среднем составляла 2,3 ± 0,3 года.

5 пациентов страдали сахарным диабетом 1-го типа, 15 пациентов — сахарным диабетом 2-го типа.

Возраст пациентов от 33 до 65 лет, в среднем составил 48,8 ± 2,1 лет.

Пациенты совместно осмотрены неврологом и эндокринологом. Все пациенты имели компенсированную форму сахарного диабета. Неврологическое исследование пациентов включало в себя изучение моторной, сенсорной и вегетативной сфер до и после лечения. В целях изучения болевого синдрома мы применяли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), Мак-Гилловский опросник и «схему тела». Из исследования были исключены пациенты с выраженной сосудистой недостаточностью и болевыми синдромами другой этиологии.

После недостаточной эффективности применения противовоспалительных препаратов и амитриптилина в дозе 75 мг/день пациенты прошли курс лечения препаратом Симбалта в дозировке 60 мг/день в течение 3-х месяцев.

Результаты: до лечения пациенты оценивали выраженность болевого синдрома по ВАШ от 7 до 10 баллов (в среднем 9,1 ± 0,2 балла). После лечения болевой синдром достоверно регрессировал до 4,5 ± ± 0,6 балла ($p < 0,01$).

При изучении болевого синдрома по Мак-Гилловскому опроснику мы отметили следующее. В сенсорной шкале: Число выбранных дискрепторов (ЧВД) до лечения составило 5,1 ± 0,3, а после лечения снизилось до 2,8 ± 0,23 ($p < 0,01$). Ранговый индекс боли (РИБ) до лечения составил 10,9 ± 0,9, после лечения уменьшился до 3,9 ± 0,5 ($p < 0,01$). В аффективной шкале: ЧВД до лечения составило 5,7 ± 0,3, после лечения снизилось до 2,5 ± 0,4 ($p < 0,01$). РИБ до лечения составил 15,3 ± 1,2, после лечения регрессировал до 4,4 ± 0,9 ($p < 0,01$). В эвальютивной шкале РИБ составил до лечения 4,4 ± 0,14, после лечения снизился до 2,3 ± 0,3 ($p < 0,05$). По методике «схема тела» мы

отмечаем, что после лечения отражение болевого синдрома на схеме тела имеет более локализованный характер и в большей степени приближается к зонам иннервации и локализации пораженных нервов. Даже у пациентов (3 человека), которые не отметили существенных изменений болевого синдрома по ВАШ и Мак-Гилловскому опроснику, удалось выявить некоторые отличия в сторону уменьшения выраженности болевого синдрома по методике «схема тела».

Заключение:

Симбалта является высокоэффективным препаратом в лечении болевого синдрома у пациентов с диабетической полиневропатией. Симбалта оказывает существенное анальгезирующее воздействие на 2 аспекта боли (сенсорный и аффективный) скорее всего за счет двойного механизма действия (как антидепрессант и как препарат, повышающий порог чувствительности ноцицептивных афферентов).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МОВАЛИС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ПЛЕКСИТОМ

Аль-Замиль М. Х., Мансур Н.

Эндокринологический центр ЮЗА, городская поликлиника № 11 ЮЗАО, городская поликлиника № 158 ЗАО, г. Москва, Россия

Введение. Частота инвалидизации после перенесенного посттравматического плексита у разных авторов отличается вариабельностью (от 15 % до 55 %). Актуальность данной проблемы заключается в том, что эффективность лечения обратно коррелирует с длительностью заболевания. По мнению многих авторов, посттравматический плексит с давностью более 6 месяцев имеет невысокие шансы на восстановление. И это определяет необходимость выбора наиболее эффективных нестероидных противовоспалительных препаратов в остром периоде заболевания.

Цель: изучить эффективность применения препарата Мовалис в лечении пациентов с посттравматическим плекситом в остром периоде.

Материалы и методы исследования: с 01.06.2006 по 01.02.2007 под нашим наблюдением в в городской поликлинике № 11 ЮЗАО г. Москвы и в городской поликлинике № 158 ЗАО г. Москвы находилось 7 пациентов (5 мужчин и 2 женщины) с диагнозом посттравматический плечевой плексит. У 6 пациентов имелось правостороннее поражение и только у одного пациента — левостороннее.

У всех пациентов рентгенологически были исключены патологии со стороны плечевого сустава и нейрофизиологически (ЭМГ) подтвержден диагноз плечевой плексит. Болевой синдром пациенты оценили по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Была определена сила на пораженной конечности, по сравнению со здоровой. Также был определен объем движения в плечевом суставе в разных направлениях.

Все пациенты, наряду с физиотерапевтическими процедурами и поливитаминотерапией, прошли курс лечения с применением препарата Мовалис (первые 6 дней инъекционная форма по 15 мг в/м и последующие 14 дней перорально по 15 мг / день).

Результаты: до лечения пациенты оценивали выраженность болевого синдрома по ВАШ от 6 до 10 баллов (в среднем 7,3 ± 0,4 балла). После лечения болевой синдром достоверно уменьшился до 3,7 ± 0,5 балла ($p < 0,01$). Сила в кисти при сгибании составляла до лечения 2,5 ± ± 0,4 балла, после лечения 3,2 ± 0,3 балла. Сила плеча при отведении составляла 2,5 ± 0,4 балла до лечения, а после лечения 3,3 ± 0,3 балла.

Объем движения в плечевом суставе восстановлен в разных направлениях, по сравнению с исходным объемом, на 30–45 %.

Заключение

Комплексное применение препарата Мовалис, наряду с поливитаминотерапией и физиотерапевтическими процедурами, оказывает существенное положительное воздействие на регресс болевого синдрома и неврологического дефицита, а также на восстановление объема движения в плечевом суставе у пациентов с посттравматическим плекситом в остром периоде.

НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ПОЛИНЕВРОПАТИЯХ

Ахмеджанова Л. Т., Строков И. А., Яхно Н. Н.

ММА им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

Введение. Хронические воспалительные демиелинизирующие полиневропатии (ХВДП) представляют собой гетерогенную группу полиневропатий аутоиммунной природы. Болевой синдром при ХВДП встречается в 8–20 % случаев и может является одним из ведущих симптомов заболевания.

Цель. Целью настоящего исследования являлся анализ болевого синдрома при ХВДП и оценка его клинико-нейрофизиологических характеристик.

Материалы и методы. Было обследовано 26 больных ХВДП. Всем пациентам проводилось клиническое неврологическое обследование с использованием шкалы оценки невропатических нарушений (Neuropathy Impairment Score — NIS), электронейромиография, количественное сенсорное тестирование (КСТ).

Результаты. Среди обследованных 26 больных ХВДП болевой синдром был выявлен у 6 больных (23 %). Средний возраст больных с болевым синдромом составил 53,8 ± 17,4 лет. Средний балл по шкале неврологического дефицита (NIS) составил 54,4 ± 31,9 баллов. Двигательные нарушения в виде легких и умеренных парезов были выявлены у 50 % больных. Чувствительные расстройства у большинства больных проявлялись в виде гипералгезии (66,7 %), аллодинии (16,6 %), гиперпатии (16,6 %). По характеру болей у 4 пациентов наблюдались невропатические боли, у 1 пациента ноцицептивные боли и у 1 — смешанный (ноцицептивный и невропатический) характер болей. У 3 пациентов болевой синдром являлся ведущим симптомом заболевания. При нейрофизиологическом исследовании СПВ по чувствительным волокнам (икроножный нерв) составила 31,5 ± 12,3 м/с, амплитуда S-ответа 1,7 ± ± 2,6 мкВ. По результатам КСТ, поражение проводников температурной (Aδ-волокна) и болевой (С-волокна) чувствительности патология было выявлено у 100 % пациентов. 2 пациентам проводилась биопсия икроножного нерва, при которой была выявлены признаки демиелинизации. У 3 пациентов с невропатической болью отмечался положительный эффект при применении кортикостероидов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс при ХВДП не только толстых, но и тонких нервных волокон. Возможное формирование невропатического болевого синдрома при ХВДП делает необходимым включение воспалительных демиелинизирующих полиневропатий в спектр причинных факторов невропатических болей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ НЕВРОПАТИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ АФФЕРЕНТНОЙ СОМАТОСЕНСОРНОЙ СИСТЕМЫ

Баринов А. Н.

Клиника нервных болезней им. А. Я. Кожевникова, ММА им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

Невропатическая боль является следствием поражения периферической или центральной нервной системы, когда имеет место гистологическая, функциональная и биохимическая перестройка афферентной соматосенсорной системы, создавая основу для хронизации боли. Эти процессы, объединяемые под общим названием «нейрональная пластичность», могут продолжаться после устранения первичного повреждения соматосенсорных афферентов из-за чего невропатическая боль становится самостоятельным феноменом, не связанным с вызвавшим ей этиологическим фактором. В таких случаях этиотропная терапия нередко оказывается малоэффективна и ведущим направлением в лечении невропатических болевых синдромов становится патогенетическое воздействие на механизмы формирования боли. Для уточнения патогенетических механизмов формирования невропатических болевых синдромов используются различные нейрофизиологические методы исследования состояния афферентной соматосенсорной системы. Результаты некоторых нейрофизиологических исследований могут быть полезны для выбора тактики патогенетической терапии невропатических болевых синдромов.

Целью нашего исследования было сопоставление клинико-нейрофизиологических особенностей невропатических болевых синдромов с эффективностью различных видов патогенетической терапии.

Методы. Для качественной и количественной оценки интенсивности и частоты возникновения отдельных компонентов болевого синдрома нами использовалась шкала оценки симптомов невропатии (Neuropathy Total Symptom Score — NTSS-10). Нейрофизиологическая оценка состояния афферентной соматосенсорной системы проводилась с использованием динамического количественного сенсорного тестирования (временная суммация боли — феномен взвинчивания) и регистрации коротко- и длинно-латентных соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП). 200 пациентов, страдающих невропатическими болевыми синдромами различной этиологии, были раз-

делены на 4 группы, получавшие лечение антиконвульсантами, антидепрессантами, нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВС) и селективными нейрональными активаторами калиевых каналов (SNEPCO — selective neuronal potassium channel opener). Оценка эффективности аналгетической терапии проводилась по изменению шкалы NTSS-10 на фоне лечения.

Результаты. В группе пациентов, получавшей антидепрессанты, наибольшая эффективность терапии отмечалась у больных, изначально имевших повышение амплитуд промежуточных компонентов ССВП. При этом, у пациентов, принимавших антидепрессанты, отмечалось достоверное снижение амплитуд промежуточных компонентов в интервале 40–80 мсек, а также парадоксальное повышение параметров временной суммации боли (укорочение латентного периода боли и увеличение площади под кривой). Наиболее выраженному регрессу на фоне терапии антидепрессантами подвергались жгучие боли, аллодиния и парестезии.

В группе, получавшей антиконвульсанты, наибольшая эффективность терапии отмечалась у больных, изначально имевших высокие показатели временной суммации боли (феномен «взвинчивания»). При этом, у пациентов, принимавших антиконвульсанты, отмечалось достоверное снижение параметров временной суммации боли (снижение пика боли и уменьшение площади под кривой), в то же время значимых изменений показателей ССВП не выявлено. Наиболее выраженному регрессу на фоне терапии антиконвульсантами подвергались стреляющие боли, парестезии, аллодиния и гипералгезия на укол иглой.

В группе, получавшей НПВС, нейрофизиологических предикторов эффективности аналгезии выявлено не было, так же не было зарегистрировано значимого изменения нейрофизиологических показателей. Наиболее выраженному регрессу на фоне терапии НПВС были подвержены глубокие ноющие боли и статическая гипералгезия на тупое надавливание и поколачивание.

В группе, получавшей селективные нейрональные активаторы калиевых каналов (SNEPCO), наибольшая эффективность терапии отмечалась у больных с невропатическими болевыми синдромами, возникавшими на фоне мышечно-тонических и миофасциальных синдромов при скелетно-мышечной патологии, имевших высокие показатели временной суммации боли (феномен «взвинчивания»). На фоне приема SNEPCO отмечалось достоверное снижение параметров вре-

менной суммации боли (удлинение латентного периода боли и уменьшение площади под кривой). Наибольшему регрессу у пациентов, принимавших SNEPCO, подвергались глубокие ноющие боли, парестезии, динамическая и статическая гипералгезия.

Обсуждение. Растормаживание промежуточных компонентов ССВП, имеющих латенцию 40–80 мсек, может свидетельствовать о ведущей роли снижения ингибирующего контроля афферентного ноцицептивного потока со стороны антиноцицептивных структур головного мозга. Применение антидепрессантов приводит к увеличению обратного захвата моноаминов — ключевых нейромедиаторов в синапсах антиноцицептивной системы, вследствие этого, вероятно, происходит торможение проведения болевой афферентации, об этом может свидетельствовать снижение амплитуд среднелатентных ССВП на фоне приема антидепрессантов.

Повышение возбудимости (сенситизация) нейронов задних рогов, нейрофизиологическими критериями которого могут служить высокие показатели временной суммации боли (феномен «взвинчивания»), является патофизиологической основой парестезий, стреляющих и стимулзависимых болей. Кроме того, именно гипервозбудимость нейронов задних и передних рогов лежит в основе формирования порочного круга «боль-спазм-боль», являющегося причиной развития хронических мышечно-тонических синдромов. Применение антиконвульсантов и селективные нейрональные активаторы калиевых каналов, действующих как антагонисты натриевых каналов, приводит к нормализации полярности мембраны нейрона и снижению его возбудимости. Это может подтверждаться снижением показателей суммации боли при ритмической стимуляции подпороговыми стимулами, которое наблюдается у пациентов, принимающих антиконвульсанты и SNEPCO, наряду со снижением именно стимулзависимых болей и парестезий в этих группах.

Сенситизация периферических ноцицепторов (в том числе и активация «спящих» С-ноцицепторов) под воздействием медиаторов воспаления лежит в основе развития ноцицептивной воспалительной боли. Однако, нейрогенное воспаление, возникающее в условиях невропатического болевого синдрома, также может приводить к появлению «воспалительных», схожих с ноцицептивными, глубоких ноющих болей, сопровождающихся развитием статической гипералгезии на поколачивание и тупое надавливание. Нейрофизиологических «маркеров» этого патофизиологического процесса при использова-

нии методик ССВП и количественного сенсорного тестирования нами не выявлено. Применение НПВС при преобладании периферических механизмов сенситизации позволяет снизить продукцию медиаторов воспаления. Это подтверждается высокой эффективностью НПВС при ноющих болях и статической гипералгезии в структуре невропатических болевых синдромов.

Заключение. Нейрофизиологические методы исследования состояния афферентной соматосенсорной системы могут применяться для стратификации тактики патогенетической терапии с учетом преобладающих механизмов развития невропатической боли.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ НЕЙРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ (КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ). ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ

Грибова Н. П., Галицкая О. С.

Государственная медицинская академия, кафедра неврологии и психиатрии факультета повышения квалификации, г. Смоленск, Россия

Цель работы: изучение клинико-электронейромиографичесих (ЭНМГ) особенностей синдрома прозопалгии при невропатии лицевого нерва у детей с учетом состояния психологического статуса ребенка. Оптимизация терапии.

Методы исследования: клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза, исследование неврологического статуса с акцентом на выявление неврологических синдромов поражения V и VII пары ч. н. Обязательным явилось общеклиническое исследование ребенка, в том числе с использованием нейровизуализационных методов (КТ и МРТ), офтальмоскопии, консультация ЛОР-врача, стоматолога, педиатра. Программа ЭНМГ обследования включала анализ параметров орто-(М) и антидромных-(F) моторных ответов при стимуляции лицевого нерва, оценка параметров мигательного рефлекса (МР), состояние латенций и собственных периодов экстероцептивной супрессии (ЭС). Для оценки психологического статуса ребенка мы использовали шкалу самооценки Спилберга в модификации Ханина. для определения уровня реактивной тревожности (РТ) и личностной тревожности (ЛТ).

Нами наблюдалось 10 детей с невропатией лицевого нерва в возрасте от 7 до 16 лет. Синдром прозопалгии с афферентными феноменами в виде боли в лице, парестезиями, онемения наблюдались у 6 больных. Диагноз идиопатической формы заболевания был поставлен в 6 случаях, в 1-ом случае наблюдался синдром Мебиуса, у 1-ого больного был выявлен синдром Рамзея-Ханта, у 2-х заболевание связано с острым отитом.

Результаты ЭНМГ обследования: М-волна регистрировалась у всех пациентов. Латенция М-волны была увеличена до 4,3 мс., амплитуда снижена до 1,1 мв. F-волна не вызывалась в 100 % случаев. Лишь в 3-х из 10 случаях был вызван МР, с удлиненной латенцией и длительностью и уменьшенной амплитудой. При этом в 50 % случаев наличия прозопалгии нами наблюдался электрофизиологический «парадокс» сохранения мигательного рефлекса. При исследовании параметров ЭС получены данные об изменении как латентных периодов, так и периодов собственной длительности (уменьшение 1-го (до 11мс) и увеличение 2-ого латентного периода (до 48 мс). Таким образом, для всех вариантов невропатии лицевого нерва характерна аксоно-и миелинопатия VII ч. н. ЭНМГ парадокс сохранения МР в случаях болевых форм в корреляции с измененными параметрами латентных периодов ЭС может предполагать избирательность поражения толстых, быстро проводящих афферентов тройничного нерва. В то время, как анализ параметров собственных периодов супрессии (их увеличение) свидетельствует о повышении активности интернейронов, ингибирующих как моторную порцию V пары (1-ый период), так и интернейронов, реализующих надсегментарные влияния (2-ой период). Что с одной стороны отражает афферентно-эфферентную дисфункцию V и VII пары ч. н., а с другой стороны состояние измененных контролирующих надсегментарных влияний, т. е. может явиться электрофизиологическим эквивалентом уровня стресса.

Учитывая, что невропатия лицевого нерва это заболевание, характеризующееся остро возникшим парезом мимической мускулатуры, приводящее к нарушению функции мимической мускулатуры и выраженному косметологическому дефекту, неизбежно негативное переживание у ребенка, приводящее его к стрессу. С нейрофизиологической точки зрения при стрессе ключевой системой мозга является система лимбико-кортикальных взаимоотношений. При этом нарушаются взаимодействия гипоталамических и ретикулярных структур, коры и подкорковых образований. С другой стороны, известно о тесной

связи лимбико-ретикулярного комплекса с системой лицевой нерв-мимические мышцы. Ядро VII ч. н. включено в систему круговых импульсов, проходящих через кору, таламус, миндалину, ретикулярную формацию моста. Связь с лимбико-ретикулярным комплексом позволяет создать на лице мимический аккомпанемент эмоций.

По результатам тестирования по шкале Спилберга низкий уровень РТ отмечался у 2-х пациентов, умеренный у 5-х, высокий у 3-х. Низкий уровень ЛТ был у 3-х детей, средний у 3-х, и высокий у 4-х.

Традиционным в лечении детей с невропатией лицевого нерва являются нейрометаболические средства, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию. С учетом полученных ЭНМГ данных для нормализации интернейрональной функции нами использовались препараты ГАМК-ергической направленности (мидокалм) и препараты N-MDA-направленного действия (тебантин). Для стабилизации экстероцептивной функции нами использована методика БОС (биологической обратной связи). Анализ ЭНМГ-параметров позволил заключить, об относительной прогностической ценности исследования М-волны и абсолютной прогностической ценности исследование МР и мониторинга параметров ЭС. Кроме того, нами замечено, что имеется определенная связь между степенью изменения периодов супрессии и состоянием психо-эмоционального фона. Чем сильнее тормозные влияния интернейронов с одной стороны, на неблагоприятном психо-эмоциональном фоне с другой, тем хуже прогноз и течение заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАСТИЧНОСТИ И БОЛИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТЯЖЁЛОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Древаль О. Н., Черных И. А., Басков А. В.,
Боев М. В., Цуладзе И. И., Лисицкий И. Ю.
ГОУДПО Российская медицинская академия последипломного образования РОСЗДРАВА,
Кафедра нейрохирургии, ГКБ № 19, г. Москва, Россия

Цель работы: изучение особенностей клинических проявлений спастического и болевого синдромов после позвоночно-спинномозговой травмы и выработка тактики его хирургического лечения.

Материал и методы. Материал исследования составил 21 больной с выраженной спастичностью или болевым синдромом после тяже-

лой позвоночно-спинномозговой травмы без потенциала двигательного восстановления. У всех пациентов наблюдалась глубокая нижняя параплегия, нарушение чувствительности по корешковому и проводниковому типу с тотальной гипо- или анестезией. Боль оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и опроснику Мак Джилла (McGill), спастичность — по шкале Ашворта (Ashworth). Также оценивалась двигательная активность больных. Все пациенты были оперированы. Проводилась двусторонняя ризомиелотомия входной зоны задних корешков (ВЗЗК) (n = 10) при болевом синдроме, задняя парциальная ризидиотомия (n = 8) при спастическом синдроме, а также эпидуральная стимуляция спинного мозга (n = 3). Результаты и обсуждение. Выделены группы с преобладанием болевого (47 %) и спастического (53 %) синдромов. Клинически равнозначное сочетание спастического и болевого компонентов встречалось редко. Боль была максимально выраженной, нейропатического характера, метамерно-корешковой, в дерматомах с уровня травмы. Спастичность в ногах, была выраженной и сочеталась с контрактурами. Эффективность двусторонней ризомиелотомии ВЗЗК в лечении боли составила 89 % в ближайшем периоде и 63 % в отдалённом периоде наблюдения (до 4 лет). Эффективность двусторонней задней парциальной ризидиотомии в лечении спастики составила 75 % в ближайшем периоде и 75 % в отдалённом периоде (до 2,5 лет). Выводы. При преобладании нейропатической метамерно-корешковой боли с уровня травмы патогенетически обоснованной и эффективной методикой является ризомиелотомия ВЗЗК. При выраженной спастичности методом выбора является двусторонняя задняя парциальная ризидиотомия.

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И КАННАБИНОИДЫ

Игонькина С. И., Кукушкин М. Л.*, Чурюканов В. В.*, Чурюканов М. В.,* Бобров М. Ю.**, Безуглов В. В.**, Грецкая Н. М.***

***Государственное учреждение научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии РАМН, Институт биоорганической химии им. М. М. Шемякина и Ю. А. Овчинникова РАН, *Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия*

Цель работы. Центральный болевой синдром (ЦБС) в силу особенностей патогенеза трудно поддается действию таких классических анальгетиков, как нестероидные противовоспалительные препа-

раты и опиоидные анальгетики, поэтому особый интерес представляют полученные в последние годы данные о болеутоляющем эффекте каннабиноидов. Эндогенная каннабиноидергическая система в организме человека и животных представлена специфическими рецепторами, их агонистами, механизмами синтеза и инактивации последних. Клиническими наблюдениями и экспериментальными данными подтверждена роль каннабиноидов в подавлении нейропатической боли, висцеральной боли, хронической боли в онкологической практике, боли при каррагениновом и формалиновом воспалении. Однако практически отсутствуют данные о влиянии каннабиноидов на ЦБС.

Цель настоящей работы — исследовать влияние эндогенного лиганда — анандамида, и синтетических агонистов каннабиноидных рецепторов — HU210 и WIN55,212-22, на развитие ЦБС у экспериментальных животных.

Методы. Работа выполнена на крысах-самцах линии Wistar массой 220–250 г в соответствии с этическими требованиями, предусмотренными международной ассоциацией по изучению боли при проведении поведенческих и нейрофизиологических исследований на животных. ЦБС у крыс моделировали путем нарушения ГАМКергического торможения при внутриспинальном (L4-L6) введении натриевой соли пенициллина. Нарушение локального и нисходящего торможения в дорсальных рогах спинного мозга способствует формированию агрегатов сенситизированных гиперактивных нейронов с повышенной возбудимостью и реактивностью, что приводит к развитию ЦБС. Основными характерными проявлениями ЦБС у животных были механическая аллодиния и спонтанные болевые приступы боли. Эти показатели ЦБС оценивали по модифицированной методике, позволяющей учитывать аккумулятивные показатели выраженности механической аллодинии и спонтанных приступов боли.

Результаты и заключение. В результате проведенных опытов было установлено, что интратекальное введение анандамида (100 мкг), HU210 (5 мкг) и WIN55,212-2 (100 мкг) и системное введение HU210 (50 мкг/кг) и WIN55,212-2 (1 мг/кг) крысам с ЦБС существенно уменьшали выраженность механической аллодинии, снижали интенсивность и длительность спонтанных приступов. Анальгетический эффект был наиболее выражен при интратекальном способе введения лигандов каннабиноидных рецепторов. Обезболивающее влияние WIN 55,212-2 по длительности и выраженности влияния на спонтанные приступы и механическую аллодинию превышало терапевтичес-

кое действие HU210 и анандамида. На основании результатов настоящего исследования можно заключить, что эндогенная каннабиноидергическая болеутоляющая система мозга принимает активное участие в механизмах подавления ЦБС. Учитывая полученные результаты и имеющиеся в литературе факты, что в условиях хронической нейропатичекой боли происходит процесс «up»-регуляции каннабиноидных рецепторов в структурах центральной нервной системы и наоборот возникает процесс «down»-регуляции опиоидных рецепторов в спинном мозге и ганглиях, можно думать о преимуществах и перспективах использования каннабиноидов при лечении нейрогенных болевых синдромов.

РОЛЬ АНТИТЕЛ К ГЛУТАМАТУ И ГАМК В МЕХАНИЗМАХ РАЗВИТИЯ НЕЙРОГЕННОЙ БОЛИ

Игонькина С. И., Ветрилэ Л. А., Трекова Н. А., Кукушкин М. Л., Евсеев В. А.

Государственное учреждение научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии РАМН, г. Москва, Россия

Цель работы. В последнее десятилетие накоплен значительный фактический материал, который убедительно свидетельствует о существенной роли иммунологических механизмов в развитии хронических болевых синдромов. Однако роль антител в развитии болевых синдромов продемонстрирована лишь в нескольких работах. Выявлены антитела к серотонину и ганглиозидам GM1 при фибромиалгии. Показано, что моноклональные антитела к ганглиозиду GD2, используемые для лечения больных нейробластомой, играют существенную роль в развитии тактильной аллодинии. В наших предыдущих исследованиях было выявлено, что развитие у животных нейропатического болевого синдрома после повреждения периферических нервов сопровождается образованием аутоантител к серотонину, норадреналину, дофамину, а иммунизация животных конъюгированным антигеном соответствующий медиатор-бычий сывороточный альбумин приводит к повышению уровня антител к серотонину, норадреналину, дофамину и усилению экспериментального нейропатического болевого синдрома. В то же время данные о роли таких ключевых для нейрогенной боли антител как антитела к тормозному медиато-

ру — ГАМК и возбуждающему медиатору — глутамату отсутствуют. Цель настоящего исследования — изучить влияние антител к глутамату и ГАМК на нейрогенную боль. В задачи исследования входило установление особенностей протекания центрального болевого синдрома (ЦБС) у животных при введении антител к глутамату и выяснение возможности развития аллодинии при воздействии антител к ГАМК на дорзальные рога спинного мозга.

Методы. Антитела к указанным нейромедиаторам получали путем гипериммунизации кроликов конъюгированным антигеном глутамат-бычий сывороточный альбумин. Конъюгаты получали реакцией ковалентного связывания соответствующего гаптена с белком с помощью глутарового альдегида по стандартной методике. Антитела в виде гаммаглобулиновых фракций выделяли из сыворотки крови методом переосаждения сульфатом аммония, очищали путем диализа и лиофилизировали. Аналогичным образом выделяли гаммаглобулиновую фракцию у интактных, неиммунизированных кроликов, которую использовали для контрольных животных. Эффекты антител к глутамату изучали на модели ЦБС, который вызывали у крыс линии Wistar внутриспинальным (L4-L6) введением натриевой соли пенициллина, нарушающего ГАМКергическое торможение. Оценку ЦБС у животных проводили по модифицированной методике, позволяющей учитывать аккумулятивные показатели механической аллодинии и спонтанных приступов. Влияние антител к глутамату у крыс с ЦБС исследовали при интратекальном (L4-L6) способе введения. Возможность развития механической аллодинии у подопытных крыс проверяли путем тестирования болевой чувствительности после интратекального (L4-L6) введения антител к тормозному медиатору ГАМК. Животные контрольных групп получали γ-глобулин либо физиологический раствор.

Результаты и заключение. В результате проведенного экспериментального исследования показано, что интратекальное (L4-L6) введение антител к глутамату в дозе 300 мкг подавляет спонтанные приступы и не влияет на механическую аллодинию у крыс с ЦБС, т. е. антитела к возбуждающему медиатору — глутамату оказывают антиноцицептивное действие. При изучении влияния антител к ГАМК установлено, что интратекальное (L4-L6) введение антител к ГАМК в дозе 300 мкг приводит к появлению у подопытных животных механической аллодинии, топографически соответствующей сегментам спинного мозга, подвергшимся воздействию антител к ГАМК, т. е. антитела к тормозному медиатору — ГАМК оказывают проноцицептив-

ное действие. Аутоиммунные процессы, происходящие при развитии нейропатических синдромов и сопровождающиеся индукцией антител к нейромедиаторам, могут лежать в основе нарушений тормозных и возбуждающих реакций. На наш взгляд именно механизм снижения тормозных реакций, который может быть обусловлен различными факторами, в том числе и образованием антител к тормозным, медиаторам может лежать в основе развития ЦБС.

ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ РАЗВИТИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ СЛЕДСТВИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА?

Мегдятов Р. С., Махмутова А. Ф.

НИИ ТНМАШ-БМ; ММА им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

Задачи

Задачей данной работы является изучение роли воспалительных заболеваний придаточных пазух носа в развитии тригеминальной невралгии.

Воспаление верхнечелюстной пазухи относится к компетенции как стоматологов, так и отоларингологов — в зависимости от генеза заболевания. Последствия этого заболевания — болевые синдромы лица, а в частности невралгия тройничного нерва относится к кругу интересов и неврологов.

Различают гаймориты: одонтогенные, риногенные, гематогенные, травматические и аллергические. В настоящей работе мы проводим анализ ближайших и отдаленных последствий одонтогенных гайморитов.

Одонтогенный гайморит возникает чаще всего в результате распространения инфекции из воспаленного периодонта верхних малых или больших коренных зубов. Возможность такого распространения инфекции из воспаленного инфекции объясняется рядом обстоятельств, на первом месте среди которых стоит топографо-анатомическая близость верхушек указанных зубов к слизистой оболочке дна верхнечелюстной пазухи.

Чем ниже дно верхнечелюстной пазухи, чем больше пневматизирована верхняя челюсть, тем больше возможности инфицирования верхнечелюстной пазухи из околоверхушечной зоны костной ткани.

Одонтогенные гаймориты по течению могут быть острыми, подострыми и хроническими. Острый одонтогенный гайморит возникает как следствие острого гнойного или обострившегося периодонтита, острого остеомиелита, нагноения кист. Нередко он представляет собой обострение хронического гайморита.

При остром воспалении верхнечелюстной пазухи жалобы больных сводятся к следующему: боль и тяжесть в соответствующей половине лица, боль иррадиирует в лобную, затылочную и височную области, а также в верхние зубы, симулируя пульпит; заложенность соответствующей половины носа и ослабление обоняния; выделение слизи из ноздри на больной стороне (особенно при наклоне головы вперед) и затруднение дыхания, повышение температуры тела до 39 градусов, нередко синдром инсомнии. Объективно отмечается отечная, болезненная при пальпации щека со слегка лоснящейся кожей, гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа. Перкуссия по одному-трем зубам на больной стороне вызывает боль нескольких зубов. Перкуссия скуловой кости вызывает боль.

При проколе верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход или по переходной складке слизистой оболочки можно получить гнойный экссудат, находящийся в пазухе.

Лечение острого одонтогенного гайморита является в основном консервативным и преследует цели: создать свободный выход экссудату из верхнечелюстной пазухи, устранить зубной очаг инфекции и подавить инфекцию в верхнечелюстной пазухе.

Хронические одонтогенные гаймориты развиваются обычно из хронических периодонтитов или являются исходом и осложнением острого гайморита. В ряде случаев воспаление протекает бессимптомно, поэтому жалобы могут отсутствовать, но, как правило, больные жалуются на ощущение тяжести в голове, в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняние, понижение трудоспособности, иногда отмечается гнилостно-зловонный запах из носа, при задержке оттока экссудата из полости возникают симптомы острого гайморита. Объективные данные: гнойное отделяемое через ostium maxillarae; слизистая оболочка носа отечна и гиперемирована.

Методы. Под нашим наблюдением находилось 35 больных с хроническим одонтогенным гайморитам. В предоперационном периоде всем пациентам проводилась рентгенологическое исследование: ортопантомография, компьютерная томография придаточных пазух носа в коронарной проекции.

Всем пациентам проведено оперативное лечение: 10 пациентам проведена открытая «щадящая» гайморотомия через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи, 13 пациентам эндоскопическая эндоназальная гайморотомия, 12 проведена эндоскопическая эндоназальная полисинусотомия. Для открытых гайморотомий использовался стандартный набор хирургических инструментов, для эндоскопических операций использовались ригидные эндоскопы диаметром 4 мм, 0º и 45º углом зрения. В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась симптоматическая терапия.

В данной группе больных использовались щадящие методики операций на ВЧП, которые выполнялись под интубационным наркозом. Вмешательство начинали с эндоскопической ревизии естественного отверстия ВЧП в среднем носовом ходе. Для этого под контролем торцевого эндоскопа производили осторожную люксацию средней носовой раковины в медиальном направлении, а затем ретроградную резекцию нижних отделов крючковидного отростка, вскрывали и удаляли стенки решетчатой буллы и визуализировали естественное соустье пазухи, последнее максимально расширяли кзади, после чего 30º и 70º эндоскопами осматривали просвет пазухи. Патологическое содержимое пазухи удалялось наконечником отсоса, полипы из верхних и медиальных отделов пазухи — изогнутыми на 80º ложкообразными щипцами Биннера и агрессивным прямым или изогнутым на 20º наконечником микродебридера «Hummer 2» фирмы «Stryker» (США), которые проводили через расширенное естественное отверстие пазухи. Следует отметить, что нам во всех случаях удалось удалить эндоназальным доступом полипы, находившиеся в просвете пазухи инородные тела — кусочки пломбировочного материала и турунды.

Результаты

В послеоперационном периоде у больных оперированных методом открытой гайморотомии наблюдался выраженный отёк мягких тканей подглазничной области, болезненность при пальпации, обильные геморрагические выделения из носа, парестезии в области крыла носа и верхней губы. Раны заживали первичным натяжением в течение 7–10 дней. Реактивные изменения проходили достаточно медленно в течение 6 суток. После проведённых эндоскопических операций у пациентов наблюдались геморрагические выделения из носа, отёка мягких тканей и нарушений чувствительности не наблюдалось.

Было проведено изучение больных в остром послеоперационном периоде (7–10 сутки) — 14 человек и отделенном (катамнез) через

1–3 года — 21 человек на предмет наличия или отсутствия лицевых болей. Предметом изучения являлось развитие невралгии тройничного нерва, как следствия воспалительного процесса при одонтогенных гайморитах. В одном случае у больной, оперированной по поводу хронического гайморита, в осенне-весенний период наряду с отеком левой половины лица отмечались ноющие тупые боли вегетативного характера в области верхней челюсти слева. Ни у одного из оперированных в этой группе не было отмечено невралгии ветвей тройничного нерва в отдаленном периоде наблюдения.

Заключение

С целью изучение роли воспалительных заболеваний гайморовой пазухи в развитии тригеминальной невралгии проводился катамнестический анализ больных с хроническим гайморитом, которым проводилось клинико-рентгенологическое обследование с последующим эндоскопической санации гайморовой пазухи. В результате катамнестических исследований ни у одного больного типичных тригеминальных болей выявлено не было. Таким образом, воспалительные заболевания гайморовой пазухи не являются причиной развития тригеминальной невралгии.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ НЕВРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ПЕРЕРЕЗКИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА У КРЫС

Панкова Н. Б., Крупина Н. А., Графова В. Н., Смирнова В. С., Орлова И. Н., Хлебникова Н. Н.

Государственное учреждение Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии РАМН, г. Москва, Россия

Известно, что при формировании неврогенных болевых синдромов происходит изменение состояния как периферических звеньев ноцицептивной системы, так и ее центральных структур. Разработана теория, согласно которой патогенетической основой развития неврогенных болевых синдромов является формирование патологической алгической системы (ПАС) вследствие гиперактивности центральных ноцицептивных структур.

Цель настоящей работы состояла в изучении динамики изменения архитектуры дневного сна и спектральных характеристик элект-

рической активности (ЭА) структур головного мозга крыс при развитии неврогенного болевого синдрома, а также в поиске различий по данным показателям между животными с развившейся за время эксперимента аутотомией и животными без аутотомии. Для оценки динамики процесса формирования ПАС предполагалось сравнить спектральные показатели ЭА мозга крыс с развившимся неврогенным болевым синдромом во время максимального проявления аутотомии с показателями этих же животных непосредственно перед манифестацией клинических проявлений синдрома.

Методика. Работа выполнена на крысах самцах Вистар. Монополярные электроды вживляли в правый дорзальный гиппокамп (Г), левое прилежащее ядро (ПЯ), левый миндалевидный комплекс (М), а также в правую фронтальную область неокортекса (ФК) и дорзальный отдел левого каудато-путаменального комплекса (КП). Животным опытной группы (n = 26) через 9–10 дней после вживления внутримозговых электродов под эфирным наркозом проводили перерезку левого седалищного нерва. Животных контрольной группы (n = 15) дополнительным оперативным вмешательствам не подвергали. Выраженность неврогенного болевого синдрома у крыс оценивали ежедневно, в баллах, по показателям аутотомии (поражение когтей, фаланг и стоп оперированной конечности). Тестирование дневного сна и ЭА в состоянии спокойного бодрствования проводили через 5–7 дней после вживления внутримозговых электродов до перерезки седалищного нерва (фоновое тестирование); через 2–3 дня после перерезки седалищного нерва; и далее еженедельно. Регистрацию сна проводили в течение 4 часов в середине дня. В конце регистрации животных будили и записывали в течение 5 мин ЭА структур мозга в состоянии спокойного бодрствования. Выбор сроков тестирования спектральных показателей ЭА для анализа динамики формирования ПАС проводили для каждого животного индивидуально. В группе крыс с развившимся за время наблюдений болевым синдромом (n = 4) с результатами фонового тестирования сравнивали показатели этих же животных на сроке максимальных проявлений аутотомии и непосредственно перед манифестацией клинических признаков болевого синдрома. Спектральные показатели ЭА мозга крыс с неразвившимся за время эксперимента болевым синдромом (n = 5) и контрольных животных (n = 6) оценивали в сроки, максимально приближенные к срокам тестирования крыс с аутотомией. Статистический анализ различий в динамике изменения изученных показателей проводили с помощью дисперсионного

анализа с неделей тестирования как повторным измерением (Repeated measures ANOVA), с последующим сравнением средних значений внутри групп по критерию Тьюки. Корреляционные зависимости между изменениями электрофизиологических показателей и степенью максимальной выраженности болевого синдрома оценивали по непараметрическому критерию Спирмена (пакет статистических программ Statistica 6.0).

Результаты. В данной работе признаки аутотомии зафиксированы у половины деафферентированных крыс на 3–35-й день после операции по перерезке седалищного нерва. Однако нарушения архитектуры сна и изменения спектральных показателей ЭА структур головного мозга обнаружены у всех животных, подвергнутых деафферентации, вне зависимости от наличия признаков аутотомии, хотя показатели животных с развившейся и неразвившейся аутотомией между собой также различались. Наибольшая степень изменений показателей структуры сна и ЭА выявлена через 3 недели после перерезки седалищного нерва, в последующих тестированиях эти показатели значимо не менялись. На этом сроке тестирования у животных контрольной группы обнаружено снижение доли бодрствования с одновременным возрастанием доли сна и сокращением периода засыпания, а также снижение средней длительности периодов бодрствования и возрастание средней длительности периодов медленноволнового и REM-сна. У деафферентированных животных за этот отрезок времени латентный период засыпания также снижался, однако структура сна изменялась по-другому. У крыс с развившейся аутотомией показатели сна значимо не изменялись, у крыс без аутотомии изменения архитектуры дневного сна были более выраженными: отмечено возрастание доли бодрствования за опыт и средней длительности периодов бодрствования без изменения представленности REM-сна.

При анализе изменения спектральных показателей ЭА мозга через 3 недели после деафферентации обнаружено, что для крыс контрольной группы характерным было снижение относительной мощности медленноволновых дельта диапазонов в ЭА КП, ФК и М, возрастание относительной мощности альфа диапазона ЭА КП и ФК, и возрастание мощности быстроволновых бета диапазонов ЭА в Г, ФК и КП. У деафферентированных крыс также отмечено возрастание относительной спектральной мощности альфа диапазона ЭА всех изученных структур мозга. Другие спектральные перестройки, как у животных с аутотомией, так и без аутотомии, носили противоположный по

сравнению с контрольной группой характер: возрастание относительной мощности медленноволновой части спектра (дельта 2 диапазона в ЭА КП, Г и М) и снижение относительной мощности быстроволновой части спектра (бета1 диапазона в ЭА Г, и бета2 диапазона в ЭА КП, ФК и Г). Различия между животными с развившейся и неразвившейся аутотомией через 3 недели после деафферентации выявлены лишь по динамике изменения относительной мощности дельта2 диапазона ЭА Г — только у животных с неразвившейся аутотомией обнаружено достоверное возрастание данного показателя. Оказалось также, что степень максимальной выраженности аутотомии находилась в отрицательной корреляционной связи с возрастанием относительной мощности дельта2 диапазона и снижением относительной мощности бета1 диапазона ЭА Г.

Анализ динамики формирования ПАС у крыс с развившимся болевым синдромом позволил выявить особенности изменений относительной мощности тета2 диапазона ЭА КП на сроке максимального проявления неврогенного болевого синдрома: у этих крыс, в отличие от животных без аутотомии, отмечено снижение относительной мощности данного частотного диапазона. Можно предположить, что снижение представленности в спектре ЭА КП ритмической активности тета2 диапазона, состав которого в основном определяется тета-ритмом, генерируемым в септо-гиппокампальной системе мозга, отражает как снижение активности Г, так и усиление в других частотных диапазонах собственной ЭА КП, входящего в ноцицептивную систему мозга. Анализ изменений спектральных показателей ЭА мозга крыс с развившейся аутотомией, но на стадии, предшествующей манифестации клинических проявлений неврогенного болевого синдрома, показал, что характерной особенностью спектральных перестроек ЭА мозга крыс накануне манифестации болевой симптоматики было усиление собственной активности Г — тета-ритма. В более поздние сроки, на фоне активности уже сформированной ПАС, признаки усиления ЭА Г отсутствовали, наблюдалось усиление медленноволновой части спектра, как и у крыс с неразвившимся болевым синдромом.

Полученные данные расширяют представления о механизмах и динамике формирования ПАС у крыс с экспериментальным неврогенным болевым синдромом.

ДИСФУНКЦИЯ АНТИНОЦИЦЕПТИВНОЙ СИСТЕМЫ СТВОЛА МОЗГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ НА ПРИМЕРЕ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Петровская А. С., Кривошапкин А. Л., Мелиди Е. Г.

Нейрохирургический Центр НУЗ ДКБ, г. Новосибирск, Россия

Хронический болевой синдром сопровождается дисфункцией антиноцицептивной системы, что тормозит развертывание саногенетических реакций по купированию болевого синдрома. Самым ярким представителем хронического болевого синдрома по праву можно назвать невралгию тройничного нерва.

Невралгия тройничного нерва (НТН) — мультинейрональный процесс, при котором периферические факторы ведут к функциональным и структурным изменениям в стволово-подкорковых структурах. Медиальное расположение (зоны Зельдера) триггерных точек на лице является клиническим отображением орального подъядра чувствительных ядер спинномозгового пути тройничного нерва, а активность курковых зон и изменения их площади говорят о его функциональном состоянии. Расположение ядер в покрышке мозгового ствола, в толще ретикулярной формации обусловливает обширные связи тройничного нерва с другими черепными нервами, в т. ч. VIII пары, что позволяет опосредованно оценивать состояние спинномозгового пути тройничного нерва по данным коротколатентных стволовых вызванных потенциалов (КСВП).

В Невролого-нейрохирургическом центре ДКБ г. Новосибирска для лечения тригеминальной невралгии используется малоинвазивная методика чрескожной селективной радиочастотной термодеструкции чувствительных порций Гассерова узла. Этот эффективный метод лечения больных, длительно не отвечающих на фармакотерапию является так же методом выбора для пожилых пациентов с тяжелой сопутствующей патологией ввиду низкого процента осложнений и нулевой летальности.

Цель исследования: уточнение нейрофизиологических особенностей боли у пациентов с невралгией тройничного нерва с учетом функционального состояния сегментарных рефлекторных дуг, активирующих и тормозных структур ствола мозга и супрастволовых отделов.

Материалы и методы: проведено обследование группы из 37 пациентов, длительно страдающих от хронических приступообразных лицевых болей, на фоне длительной неэффективной лекарственной

терапии, включая высокие дозы антиконвульсантов и антидепрессантов. Больные — 14 мужчин и 23 женщины в возрасте от 30 до 84 лет (средний возраст 59,5 ± 12 лет). Продолжительность заболевания — в среднем 3,2 года; суточная доза финлепсина (карбамазепина) — 1026 ± 232 мг; интенсивность лицевых болей при поступлении в среднем более 8 баллов по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ). Нейрофизиологический раздел был обеспечен станцией «Viking IV M», Nicolet: поводилась регистрация КСВП (стандартная методика, интенсивность стимула — слуховой порог +60 дб.; контралатерально — маскирующий шум) до и после проведения хирургического лечения. Метод является безболезненным в отличие от тригеминальных сенсорных вызванных потенциалов, усугубляющих болевой приступ у пациентов с прозопалгией.

Результаты: При оценке параметров КСВП у 95 % пациентов с НТН определялись выраженные дооперационные изменения, выражающиеся в значительном замедлении проведения нервного импульса на стороне невралгии по стволовым структурам с увеличением латентностей как III, так и V компонентов. Однако более чем у половины пациентов (76 %) изменения были выявлены билатерально, что согласуется с литературными данными (для ЭЭГ больных с НТН характерна редкость очаговых и наличие билатеральных изменений биопотенциалов мозга при одностороннем процессе). На контралатеральной невралгии стороне выявлено замедление проведения импульса до верхних олив и по боковой петле без значимых увеличений латентностей компонентов.

Наблюдаемым 37 пациентам было проведено 44 операции. Полное прекращение лицевых болей сразу после операции отмечали 35 пациентов (94,5 %), по ВАШ < 3 баллов, с образованием гипалгезии триггерных зон. Возврат болей, потребовавший однократного повторения процедуры в среднем через 1,5 года, произошел в 18,9 % случаев.

Послеоперационный анализ КСВП показал ипсилатеральное уменьшение латентности V компонента в среднем на 0,25 мс; относительно ригидным в большинстве случаев оказался III компонент, латентность которого после проведения операции уменьшилась менее чем на 0,1 мс, что может свидетельствовать о дегенеративных изменениях в ядерных структурах; т. о. значительно сократился межпиковый интервал III-V. Ожидаемо нормализовались (93 %) или значительно приблизились к норме показатели на контралатеральной невралгии стороне.

Рецидив болевого синдрома возникал у пациентов, имеющих органические (морфологические) изменения на понто-мезенцефальном уровне: МРТ-подтвержденные очаги рассеянного склероза, ишемические очаги в стволе головного мозга. Нейрофизиологически это проявлялось грубым нарушением проведения на понто-мезенцефальном уровне (максимально — в виде отсутствия поздних комплексов ВП) и отсутствием послеоперационной положительной динамики состояния ипсилатеральных параметров III и V компонентов.

Обсуждение: исследование КСВП при невралгии тройничного нерва изначально планировалось как дифференциально-диагностический алгоритм для определения центрального или периферического патогенеза заболевания, т. к. при этом не всегда возможна визуализация структурных повреждений медулло-понто-мезенцефальных проводящих путей. Среди периферических этиологических факторов по данным литературы выделяют следующие: дислокация и расширение извитых сосудов верхней или передней нижней мозжечковых артерий, сдавление верхней каменистой веной, невринома слухового нерва, опухоль мостомозжечкового угла, вирусное поражение, а так же туннельно-компрессионный синдром функционально узких костных каналов. К центральным механизмам относятся повреждения на ядерном и супрануклеарном уровне (опухоли моста, демиелинизирующие заболевания ЦНС); в этом случае нарушение проведения нервного импульса по данным ВП должно явиться маркером их повреждения. Однако проведенное в нашей клинике исследование КСВП у пациентов с невралгией тройничного нерва обнаружило изменение вызванных ответов практически у всех пациентов, независимо от патогенетического типа заболевания. Таким образом положительная послеоперационная динамика может говорить о функциональных нарушениях в системе нейронального «возбуждения-торможения», а отсутствие регресса изменений у пациентов с рецидивом болевого синдрома отражает структурное повреждение нервных путей.

Схожие результаты были получены другими отечественными авторами при исследовании соматосенсорных вызванных потенциалов тройничного нерва: на пораженной стороне отмечалось удлинение латентных периодов ранних компонентов, уменьшение их амплитуды, что было расценено как признак структурных органических нарушений.

Заключение: исследование КСВП у пациентов с хроническим болевым синдромом на примере тройничной невралгии определяет

прогноз рецидива боли в послеоперационном периоде у пациентов с НТН, при этом нет специфических отличий между разными вариантами течения заболевания на этапе предоперационного исследования. Полученные данные позволяют использовать методику парциальной радиочастотной деструкции Гассерова узла независимо от патогенетического типа невралгии (периферического или центрального), т. к. воздействие на периферический отдел системы повышает функциональную активность стволового отдела АНЦС вследствие реализации нейрональной фазы гипалгезии. Радиочастотная деструкция прерывает сформированный патологический замкнутый круг, блокируя афферентную импульсацию из периферического отдела, тем самым не только избавляет от мучительных болей, но и восстанавливает поврежденный саногенетический механизм антиноцицепции.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ СИММЕТРИЧНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ

Протасова О. В., Протасов А. В.

Госпиталь им. Деджазмач Балча,
Аддис-Абеба, Эфиопия, P. O. Box 94,
Dejazmach Balcha Memorial Hospital,
Addis Ababa, Ethiopia, P. O. Box 94

Введение: дистальная симметричная сенсомоторная полиневропатия возникает, примерно, у 30 % больных с ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях заболевания. В Эфиопии проживает 1,3 миллиона людей с ВИЧ-инфекцией, что обуславливает высокую распространённость данной патологии. Выраженный болевой синдром приводит к нарушению трудоспособности пациентов. Его купирование сопровождается большими трудностями, т. к. у больных имеется резистентность к нестероидным противовоспалительным препаратам.

Цель: определить характер болевых ощущений при дистальной симметричной сенсомоторной полиневропатии и возможность их купирования.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось в течение 2005–2006 гг. в госпитале им. Дж. Балча в г. Аддис-Абеба, Эфиопия. Было пролечено 286 пациентов с ВИЧ-инфекцией, у которых превалирова-

ли клинические проявления дистальной сенсомоторной полиневропатии. Учитывались данные неврологического статуса, анамнеза заболевания, лабораторные данные, включающие определение количества CD4-лимфоцитов. Медикаментозная терапия включала: трамадол (tramadol), карбамазепин (carbamazepin), амитриптилин (amitriptilin), витамины группы B, витамин C, аминофиллин (aminophyllin); местно применялся methylsalicylate, dyclophenac в виде мазей. Немедикаментозная терапия состояла из неинвазивной аппаратной рефлексотерапии и физиотерапевтических методик (парафиновые аппликации, магнитотерапия, электротерапия, лазеротерапия).

Результаты. У всех 286 (100 %) пациентов имелся хронический болевой синдром. Длительность заболевания составляла от 1 до 6 месяцев, клинические проявления нарастали постепенно. В 100 % случаев (286 человек) боль проявлялась ощущением нестерпимого чувства жжения, неприятными парестезиями преимущественно в стопах ног и у 56 человек (19,6 %) также в ладонях. Первичная гипералгезия имелась у 268 человек (93,7 %), каузалгия — у 28 (9,8 %). Часто из-за этого затруднялась ходьба — у 125 человек (43,7 %), что нарушало трудоспособность пациентов. Без посторонней помощи не могли ходить 53 пациента (18.5 %) при отсутствии явно выраженных двигательных нарушений (парезов, параличей). У 276 больных (96,5 %) имелась гиперестезия кожи «по типу носков», у 78 (27,3 %) — гиперестезия кожи кистей рук. Выпадение ахиллова рефлекса наблюдалось у 185 пациентов (64,7 %), изменения коленных рефлексов — у 18 (6,3 %). При продолжительности заболевания более 3 месяцев у 43 человек (15 %) отмечалась легкая атрофия мелких мышц стоп. Симпатические дисфункции (нарушение потоотделения и терморегуляции, усиление физиологического тремора и другие) проявлялись у 164 пациентов (57,3 %). Невротические жалобы в различной степени выраженности имелись у каждого пациента. При лабораторном исследовании уровень CD4-клеток варьировал от 120 до 40 CLS/UL. Антиретровирусную терапию (ZDV/3TC/EFV) до развития дистальной симметричной полиневропатиии получали только 34 пациента (11,9 %).

У 218 пациентов (76,2 %) применялось комплексное лечение: медикаментозная терапия совместно с физиотерапией и неинвазивной аппаратной рефлексотерапией. У 68 человек (23,8 %) — только медикаментозная терапия. В ходе рефлексотерапии использовалось воздействие на точки: VB (XI)34, E (III)36, E (III)41, V (VII)62, V (VII)60, GI (II)4, IG (VI)3, GI (II)10, GI (II)11. При использовании медикамен-

тозной терапии положительный эффект был достигнут через 2–3 недели лечения, а при применении комплексной терапии — значительно быстрее, через 7–10 дней. Он состоял в купировании болевого синдрома и нормализации психоэмоционального состояния пациента.

Заключение. По нашим данным, болевые ощущения при дистальной сенсомоторной полиневропатии у больных с ВИЧ-инфекцией в 100 % случаев характеризовались чувством нестерпимого жжения и парестезиями в стопах ног, зачастую носящие извращенный каузалгический оттенок. У большинства больных наблюдалась первичная гипералгезия (93,7 %) и гиперестезия кожи «по типу носков» (96,5 %), а в 57,3 % случаев — симпатические дисфункции. Чувствительные нарушения значительно преобладали над двигательными расстройствами. Имевшаяся полиневропатия не являлась осложнением антиретровирусной терапии, поэтому можно предположить, что подобный болевой синдром требует целенаправленного обследования пациентов на наличие ВИЧ-инфекции.

Качество жизни нарушалось у всех пациентов: в 100 % случаев имеются проявления невроза, работоспособность была ограничена у 43,7 %. Комплексное использование физиотерапии и рефлексотерапии совместно с медикаментозным лечением позволяло ускорить наступление положительного эффекта при лечении дистальной сенсомоторной полиневропатии у пациентов с ВИЧ-инфекцией и улучшить качество их жизни.

МОНОТЕРАПИЯ ТЕБАНТИНОМ ПОСТАМПУТАЦИОННОГО ФАНТОМНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Пятко В. Э., Щербаносова Т. А.

Краевая клиническая больница № 1 им. С. И. Сергеева, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, г. Хабаровск, Россия

Терапия постампутационного фантомно-болевого синдрома (ФБС) остаётся по-прежнему одной из сложнейших задач. Актуальность этой проблемы обусловлена нарастающим количеством больных с запущенными стадиями атеросклеротической ишемии нижних конечностей, а также сохраняющимся процентом неудач хирургического лечения хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического

генеза. Длительный анамнез болей в предампутационный период без адекватной терапии болевого синдрома, формирует группы больных наиболее угрожаемыми в плане возникновения ФБС. Процент больных, страдающих ФБС довольно высок и колеблется от 50 % до 72 %. Неудовлетворенность результатами лечения больных с постампутационным фантомно-болевым синдромом, диктует необходимость поиска новых методов и средств лечения ФБС.

Современное понимание патогенеза ФБС делает возможным оказание лечебного воздействия не только в зоне тканевого повреждения, но и на различных уровнях центральной нервной системы (ЦНС). Препаратами первой линии при лечении ФБС считаются противосудоржные средства, усиливающие тормозные реакции в ЦНС (бензодиазипины, агонисты ГАМК-рецепторов), блокаторы кальциевых каналов, агонисты α-адренорецепторов, препараты снижающие выброс и метаболизм глутамата, изменяющие метаболизм ГАМК, снижающие активность натриевых каналов.

С 1995 года в клинической практике для терапии неврогенных болевых синдромов применяется антиконвульсант габапентин. Известно, что габапентин взаимодействует с α2δ-субъединицами потенциалзависимых Са2+-каналов и тормозит вход ионов Са2+, тем самым снижая выброс глутамата из пресинаптических центральных терминалей, что приводит к уменьшению возбудимости ноцецептивных нейронов спинного мозга. Одновременно препарат модулирует активность NMDA-рецепторов и снижает активность Ка+-каналов.

Учитывая многоуровневое действие габапетина, нами проанализирована эффективность монотерапии габапентином (Тебантин, «Гедеон-Рихтер») больных страдающих ФБС после ампутации нижней конечности.

Материал и методы. В клиниках Краевой клинической больницы № 1 им. С. И. Сергеева проведено обследование и лечение 26 больных с ФБС (24 мужчины, 2 женщин). Средний возраст пациентов составил 52,5 ± 4,2 года. Причиной ампутации нижней конечности являлись сосудистая патология в 70,3 % случаев, сахарный диабет 17,7 %, травма и злокачественные новообразования 12 %. Длительность болевого синдрома варьировала от 1 месяца до 6-ти лет. Большинство (82 %) больных без успеха лечились различными методами физиотерапии (лазеротерапия, магнитотерапия, транскраниальная электростимуляция) рефлексотерапии, наркотическими анальгетиками, трициклическими антидепрессантами, антиконвульсантами и седативными препаратами без существенного эффекта.

Интенсивность ФБС исходно и на этапах лечения оценивалась при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Клинические симптомы ФБС в исследуемой группе больных были различны. Больные предъявляли жалобы на «чувство жжения» в отсутствующей конечности, «прострелы электрическим током» с последующим развитием тремора культи, чувство «зажатости», «тупые, ноющие, саднящие» боли. Часто фантомные боли были идентичны болям испытываемыми больными до операции ампутации нижней конечности.

Проводили монотерапию тебантином 3-х кратным приемом в сутки по следующей схеме: 1-я неделя — 900 мг/сут., 2-я — 1800 мг/сут., 3-я — 2400 мг/сут., 4-я неделя — 3600 мг/сут. По достижении максимальной дозы, больные принимали препарат в течение 8-ми недель. В общей сложности курс терапии продолжался 12 недель. Эффективность терапии оценивали на 5-той, 8-мой и 12-той неделе. Терапия считалась эффективной, если интенсивность болевого синдрома удавалось снизить до 0–2 баллов ВАШ, рецидива не наступало в ближайшие 6 месяцев по окончании терапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Все этапы исследования прошли 24 пациента. Мягкий спектр побочного действия препарата обусловил отсутствие отказов от приема препарата на этапах лечения. Побочное действие тебантина в виде повышенной сонливости, пациенты часто оценивали, как достоинство препарата. В исследуемой группе больных наблюдались следующие побочные эффекты: головокружение и сонливость (21,4 %), диарея (5,5 %), тошнота (4,2 %). Необходимо отметить, что побочные эффекты не требовали лекарственной терапии и нивелировались самостоятельно. Терапия тебантином не приводила к необходимости изменения базисной терапии сопутствующих заболеваний ИБС (78 %), гипертонической болезни (72 %), сахарного диабета (19 %) в исследуемой группе больных.

Использование в лечении ФБС тебантина в качестве монопрепарата позволило статистически достоверно снизить интенсивность болевого синдрома ФБС с исходного уровня в 8 ± 1,2 балла до 1 ± 0,43 балла у 21 (87,5 %) больного. У 3 (12,5 %) интенсивность фантомного болевого синдрома оставалась в конце исследования более 2 баллов ВАШ, что нами расценивалось, как неудовлетворительный результат лечения. Следует отметить, что более яркая положительная динамика наблюдалась у больных с жалобами на « простреливающие, жгучие», боли. Результат терапии зависел также от длительности заболевания. Яркая положительная динамика наблюдалась у больных с

длительностью заболевания до одного года. Отсутствие положительного эффекта на восьмой неделе лечения явилось прогностически не благоприятным признаком. Рецидив фантомно-болевого синдрома в ближайшие шесть месяцев после заболевания наступил у 3-х (12,5 %) больных. Это были больные у которых в конце курса терапии сохранялись фантомные боли интенсивностью более 2 баллов ВАШ.

Выводы:

1. Монотерапия габапентином фантомно-болевого синдрома достоверно снижает интенсивность боли у 87 % больных.
2. Эффективность терапии габапентином не зависит от клинической формы фантомно-болевого синдрома.
3. Отдаленные результаты свидетельствуют о стойкой ремиссии у больных с ФБС при монотерапии габапентином.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТАМПУТАЦИОННОГО ФАНТОМНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Пятко В. Э., Сапега В. Н.

Краевая клиническая больница № 1, ИПКСЗ, г. Хабаровск, Россия

Проблема развития постампутационного фантомного болевого синдрома остаётся актуальной. По данным различных авторов частота развития после ампутации конечностей колеблется от 60–72 % (Carlin et al. 1978, Sherman et al. 1984, Jensen et al. 1985). По материалам серьезного исследования среди ветеранов войны в США, у 85 % опрошенных фантомные боли и боли в культе достигают такой силы, что нарушается работоспособность и социальный статус пациента (Sherman et al., 1984). Известно, что частота развития болевой формы постампутационных фантомных болей увеличивается, если в период до ампутации больной испытывал интенсивные боли. Не смотря на существование более 40 методов терапии фантомного болевого синдрома (Sherman et al., 1980), только 15 % больных полностью избавляются от этого страдания, что закономерно диктует необходимость поиска эффективных методов профилактики возникновения фантомных болей. В работах различных авторов исследуются различные методы и уровни прерывания соматической импульсации в предампутационный период (Livingston 1943, Bach et al. 1985, Волобуев и др. 1991).

Цель исследования: изучить влияние химической поясничной симпатэктомии в предампутационном периоде, на частоту развития постампутационного фантомного болевого синдрома.

Методика: в положении больного на здоровом боку, под местной анестезией, под контролем ЭОП рентгенаппарата, игла 20–22 G подводится к симпатическому стволу на стороне пораженной конечности, уровень L2-L3. Контроль положения иглы выполняется введением контраста 2 мл. Выполняется контрольная блокада местным анестетиком. Повышение накожной температуры 1,5–2 гр. С в течение 10 минут, измеряемой на пораженной конечности электротермометром, свидетельствует о благоприятном прогнозе. Химическая симпатэктомия выполняется введением 2–3 мл 95 % этилового спирта.

Исследуемую группу больных составили 39 человек обоего пола, страдающие атеросклеротической ишемией нижних конечностей IV степени в классификации Фонтейна-Покровского. Возраст колебался от 48 до 82 лет. Сопутствующая патология наблюдалась у большинства больных, 96 % различные варианты сердечно-сосудистой патологии, у 25 % больных наблюдался сахарный диабет II типа. Контрольную группу составили 40 больных обоего пола, перенесших аналогичную операцию в IV стадии заболевания. Анализ основывался на ретроспективном изучении историй болезни. В обеих группах ампутация нижней конечности проведена на уровне нижней трети бедра.

Химическая поясничная симпатэктомия на стороне пораженной конечности выполнялась с целью снижения ишемического болевого синдрома покоя в предоперационный период, требовавшийся для компенсации сопутствующей патологии. Интенсивность болевого синдрома на момент поступления колебалась от 7 до 9 баллов ВАШ, больные занимали вынужденное положение в постели, нарушался сон, требовалась анальгезия наркотическими анальгетиками. Малая травматичность, отсутствие необходимости общей анестезии, позволяли выполнять химическую поясничную симпатэктомию на второй день после поступления больных в стационар. Снижение интенсивности ишемических болей до 3–5 баллов ВАШ после химической поясничной симпатэктомии позволяло отказаться от наркотических анальгетиков на период 4–5 дней, до момента ампутации. Из 39 человек в ближайшем послеоперационном периоде фантомный болевой синдром, потребовавший лечения, развился у 5 (7,6 %) больных в основной группе. В контрольной группе из 40 больных, развитие постампутационного фантомного болевого синдрома отмечено у 16 (40 %)

больных. В течение года в основной группе, фантомный болевой синдром развился ещё у 2 (5,1 %) больных. В контрольной группе в течение года фантомные боли сформировались у 3 (7,5 %) больных. Через два года после ампутации удалось проследить из 39 больных основной группы, 26 человек, фантомные боли сохранялись у 4 (10,2 %).

Меньшая частота развития постампутационного фантомного болевого синдрома у больных перенесших поясничную химическую симпатэктомию в предампутационный период, по сравнению с контрольной группой, литературными данными, диктует необходимость дальнейшего изучения влияния химической поясничной симпатэктомии в предампутационном периоде, на формирование фантомных болей.

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Семенова Е. Н., Багирь В. Н., Солдатова О. А.

Городская клиническая больница № 1,
городской центр дегенеративных и хронических
воспалительных заболеваний нервной системы, г. Омск, Россия

Большинство пациентов с рассеянным склерозом (РС) жалуется на боли той или иной локализации, хотя боль не является главным симптомом РС. Нередко дебют РС начинается с болевого синдрома. Этиология боли гетерогенна. Существуют периферические и центральные механизмы болевого синдрома. Частота острых и хронических болевых синдромов при РС по данным исследований составляет 29–86 %. Когнитивные нарушения, фон настроения также оказывают определенное влияние на формирование болевого синдрома. Пациенты на разных стадиях заболевания могут иметь боль различного генеза.

Целью исследования было изучение болевых синдромов среди пациентов с РС, наблюдающихся в городском центре дегенеративных и хронических воспалительных заболеваний нервной системы.

Материалы и методы. Пациентам с достоверным диагнозом рассеянного склероза предлагалось отметить наличие или отсутствие болевого синдрома; описать характер и локализацию боли; оценить ее интенсивность, используя трехмерную шкалу силы болевого синдрома.

Результаты. Проведено обследование 54 пациентов (35 женщин, 19 мужчин; средний возраст — 31,1 ± 8,3 лет). Средняя длительность заболевания составила 6,8 ± 5,6г.

Степень инвалидизации от минимальной до средней (до 3,5 баллов по шкале EDSS) имела место у 75,9 % пациентов (41 чел.); у 11,1 % больных (6 чел.) отмечена выраженная степень инвалидизации (4–5 балла по шкале EDSS), не мешающая способности ходить или вести нормальную активность; 13 % пациентов (7чел.) имели по шкале EDSS шесть и более баллов.

Пациенты с РС были разделены на две группы по наличию или отсутствию болевого синдрома. Группа больных с различными болевыми синдромами включила 24 пациента (46,2 %). По степени интенсивности боли частота пациентов составила: легкая степень — 14 чел. (58,3 %), средняя — 9 чел. (37,5 %), тяжелая — 1 чел. (4,2 %).

В группе пациентов с болевыми синдромами были выделены 2 подгруппы:

1-ю составили больные с пароксизмальными болевыми синдромами (8 чел. 33 %): тригеминальная невралгия — 2 чел., симптом Лермитта — 3 чел., мигренеподобные боли — 1 чел., боли при ретробульбарном неврите — 2 чел.; 2-ю подгруппу составили пациенты с подострыми и хроническими болевыми синдромами (16 чел. 67 %): болевые тонические спазмы — 4чел., болезненная дизестезия в конечностях — 5 чел.; боли в спине — 7 чел.

У пациентов с наличием болевого синдрома балл по шкале EDSS (3,5 балла) был достоверно выше ($p < 0,001$), чем у пациентов без болевого синдрома (2,5 балла по шкале EDSS). Длительность болезни также была достоверно выше у пациентов с болевым синдромом. У пациентов с болевым синдромом достоверно выше отмечался процент вторично-прогрессирующего и первично-прогрессирующего течения заболевания, чем у пациентов с отсутствием болей ($p < 0,001$).

Ежедневный прием анальгетиков имел место у 24,3 % пациентов (в группе контроля — у 9 %). По сравнению с группой контроля достоверно чаще боли отмечены у больных с РС в конечностях и в области глазных яблок ($p < 0,05$).

Заключение

Таким образом, проблема боли у пациентов с РС очень актуальна. Болевые синдромы при РС могут носить различный характер. Больные с РС могут иметь на разных стадиях заболевания как острые, так и хронические болевые синдромы. Частота пароксизмальных болей встречалась в два раза реже, чем хронических. Болевые синдромы чаще отмечались у пациентов с вторично- и первично-прогрессирующим течением процесса и с более длительным стажем заболевания.

ВОЗМОЖНОСТИ ГАБАПЕНТИНА (ТЕБАНТИНА) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Спасова А. П.

Петрозаводский Государственный Университет, медицинский факультет, г. Петрозаводск, Россия

Проблема хронических послеоперационных болевых синдромов (ХПБС) впервые привлекла к себе внимание в 90-е годы XX века. Оказалось, что обширное повреждение тканей при хирургических вмешательствах может индуцировать патофизиологические изменения периферического и центрального звена ЦНС, которые приводят к формированию хронического послеоперационного болевого синдрома (ХПБС). Подсчитано, что частота формирования фантомного болевого синдрома может достигать 80 % у пациентов, перенесших ампутацию, частота развития постторакотомического ХБС приближается к 45 %, постмастэктомического — к 35–38 %, а послеоперационный хронический болевой синдром возникает в 10–12 % случаев герниораффий. В достаточно большом проценте случаев боль у пациентов с ХПБС имеет нейропатический характер, а лечение любой нейропатической боли может представлять значительные трудности. С учетом частоты развития ХПБС и его нейропатического характера лечение данного страдания имеет не только большое медико-социальное, но и экономическое значение, поэтому разработка новых эффективных схем лечения этого вида боли представляется достаточно актуальной.

Цель исследования. Оценить возможности габапентина (тебантина) в оптимизации лечения пациентов с хроническими послеоперационными болевыми синдромами.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 43 пациента (возраст 49,5 ± 12,5 лет, 32 мужчин и 11 женщин). У 14 пациентов диагностирован фантомный болевой синдром, 21 — постмастэктомический, 5 — постторакотомический, 3 — постгерниораффический. Длительность болевого синдрома составила от 8,5 месяцев до 7 лет. Диагноз нейропатического болевого синдрома ставился на основании характерных признаков боли, часто имеющей жгучий, жалящий или стреляющий характер с сохранением или даже усилением болевых ощущений после полного заживления раны. Предшествующая фармакотерапия трициклическими антидепрессантами, антиконвульсантами, трамадолом была не эффективна, а регионарные блокады лишь на время облегчали боль. Тебантин назначали в три суточных при-

ема с титрацией стартовой дозы 900 мг/сут в течение первых трех дней, с последующим повышением дозы в среднем до 1500–1800 мг/сут. Конкретный срок лечения определялся на основании клинических критериев, исходя из желания, достичь максимального эффекта у каждого конкретного пациента. Интенсивность и качественные характеристики болевого синдрома оценивали до начала терапии и далее еженедельно с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), опроснику McGill, опроснику нейропатической боли Galer, уровень депрессии определяли по индексу Цунга (адаптация Т. И. Балашовой), уровень тревоги оценивали с помощью опросника Спилберга, эффективность терапии также оценивали по тесту Латтинена, качество жизни — по краткому опроснику боли.

Результаты. Средняя интенсивность боли по ВАШ в покое составила 7,8 ± 2,2 балла, суммарное число выбранных дескрипторов по опроснику McGill — 29,5 ± 9,9 баллов, физическая активность была ограничена у большинства больных, сон из-за боли нарушен. В течение 5–7 дней интенсивность боли снижалась и к концу курса составила 2,8 ± 1,1. В процессе лечения было отмечено снижение индекса Цунга с 61 баллов до 15, снизился уровень тревоги по опроснику Спилберга с 33 ± 5 до 10 ± 2 балла. Сумма баллов по тесту Латтинен уменьшилась с 16 ± 2,5 до 3 ± 1,2 балла. У пациентов с фантомным болевым синдромом отмечено уменьшение числа приступов в конце второй недели приема препарата. У всех больных исчезли ночные боли и нормализовался сон.

Как отличный эффект от лечения отметили 10 % больных у которых давность болевого синдрома не превышала 8 месяцев, хороший эффект от лечения отметили 68 % больных, удовлетворительный 22 %, неудовлетворительных оценок не было. И врачами, и пациентами была отмечена хорошая переносимость препарата. Наиболее типичными нежелательными явлениями были транзиторные головокружение и сонливость легкой степени, отмечавшиеся в фазе титрации дозы.

Таким образом, включение тебантина в схему фармакотерапии боли при хроническом послеоперационном болевом синдроме позволяет не только добиваться хорошего обезболивающего эффекта, но и значительно уменьшить уровень тревоги, вероятнее за счет самостоятельного анксиолитического действия препарата.

ЧРЕСКОЖНАЯ ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ СЕЛЕКТИВНАЯ РИЗОТОМИЯ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Тюрников В. М., Добжанский Н. В.

НИИ неврологии РАМН, г. Москва, Россия

Несмотря на существование разнообразных методов консервативного лечения невралгии тройничного нерва, значительная часть больных нуждается в хирургическом лечении этого тяжелого заболевания.

Хирургические методы разделяют на чрескожные деструктивные вмешательства и вмешательства посредством краниотомии (микроваскулярная декомпрессия). Выбор того или иного метода хирургического лечения зависит от этиологического фактора, а также от соматического статуса и возраста больного.

Целью исследования является оценка эффективности чрескожной высокочастотной ризотомии у больных с невралгией тройничного нерва.

Метод. Изучены результаты хирургического лечения 150 больных с тригеминальной невралгией. Возраст больных варьировал от 52 до 84 лет, из них — 86 женщин и 64 мужчины. Самым распространенным было сочетанное поражение 2-й и 3-й ветви (80 наблюдений). Для операций использовался генератор радиочастот REG-3B фирмы «Radionics». Подход к Гассерову узлу осуществлялся иглой-стилетом по общепринятой методике через овальное отверстие по Hartel. Для установки кончика электрода в нужное положение проводилась стимуляция током 75 имп/сек 0,5 В. При воспроизведении у больного парестезий в зоне соответствующей пораженной ветви тройничного нерва производилась термодеструкция (температура 60–70 градусов в течение 60 сек).

Результаты. Произведены 150 операций 150 больным. Проведенное вмешательство купировало болевой синдром у 147 больных (98 %).

Осложнения составили 10 %. У 1 больного развился кератит на стороне оперативного вмешательства, у 2-х больных парез жевательных мышц на стороне операции и у 12 больных имели место дизестезии на стороне операции.

Заключение. Чрескожная высокочастотная селективная тригеминальная ризотомия является безопасным, малотравматичным, высокоэффективным хирургическим методом лечения невралгии тройничного нерва.

ПРОБЛЕМА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ

Худяев А. Т., Мещерягина И. А.,
Прудникова О. Г., Россик О. С.

Федеральное государственное учреждение науки «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика. Г. А. Илизарова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Курган, Россия

Введение: одним из ведущих клинических признаков поражения периферической нервной системы считается боль (Вейн А. М., Авруцкий М. Я., 1997; Иванчев Г. А., 1997; Карлов В. А., 1996). Проблема купирования болевого синдрома при различных травмах периферической нервной системы имеет огромное значение и в то же время остается довольно сложной для решения (Иванчев Г. А., 1997; Карлов В. А., 1996; Новиков А. В., Солоха О. А., 2000).

Клинически нейропатическая боль может проявляться невралгией, дизестезией, гиперестезией, гипералгезией, каузалгией, возникающими в результате повреждения периферического нервного ствола.

В последние годы авторы указывают на уменьшение интенсивности болевого синдрома при использовании электрической стимуляции различных структур нервной системы (Казаров С. В., 2001).

Цель работы: показать тактику и эффективность лечения пациентов с болевым синдромом при повреждениях периферических нервов.

Материалы и методы. В ФГУН РНЦ «ВТО» им. академика Г. А. Илизарова наиболее широкое применение получил метод пункционного проведения эпиневральных электродов к поврежденным нервным стволам верхних и нижних конечностей.

На основании жалоб, анамнеза заболевания и клинического осмотра выполнено обследование, включающее электромиографию, эстезиометрию, видеосъёмку.

Нами выполнено 35 оперативных вмешательств под местной анестезией, с интраоперационным электромиогафическим (ЭМГ) контролем.

В послеоперационном периоде всем больным проведен курс электростимуляции низкоинтенсивным переменным током по установленным электродам ежедневно в течение 25–30 дней (прибором «Миоритм 021» с частотой 8/сек, амплитудой 20–40 мА), комплекс-

ного восстановительного лечения, включающего сосудистые препараты, нейропротекторы, ЛФК, массаж.

Результаты: при проведении анализа результатов лечения у всех пациентов отмечен регресс неврологической симптоматики. Явления нейропатической боли полностью купированы в 76 % случаев, увеличение объёма мышечной силы, объёма движений, в том числе опороспособности конечности получено у 67 % пациентов, уменьшение чувствительных расстройств в 98 % случаев. Результаты лечения подтверждены результатами ЭМГ, эстезиометрии, видеосъёмки изучены в контрольные сроки 6 месяцев, 1 год после лечения.

Осложнений, связанных с проводимым лечением выявлено не было. Противопоказанием данного метода лечения является наличие кардиостимулятора, онкологических заболеваний, не корригируемая гипертензия у пациентов.

Заключение: таким образом, предложенный метод лечения малотравматичен, малоинвазивен, имеет стойкий пролонгированный эффект. Может быть рекомендован в специализированных стационарах и использован в поликлинических условиях.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ТРАКЦИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЛЕЧЕВЫХ СПЛЕТЕНИЙ

Худяев А. Т., Мещерягина И. А.,
Прудникова О. Г., Машуков Ю. С.

Федеральное государственное учреждение науки «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика. Г. А. Илизарова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Курган, Россия

Введение: тракционные повреждения плечевых сплетений, встречающиеся при дорожно-транспортных происшествиях, военных травмах, бытовом и спортивном травматизме, отличаются высокой степенью тяжести и сложностью лечения (Попович М. И., 2001).

После анализа результатов оперативного лечения (невролиз, шов, аутопластика) повреждений плечевого сплетения в последующие годы были получены мало утешительные или даже плохие показатели

(Лобаев И. А., 1966; Берснев В. П., Давыдов Е. А., Кондаков Е. Н., 1998). Это связано с длительностью лечения, поздним обращением пациентов за специализированной помощью, приводящим к атрофии мышц плечевого пояса, контрактурам суставов, и снижает социальную адаптацию больных с данной патологией. Хирургическую анатомию расположения корешков и начальных отделов спинномозговых нервов необходимо учитывать при оперативном лечении тяжелых хронических болевых синдромов, вызванных серьёзным поражением плечевого сплетения.

Цель работы: показать тактику и эффективность лечения пациентов с болевым синдромом при тракционных повреждениях плечевых сплетений.

Материалы и методы. В ФГУН РНЦ «ВТО» им. академика Г. А. Илизарова применяется метод пункционного проведения эпиневральных электродов к первичным стволам плечевого сплетения для проведения прямой электростимуляции при повреждениях плечевого сплетения.

На основании жалоб, анамнеза заболевания и клинического осмотра выполнено обследование, включающее электромиографию, эстезиометрию, видеосъёмку.

Нами выполнено 40 оперативных вмешательств под местной анестезией, с интраоперационным электромиографическим (ЭМГ) контролем с давностью травмы от 3 месяцев до 2 лет.

В послеоперационном периоде всем больным проведен курс электростимуляции низкоинтенсивным переменным током по установленным электродам ежедневно в течение 25–30 дней (прибором «Миоритм 021» с частотой 8/сек, амплитудой 20–40 мА). Параллельно проводилось комплексное восстановительное лечение, включающее сосудистые препараты, нейропротекторы, витаминотерапию, ЛФК, массаж мышц верхних конечностей.

Результаты: при проведении анализа результатов лечения у всех пациентов отмечен регресс неврологической симптоматики. В 16 % случаев моноплегия сменилась грубым монопарезом, у 32 % пациентов грубый монопарез перешел в умеренный, у 40 % пациентов монопарез регрессировал до легкого, в 12 % случаев отмечено полное восстановление двигательной функции и чувствительных расстройств. Имевший место до лечения болевой синдром был полностью купирован в 96 % случаев. Результаты лечения подтверждены результатами ЭМГ, эстезиометрии, видеосъёмки изучены в контрольные сроки 6 месяцев, 1 год после лечения.

Осложнений связанных с проводимым лечением выявлено не было. Противопоказанием данного метода лечения является наличие кардиостимулятора, онкологических заболеваний, не корригируемой гипертензией у пациентов.

Заключение: таким образом, предложенный метод лечения малотравматичен, малоинвазивен, имеет стойкий пролонгированный эффект. Может быть рекомендован в специализированных стационарах и использован в поликлинических условиях.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ МОТОРНОЙ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕЙРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Шабалов В. А., Исагулян Э. Д.,
Буклина С. Б., Гаврилов В. М.
НИИ нейрохирургии им. академика Н. Н. Бурденко РАМН,
г. Москва, Россия

Введение. Лечение деафферентационных нейрогенных болевых синдромов является одной из самых сложных, если не самой сложной задачей в неврологии и нейрохирургии. В решении этой задачи часто применяются различные виды хирургических вмешательств, поскольку чаще всего деафферентационные боли являются медикаментозно-резистентными. В течение последних нескольких десятилетий в лечении нейрогенных болей успешно применяется хроническая электростимуляция (ЭС) периферических нервов (PNS) и спинного мозга (SCS). Однако было установлено, что при центральных болевых синдромах деафферентационного характера эти вмешательства недостаточно эффективны. С определенным успехом в лечении такой боли применялась ЭС глубинных структур головного мозга (DBS). При тяжелых формах деафферентационных болевых синдромов (прегангли-онарный отрыв стволов плечевого сплетения, повреждения спинного мозга, болевая анестезия лица и др.) результаты DBS нередко оказывались неудовлетворительными. С появлением метода хронической ЭС моторной коры головного мозга, у таких пациентов открылись новые перспективы улучшения качества жизни.

Материал и методы. С 2005 по 2007 гг. в НИИ нейрохирурги им. академика Н. Н. Бурденко произведена имплантация систем для

хронической ЭС моторной коры головного мозга 4 пациенткам в возрасте от 45 до 64 лет. Средняя длительность существования болевого синдрома до операции составила 3 года. У одной пациентки отмечалась болевая анестезия лица после алкоголизации ветвей тройничного нерва по поводу атипичной формы тригеминальной невралгии на фоне рассеянного склероза (РС). У двух больных поводом к обращению явились тяжелые деафферентационные боли в руке после травматического повреждения плечевого сплетения, с развитием тотального паралича в одном случае правой, в другом — левой руки. Первой из них сразу после травмы была произведен наружный невролиз первичных и вторичных стволов плечевого сплетения, а также селективная невротизация мышечно-кожного нерва II, III межреберными. У второй из них были произведены: 1) первичная хирургическая обработка раны, 2) через год в качестве противоболевой операции была произведена — DREZ на уровне C5-6. Болевой синдром регрессировал на 3–4 месяца, затем постепенно достиг дооперационного уровня и прогрессировал дальше. У четвертой пациентки боль возникла после удаления невриномы на уровне C5-Th1 позвонков и усилилась через 1 месяц после DREZ — операции, выполненной по поводу болевого синдрома.

Показаниями к операции были стойкие мучительные деафферентационные боли, не купирующиеся анальгетиками, специфической противоболевой психотропной фармакотерапией, а также физиотерапевтическими методами лечения.

Оценка выраженности болевого синдрома производилась по комплексному опроснику боли и качества жизни с использованием визуально-аналоговых 10 бальных шкал (ВАШ). Для отбора больных, а также для оценки тяжести болевого синдрома в динамике нами использовался многомерный вербально-цветовой болевой тест (МВЦБТ), разработанный Г. А. Адашинской и Е. Е. Мейзеровым [2004] в Институте рефлексотерапии Федерального научного клинико-экспериментального центра традиционных методов диагностики и лечения МЗ РФ. Данный тест позволил определить выраженность компонентов болевого синдрома по семи факторам-шкалам, а также получить интегральную количественную (в баллах и процентах) и качественную оценку, отражающие сознательное и бессознательное переживание боли человеком. Шкала лжи позволяла определить степень аггравации у пациента. Считалось, что если показатель по шкале лжи равен 5–6 баллам, то результаты тестирования недостоверны. У наших больных до операции показатель по этой шкале не превышал 4-х баллов.

Для определения прогноза планируемого вмешательства перед операцией в течение нескольких дней нами проводилась транскраниальная магнитостимуляция над проекцией центральной коры полушария головного мозга, со стороны планируемого вмешательства. У всех четырех пациенток было отмечено уменьшение боли не менее чем на 50 % от исходного ровня в результате воздействия двух пачек магнитных стимулов (в каждой пачке по 10 стимулов с низкой частотой — 10 Гц, длительностью до 5 сек.).

Область руки или лица определялась до операции с помощью функциональной МРТ (ФМРТ). При отсутствии движений в руке во время проведения ФМРТ осуществлялись виртуальные движения. Локализация этой области заносилась в навигационную станцию.

Операция производилась с помощью безрамной нейронавигации с интраоперационным электрофизиологическим контролем (ССВП — картирование, интраоперационная ЭС). Имплантировались два четырехконтактных электрода («RESUME») на проекцию моторной коры, с учетом представительства «зоны» боли (представительство руки, лица).

Результаты. Как в раннем послеоперационном периоде, так и в катамнезе до 17 месяцев у всех пациентов были получены хорошие результаты. Интенсивность боли по сравнению с исходным уровнем снизилась у всех более чем на 50 %. При этом, отмечалось не только уменьшение максимальной, минимальной и средней фоновой боли, но и значительно уменьшилась выраженность пароксизмов ее усиления. После операции такие приступы обычно не превышали 5–6 баллов по ВАШ (вместо 9–10 баллов до операции) и быстро (в течение 10–30 минут) купировались с помощью ЭС (параметры стимуляции: амплитуда — 1,0–5,5 V, частота — 20–50 Гц, длительность импульса — 60–210 микросекунд). Одна пациентка (с травматическим повреждением стволов плечевого сплетения) полностью отказалась от медикаментов, трое других — уменьшили потребление антиконвульсантов в 3 раза и полностью отказались от анальгетиков.

По результатам тестирования с использованием МВЦБТ была получена следующая динамика — На фоне хронической ЭС моторной коры головного мозга у всех больных отмечался регресс болевого синдрома по шкалам частоты и интенсивности болевого синдрома — более чем в 3 раза, по шкале сенсорного восприятия и эмоционального отношения к боли — в 2 раза, по шкале адаптивности — в 1,5–2 раза. В то же время по шкале невротизации существенных изменений не

наблюдалось. Вероятно, это может быть связано с длительным анамнезом заболевания и относительно непродолжительным периодом катамнестического наблюдения.

Необходимо отметить, что по сравнению с ранним послеоперационным периодом у двух пациенток (с болевой анестезией лица и авульсией ветвей плечевого сплетения слева) наблюдался стабильный противоболевой эффект. У одной пациентки (после удаления невриномы C6 и последующей DREZ) спустя месяц после выписки эффективность нейростимуляции уменьшилась на 10 % по сравнению с исходным уровнем и в дальнейшем оставалась стабильной. В то же время у пациентки с преганглионарным отрывом правого плечевого сплетения в результате самостоятельного поиска оптимальной программы стимуляции и периодической смены частоты ЭС, эффективность последней повысилась на 10 % по сравнению с исходным уровнем. В целом наши данные совпадают с результатами ведущих клиник, использующих данную методику. Согласно этим данным эффективность ЭС варьирует в течение первых 2–3 месяцев, в дальнейшем результаты обычно остаются стабильными.

Заключение. Хроническая эпидуральная электростимуляция моторной коры головного мозга является эффективным методом лечения тяжелых нейрогенных медикаментозно-резистентных болевых синдромов. Повышение эффективности данного метода может быть основано на тщательном отборе пациентов, усовершенствовании методов нейронавигации и электрофизиологического контроля, а также усовершенствовании систем для нейростимуляции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕБАНТИНА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ

Шетекаури С. А., Каверина В. М., Масленникова Л. М.

Красноярская Государственная Медицинская Академия, Городская клиническая больница № 1, ООО МСЧ-9 АО КрАМЗ, г. Красноярск, Россия

Хронические болевые синдромы занимают ведущее место среди проявлений неврологических поражений черепных и других периферических нервов. Однако во многом эти проблемы до сих пор остаются нерешёнными. В первую очередь это касается их лечения. В связи

с этим поиск новых оптимальных методов терапии является актуальной задачей для практического здравоохранения.

Цель работы: изучить эффективность и переносимость тебантина при различных невропатических синдромах в условиях длительного применения.

Материалы и методы: проанализирована терапия 18 больных с выраженным стойким болевым синдромом. Все больные пролечены в неврологических отделениях Красноярска (краевая и городская больницы, МСЧ-9). Пациенты распределились следующим образом: 6 человек с невралгией тройничного нерва (НТР) II и III ветвей. Лишь один больной (33-х лет) имел поражение I ветви. 5 больных — с постгерпетической невралгией грудных сегментов. Средний возраст пациентов — 52 года, средняя длительность болезни — от 3 до 6 мес. 6 пациентов — с резко выраженным и стойким болевым синдромом, обусловленным вертеброгенным корешковым синдромом. Средний возраст пациентов — 46 лет, средняя длительность заболевания 11,5 лет. 1 больная (67 лет) с диабетической полинейропатией. Для подтверждения диагноза больным по показаниям проведены дополнительные методы исследований (клин анализы, ЭКГ, ЭХО-ЭГ, УЗИ сосудов головы и шеи, снимки черепа и шейного отдела позвоночника, КТГ, МРТ). Оценка степени тяжести болевого синдрома по ВАШ составила 6–7 баллов. Всем больным был назначен тебантин по схеме дозирования методом титрования от 300 до 1200–1800 мг в сутки. Лишь один пациент с постгерпетической невралгией получал по 3 капс. в день, которые полностью снимали боли. Ранее все больные неоднократно получали различные курсы медикаментозной терапии (в том числе НПВС, аналгетики, миорелаксанты, антидепрессанты), физиотерапию, традиционные методы лечения и т. д. с кратковременным или без значительного эффекта. До поступления в стационар пациенты ежедневно принимали антиконвульсанты — 3 больных (финлепсин, топамакс); НПВП — 4 человека; аналгетики — 3 больных.

Результаты. После поступления в стационар привычная терапия постепенно заменялась на тебантин. Через несколько дней у всех пациентов появилась положительная динамика — уменьшилась интенсивность болей (на 3–4 балла). Отмечено значительное сокращение частоты и интенсивности приступов. При выписке пациентам была назначена поддерживающая доза тебантина по 1 капсуле 2 раза в день (при отмене топамакса, финлепсина, аналгетиков и др.) в течение 2–3 мес. Через 3 мес. после выписки контрольный осмотр показал, что

развёрнутых алгических приступов у пациентов не было. Больные попрежнему получали тебантин по предложенной схеме. Два пациента при появлении болей самостоятельно увеличили приём тебантина до 3–4 капсул в день. Препарат хорошо переносится. Побочных эффектов и случаев отмены лечения не отмечено.

Заключение: предварительный анализ небольшого числа наблюдений показал, что среди антиконвульсантов появился новый класс препаратов — габапентины, один из которых (тебантин) можно эффективно использовать при различных болевых синдромах в качестве альтернативы хорошо известным и широко используемым в неврологии средствам.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОПИОИДНОГО АНАЛЬГЕТИКА КАТАДОЛОНА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Абузарова Г. Р., Фетисова Е. В.
МНИОИ им. П. А. Герцена,
Центр Паллиативной Помощи онкологическим больным,
г. Москва, Россия

Последнее время в клинической практике специалистов по терапии болевых синдромов появился новый для России препарат — флупиртин (Катадолон). Это неопиоидный анальгетик центрального действия, селективный активатор нейрональных K+-каналов, непрямой антагонист NMDA-рецепторов и одновременно агонист тормозных ГАМК-рецепторов. Катадолон оказывает анальгезирующее, миорелаксирующее и нейропротекторное действие.

Нами проводится открытое исследование с целью оценки анальгетической эффективности и переносимости препарата Катадолон у онкологических пациентов с хроническим болевым синдромом, не купируемым традиционными неопиоидными анальгетиками (НПВП, парацетамол) и трамадолом, а также при умеренной боли в качестве основного анальгетика (вместо трамадола).

Материалы и методы

В исследование включены 24 онкологических пациента в возрасте от 26 до 68 лет с умеренно выраженным болевым синдромом длительностью более 7 дней и интенсивностью 1–3 балла по ШВО. Из них 25 % больных имели злокачественные новообразования в области головы и шеи, рак предстательной железы выявлен у 17 %, опухоли ЖКТ — 17 %, рак молочной железы — 12,5 %, другие локализации — 28,5 %. Препарат назначали по следующей схеме: 200 мг на ночь в 1-е сутки, далее по 100 мг — 3 раза в сутки, с постепенным повышением (при необходимости) до 600 мг в сутки. Препарат на-

значали в дополнение к проводимой терапии при ее недостаточной эффективности. Основные параметры регистрировались на следующих этапах: до начала терапии Катадолоном; на 3–4 сутки приема препарата; на 7–8 сутки приема препарата и на 14-сутки курса лечения Катадолоном. Использованы следующие неинвазивные критерии объективизации: регистрация интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) в % и по 4-х балльной шкале вербальных оценок (0 — боли нет; 1 — слабая боль; 2 — умеренная боль; 3 — сильная боль; 4 нестерпимая боль); оценка физического состояния больного по шкале Карнофски в %; оценка времени наступления и продолжительности анальгетического эффекта (ч); оценка побочных эффектов (ПЭ) терапии их частоты (%) и степени выраженности по 3-х бальной шкале (слабый, умеренный, сильно выраженный ПЭ).

Результаты. До начала приема Катадолона 14 из 24 исследуемых пациентов принимали различные НПВП (диклофенапк, кетонал), что не давало полного купирования боли, хотя и уменьшало ее проявления. Остальные больные принимали трамадол (100–300 мг/сут) в сочетании с комплексными препаратами на основе метамизола (7 пациентов) и трамадол (200–400 мг/сут) в сочетании с НПВП (3 больных). Средний балл обезболивания по ШВО до начала терапии составил 1,58 ± 0,44, а средние показатели ВАШ — 67,6 %. Физическая активность по шкале Карнофски составила 47 %, а длительность ночного сна — 5,2 ± 1,8 час. Побочные эффекты предшествующего лечения боли были зарегистрированы у 20,5 % (сонливость, сухость во рту после приема трамадола), проявлялись в слабой степени и не требовали корректирующей терапии. На третьи сутки после начала приема препарата зарегистрировано умеренное снижение уровня боли у 41,6 % больных до 1,08 ± 0,63. Подавляющее большинство пациентов (16) не могли четко выделить временные характеристики начала и длительности эффекта Катадолона, но отмечали в той или иной степени уменьшение болевого синдрома в целом. С 4 суток часть пациентов — 25 % (6 больных), прекратила прием Катадолона из-за его неэффективности. Через 7 дней после начала терапии у 18 пациентов, продолживших прием Катадолона отмечена стабилизация критериев оценки боли: снижение параметров интенсивности боли по ШВО (0,98 ± 0,53) и ВАШ (34,8 %). Активность по Карнофскии в среднем повысилась на 14 %. Длительность ночного сна увеличилась до 7,3 ± 1,5. В дальнейшем эти показатели не имели достоверных изменений к моменту окончания наблюдения на 14 сутки. У 4-х пациентов при резком усилении боли вследствие прогрессирования

опухолевого процесса эффект Катадолона в дозе 400–600 мг/сут был недостаточен. Наилучшие результаты достигнуты у 12 пациентов с болевыми синдромами, не имеющими длительного болевого анамнеза. У них эффективность препарата была высокой, что позволило почти в 2 раза уменьшить дозы трамадола и НПВП.

Побочные эффекты Катадолона в средней суточной дозе 360,5 мг выявлены у 83,3 %, имели дозозависимый характер, выражены умеренно (37,5 %) и слабо (41,6 %), проявлялись со вторых суток в виде головокружения, сонливости, слабости, что несколько ограничивало дальнейшее увеличение дозы препарата.

Заключение

Катадолон у онкологических больных наиболее эффективен при неосложненной соматической и висцеральной боли на начальном этапе формирования хронического синдрома как болезни.

Побочные эффекты Катадолона носят дозозависимый характер, у большинства больных выражены слабо или умеренно, что не ограничивает физическую активность пациентов.

Сочетанное назначение этого препарата способствует уменьшению дозы применяемых анальгетиков (трамадола и НПВП) вдвое, что позволяет избежать или уменьшить их неблагоприятные побочные эффекты.

Применение Катадолона способствует предотвращению кумуляции боли, перехода ее в хроническую форму, а при уже имеющемся хроническом болевом синдроме ведет к снижению ее интенсивности.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОАНЕЛЬГЕЗИИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУИРУЮЩИХ ЛОСКУТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Березуцкий С. Н., Кокорина В. Э.

Дальневосточный Государственный Медицинский Университет, г. Хабаровск, Россия

Цель работы. Изучить возможность применения транскраниальной электростимуляции для купирования болей, возникающих после реконструирующих лоскутных операций при сочетанных повреждениях пальцев. Действие ТЭА, по данным литературы, обусловлено тем, что нисходящие влияния ФНЦС меняют функциональное состояния сегментарных структур. Это ограничивает приток болевой им-

пульсации от нейронов задних рогов спинного мозга к центральным ноциептивным структурам и уменьшает активацию сегментарных мотонейронов (Вейн А. М., Авруцкий М. Я., 1997).

Материалы и методы. Изучению были подвергнуты 14 больных в возрасте от 19 до 62 лет. Все они подверглись реконструирующим лоскутным операциям при сочетанных повреждениях пальцев кисти. В контрольной группе больные (7 человек) ьыли пролечены общепринятыми методами. Они включали в себя: холод, нестероидные противовоспалительные препараты, микроциркулянты, аналгетики, физиолечение. В опытной группе (7 человек) дополнительно проводили транскраниальную электроанальгезию аппаратом «ТРАНСАИР-03» по стандартной методике. ТЭА у больных осуществлялась прямоугольными биполярными импульсами с частотой 77 Гц, длительностью 3,75 мс в сочетании с гальванической составляющей, в 2–5 раз превосходящей по своей величине средний импульс при значениях среднего тока 4,0–7,0 мА, продолжительность сеанса — 30–40 мин, 8–10 ежедневных сеансов.

Оценку выраженности болевого синдрома проводили комплексно с использованием карт боли, визуальной аналоговой шкалы, вербальной рейтинговой шкалы (Жаде С. А., Каде А. Х. с соавт.). Субъективная оценка боли осуществлялась по 5-ти бальной шкале. У всех больных уточнялась степень и длительность обезболивающего действия различных анальгетиков и применяемых ранее процедур.

Результаты. В опытной группе обезболивающий эффект достигнут у всех больных. Он, как правило, проявлялся на 22 минуте сеанса и к его концу становился более выраженным. Кроме этого у пациентов отмечались седативный эффект и нормализация сна. На 5–7 день проведения процедур увеличивался объем пассивных и активных движений. В контрольной группе стойкий обезболивающий эффект возникал на 9–10 день, сопровождался рецидивами и длительным ограничением активных движений.

Заключение. Таким образом, использование ТЭА для лечения болей, возникающих после реконструирующих лоскутных операций при сочетанных повреждениях пальцев дал положительный эффект у всех пролеченных больных, особенно в сочетании с традиционными методами лечения. Кроме обезболивающего эффекта ТЭА позволяет нормализовать сон и восстановить как пассивные, так и активные движения поврежденных пальцев. Полученные результаты позволяют считать ТЭА эффективным и перспективным методом лечения послеоперационных болевых синдромов.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НЕВРИТАХ ПОСЛЕ ОСТРОГО РАСШИРЕНИЯ НЕРВНОГО ПУЧКА

Березуцкий С. Н., Кокорина В. Э.

Дальневосточный Государственный Медицинский Университет, г. Хабаровск, Россия

Цель работы. Изучить возможность применения транскраниальной электростимуляции для купирования невритов, возникающих после острого расширения нервного пучка при кожной пластике дефектов пальцев кисти островковым перемещенным лоскутом на сосудисто-нервной ножке. С целью удлинения сосудисто-нервной ножки при лоскутной пластике в хирургии кисти применяют острое расширение его по нашей методике. После этого, в среднем, у 82 % прооперированных возникают явления неврита пальцевых нервов, заключающиеся в развитии выраженного болевого синдрома, появление парестезии, снижение чувствительности лоскута, повышенной чувствительностью к температурным воздействиям. Действие ТЭС, по данным литературы, обусловлено активацией нейронов антиноцицептивных структур головного мозга и связано с увеличением продукции опиоидных пептидов.

Материалы и методы. Изучению были подвергнуты две группы больных в возрасте от 21 до 65 лет. В первой группе больные (6 человек) с невритом пальцевых нервов после острого интраоперационного удлинения сосудисто-нервного пучка были пролечены общепринятыми методами. Они включали в себя: микроциркулянты, аналгетики, физиолечение, витамины группы «В». В опытной группе (7 человек) к вышеперечисленному добавили транскраниальную электроанальгезию аппаратом «ТРАНСАИР-03» через лобные и парные ретромастоидальные титановые электроды с толстыми фланелевыми прокладками, смоченными водопроводной водой. ТЭС у больных осуществлялась прямоугольными импульсами (частота 77 Гц, оптимальная для человека, длительность импульса — 3,5 мс, средний ток 4,0–7,0 мА, продолжительность сеанса — 30–40 мин, 8–10 ежедневных сеансов).

Оценку выраженности признаков неврита проводили комплексно с использованием карт боли с визуальной аналоговой шкалой (Жаде С. А., Каде А. Х. с соавт.), определением дискриминационной чувствительности. Чувствительность определялась двуточковой пробой набором стандартных пробников. Учитывалась динамика регресса парестезии

и повышенной чувствительности к холодовому воздействию. Также измерялась локальная температура пальцев и лоскутов.

Результаты. В опытной группе обезболивающий эффект, исчезновение парестезии был достигнут у всех больных на 4–6 день проведения процедур. На 5–7 день проведения процедур резко увеличивался объем пассивных и активных движений. Температура пальцев и лоскутов нормализовалась к 8–9 дням после начала процедур. В контрольной группе стойкий обезболивающий эффект и регресс симптомов неврита наступал на 9–10 день и сопровождался рецидивами и длительным ограничением активных движений, объем движений восстанавливался на 11–13 дни, температура выравнивалась в среднем к 12 дню.

Заключение. Таким образом, использование ТЭС для лечения невритов с выраженным болевым синдромом после операции лоскутной пластики с острым операционным расширением сосудисто-нервного пучка дал положительный эффект у всех пролеченных больных, особенно в сочетании с традиционными методами лечения. Кроме обезболивающего эффекта ТЭС позволяет нормализовать сон и восстановить как пассивные, так и активные движения поврежденных пальцев. Полученные результаты позволяют считать ТЭА эффективным и перспективным методом лечения послеоперационных невритов, сопровождающихся выраженным болевым синдромом.

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ПОЗВОНОЧНИК И СПИННОЙ МОЗГ

Коваленко П. А.

Главный военный клинический госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко, г. Москва, Россия

Несмотря на наличие высокоинформативных методов исследований в онкологической практике, злокачественные образования определяются до 60 % на поздних стадиях (И. В. Селюжицкий,1995г.). Диагностика и лечение метастазирования злокачественных опухолей в кости скелета и спинной мозг до настоящего времени являются актуальной проблемой нейроонкологии.

Под наблюдением в Главном госпитале находилось 280 больных с метастатическими опухолями в позвоночник и спинной мозг в возрасте от 23 до 79 лет. Из них 88 пациентов поступило в неврологические

отделения с клиническими синдромами: корешковый, симпаталгический, миелопатический, синдром поперечного поражения спинного мозга, миелополирадикулопатии, сочетанные синдромы. С целью установления диагноза проводились следующие исследования: клинико-лабораторное, гистологическое, ультразвуковое, рентгенологическое, компьютерно- или магнитно-резонансное исследование, радиоизотопная сцинтиграфия костей скелета. Важным показателем опухолевого процесса являлись изменения соматического состояния, крови. Отмечено, что боль может возникать раньше рентгенологических изменений. В то же время поражение костей может быть обнаружено на ранних стадиях заболевания при сцинтиграфии костей скелета. Лечение проводилось по общим принципам: лучевая, химио и симптоматическая терапия. При одиночных метастазах в спинной мозг в 12-ти случаях проводилось оперативное лечение с уменьшением неврологического дефицита, в 4-х наблюдениях — без эффекта. В комплексном лечении больных с метастазами в позвоночник и спинной мозг лучевая и лазеротерапия сочеталась с ненаркотическими анальгетиками (залдиар), нестероидными препаратами (мовалис, диклофенак), нейронтином, а также методами психологического воздействия.

Выводы:

1. Начальными симптомами у больных метастазами опухолей спинного мозга и позвоночника являются сильные корешковые или симпаталгические боли.

2. Давность заболевания у большинства больных этой группы была в пределах 2-9 лет.

3. Спондилография выявила деструкцию позвоночника лишь у трети больных; в то же время при сцинтиграфии костей скелета с технецием 99-М изменения в костях были обнаружены в 78 % наблюдениях.

4. По гистологической структуре на первом месте были метастазы рака предстательной железы, молочной железы, почек, мочевого пузыря.

5. Трудности метастатического поражения спинного мозга и позвоночника у людей старше среднего возраста и пожилых заключается в наличии у них сопутствующих дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника, возрастных заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

6. При солитарных метастазах в спинной мозг наиболее эффективным показало себя оперативное вмешательство. Эффективность проводимой комплексной симптоматической терапии достигала 60 %.

МЕТОДИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ГОРТАНИ

Кокорина В. Э.

Дальневосточный государственный медицинский университет, кафедра оториноларингологии, г. Хабаровск, Россия

Большинство больных раком гортани попадают в стационар в запущенной стадии болезни (70–75 %), в связи с чем, главным радикальным методом лечения является полное удаление гортани — ларингэктомия. На сегодняшний день основным методом лечения больных местно-распространенным раком гортани остается комбинированный, который включает в разной последовательности хирургический, лучевой и лекарственный этапы.

Нематериальные затраты представляют собой такие человеческие факторы, которые нельзя количественно измерить: боль, страдания, испытываемые пациентом вследствие проходимого им курса лечения. Факторы такого рода измерять и оценивать особенно трудно, поэтому они зачастую остаются за рамками выполняемого анализа.

Актуальными в хирургии рака гортани остаются вопросы послеоперационной анальгезии. После резекции гортани, типичных комбинированных и расширенных ларингэктомий, выраженный болевая реакция в послеоперационный период обусловлена некрозом кожных лоскутов, расхождением швов, нагноением раны с образованием свищей, эзофаго- и фарингостом. Сложность и стойкость нарушенных функций, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему послеоперационной анальгезии и реабилитации больных, перенесших ларингэктомию в ряд важнейших медико-социальных задач.

Методика транскраниальной электростимуляции основана на неинвазивном электрическом воздействии, избирательно активирующим антиноциоцептивную систему мозга (АНЦС) в подкорковых структурах, а именно нейронов гипоталямуса, и связана с увеличением продукции опиоидных пептидов. Использование транскраниальной электростимуляции эндорфинергических структур головного мозга для купирования послеоперационных болевых синдромов при расширенных операциях на гортани обосновано тем, что влияние АНЦС тормозит дугу болевого рефлекса, влияя на центры блуждающего нерва.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности анальгетического эффекта транскраниальной электростимуляции в послеоперационном периоде расширенных операций на гортани.

Материалы и методы исследования

В ЛОР-отделении МУЗ ГБ№ 2 г. Хабаровска в 2005–2006 гг. под наблюдением находилось 34 пациента, перенесшие расширенные операции на гортани (экстирпации, резекции) по поводу первичного рака гортани.

У 24 человек в послеоперационном периоде проводилось по 9–10 сеансов ТЭС длительностью 30–40 мин. с использованием аппарата «Трансаир-03». 3 пациента основной группы и 1 контрольной поступили в стационар на первой стадии процесса; 4 пациента и 2 соответственно на второй. Третья стадия была диагностирована у 17 человек основной группы и 7-контрольной. В контрольной группе — 10 человек послеоперационная анальгезия достигалась введением внутримышечно препарата кетонал и наркотические анальгетики.

На первые сутки после операции 46 % пациентов отмечалась очень сильная боль, у 32 % — сильная, 22 % умеренная. Оценка выраженности болевого синдрома проводилась на основании визуальной аналоговой шкалы и субъективной оценке по 5-бальной шкале. Клиническая эффективность ТЭС-терапии оценивалась по снижению уровня боли, длительности анальгетического последействия, снижению потребности в анальгетиках.

В основной группе у 21 пациентов (87,5 %) применение анальгетиков в послеоперационный период не потребовалось. У 3 пациентов (12,5 %) на фоне резко выраженного болевого синдрома потребовались инъекции анальгетиков в течение первых двух суток. Анальгетический эффект проявлялся к 20 минуте процедуры и сопровождался седативным действием и нормализацией сна и положительным влиянием на психоэмоциональный статус. Выраженность анальгетического последействия достигала 9 часов при суммарном электрическом токе 5 мА. В связи с тем, что в послеоперационный период наркотические анальгетики не применялись, больные были более активны и нежелательные побочные явления после анестезии, практически отсутствовали. Обезболивающий эффект ТЭС- терапии дополнялся ускорением процессов репарации с заживлением послеоперационной раневой поверхности у 23 пациентов (95,8 %) первичным натяжением без воспалительных послеоперационных осложнений. Во время сеанса ТЭС жалоб на неприятные ощущения пациенты

не предъявляли. Отмечались ощущения «мурашек» или легкого покалывания, более заметные в области лобного электрода. Неприятные ощущения прекращались после адаптации кожных рецепторов.

В группе сравнения послеоперационная анальгезия достигалась у 6 человек (60 %) двукратным введением анестетиков, а у 4 (40 %) — трехкратным. Заживление послеоперационной раневой поверхности у 3 пациентов (30 %) шло вторичным натяжением с формированием гнойных послеоперационных осложнений.

Выводы: таким образом, применение в послеоперационном периоде при расширенных операциях на гортани методики транскраниальной электростимуляции позволяет значительно сократить количество используемых медикаментозных препаратов для послеоперационной анальгезии, а в некоторых случаях, полностью отказаться от медикаментозной терапии. ТЭС, являясь эффективным методом лечения болевого синдрома, позволяет значительно облегчить послеоперационный период у прооперированных онкологических больных, ускорить заживление послеоперационных раневых поверхностей и корригировать сопутствующие нарушения психоэмоционального статуса.

ПРОДЛЕННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА ОПИОИДАМИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Смирнов М. В., Панкратов А. В.

Свердловский Областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург, Россия

Современный этап развития онкологии диктует необходимость пересмотра роли и места анестезиолога-реаниматолога в системе лечения онкологических больных. В прошлом веке участие анестезиолога, как правило, ограничивалось этапом хирургического лечения и только обеспечением анестезиологического пособия. На сегодняшний день хирургическое вмешательство стало значительно агрессивней, обширней, выполняются органоуносящие операции с широким удалением бассейнов лимфооттока; появилась техническая возможность удаления нескольких смежных органов, пораженных опухолевым процессом. Это требует продленного пребывания больного в отделении интенсивной терапии, протезирования витальных функции,

что стало возможно с внедрением в практику новых технологии и современной аппаратуры. Помимо хирургического этапа лечения выросла доля агрессивных технологии в химиотерапии и радиологии. Эти методики имеют более высокие показатели выживаемости онкобольных при условии своевременной и адекватной коррекции вызываемых ими нарушений гомеостаза. Все это делает необходимым участие анестезиолога-реаниматолога на многих этапах лечения онкологического пациента.

Не остается без внимания анестезиологов и такой раздел работы, как паллиативное ведение больных с инкурабельным опухолевым процессом и развитием тяжелого хронического болевого синдрома. Болевой синдром у онкологических больных имеет целый ряд особенностей: тяжелое прогрессирующее течение с присоединением элементов нейропатической боли; достаточно быстрое развитие толерантности к применяемым препаратам; формирование устойчивого депрессивного состояния; необходимость частой коррекции дозировок. Эти пациенты, как правило, находятся дома, что обуславливает участие в их лечении участковой терапевтической службы, специалисты которой часто не имеют достаточной подготовки в вопросах терапии хронического болевого синдрома.

Наиболее тяжелой проблемой лечения хронической боли у генерализованного больного является болевой синдром, связанный с множественным метастатическим поражением позвонков. Это чрезвычайно полиморфный болевой синдром и его клинические проявления не всегда можно четко связать с морфологическим субстратом. В клинике поражения позвонков помимо боли присутствуют множественные проявления: нейропатическая боль, нарушения чувствительности, аллодиния, трофические нарушения в зоне иннервации определенных дерматомов. Сложность формирования болевого синдрома на данном уровне обуславливает его толерантность к монотерапии каким-либо видом анальгетиков, необходимость сочетанного применения 2-х и более препаратов, а так же использование методик регионарного обезболивания. Так использование больших дозировок трансдермального фентанила (Дюрогезик), без дополнительного воздействия на механизмы формирования нейропатической боли, не приводит к адекватной анальгезии и улучшению качества жизни. Одной из самых распространенных методик регионарной анальгезии является продленная эпидуральная блокада местными анестетиками и опиоидами. Эпидуральное применение местных анестетиков ограничивают следующие факторы: ограничение

распространенности действия несколькими дерматомами; необходимость адекватной волемии пациента для избежания гипотензии; развитие моторной блокады, что ухудшает качество жизни при длительном применении; развитие тахифилаксии при длительном применении. Все эти проблемы ограничивают применение местных анестетиков при лечении болевого синдрома, связанного с метастатическим поражением позвонков. В данной ситуации, на наш взгляд, наиболее оправдано эпидуральное применение опиоида морфина. Благодаря физико-химическим свойствам данного препарата, а так же анатомическим особенностям эпидурального пространства:

- Обеспечивается распространенное антиноцицептивное действие от шейных до поясничных дерматомов, независимо от уровня введения препарата;
- Продленный анальгетический эффект, кратность введения не превышает 1 раза в сутки;
- Суточная дозировка морфина не превышает 5 мг, что значительно меньше системно применяемых доз у инкурабельного больного;
- Минимизируются побочные действия опиоидов.

Цель работы: оценить эффективность продленной эпидуральной блокады опиоидом морфином в группе больных с распространенным метастатическим поражением позвоночника.

Методы: 12 пациентов, с генерализованной онкопатологией (7 — рак предстательной железы, 5 — рак молочной железы) и распространенным метастатическим поражением позвоночника разделены на 2 группы. В основной группе (6 пациентов) выполнена установка эпидурального катетера на уровне ThXII — LI или LI — LII с последующим подкожным тунеллированием на протяжении 4–5 см. Эпидурально вводилось 5 мг морфина ежедневно. Системная терапия нейропатической боли назначением габапентина (Нейронтин) в дозе 900 мг в сутки.

Контрольная группа (6 пациентов) — системная анальгезия по схеме: трамадол 600 мг/сутки + кетопрофен 300 мг/сутки + габапентин 900 мг/сутки.

Оценка эффективности проводимой терапии осуществлялась по следующим критериям: самооценка боли по цифровой аналоговой шкале (10ти бальной), протяженность непрерываемого болью ночного сна, двигательная активность пациента.

Результаты: оценка результатов лечения проводилась ежедневно в течении 10 дней. Отмечено уменьшение интенсивности болевого

синдрома в основной группе 2,1 ± 0,4 на вторые сутки лечения (в контрольной 3,7 ± 0,6), увеличилась продолжительность ночного сна до 4,5 часов (в контрольной 2,5–3,0). при оценке двигательной активности мы ориентировались на продолжительность нахождения пациента вне постели. В основной группе данный показатель вырос в среднем до 35–40 %, в то время как, в контрольно группе данный показатель не превышал 20–25 %.

Заключение: считаем методику регионарной (эпидуральной) анальгезии опиоидами весьма перспективной в плане лечения онкологических пациентов с распространенным метастатическим поражением позвоночника и тяжелым болевым синдромом. Подкожное тунеллирование позволяет безопасно удлинить продолжительность стояния катетера до 2-х недель. Низкие дозировки опиоида, отчетливое уменьшение интенсивности болевого синдрома заметно улучшают качество жизни данной категории пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Смирнов М. В. Панкратов А. В.

Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург, Россия

Лечение хронического болевого синдрома (ХБС) у онкологических больных является сложной медицинской и социальной проблемой. Частота развития тяжелого болевого синдрома у больных в последних стадиях онкологического процесса превышает 80 %. Таким образом, почти каждый пациент данной группы нуждается в проведении того или иного противоболевого мероприятия.

Стандарты терапии онкологической боли были заложены в трехступенчатой анальгетической схеме, принятой ВОЗ в 1986 году. Ключевыми моментами применения данной схемы являются:

- Последовательный переход от неопиоидных анальгетиков к «слабым» опиоидам, и при развитии сильного ХБС к классическим опиоидным препаратам.
- Прием препаратов строго по времени, а не по потребности.
- Индивидуальный подбор дозы и интервала введения.
- Пероральный путь применения (по возможности).

- Коррекция побочных эффектов терапии.

Научный прогресс в медицине, углубленное изучение механизмов ноцицепции и развитие фармакологии привели к появлению новых лекарственных средств и технологий, которые заставляют нас вносить определенные коррективы в практику лечения болевых синдромов. Примерами данного утверждения являются появление комбинированных препаратов, использование неинвазивных путей введения, новые методы безопасной регионарной анальгезии.

В нашей клинике накоплен определенный опыт лечения хронического болевого синдрома у пациентов, находящихся на лечении в отделениях химиотерапии и радиологии, а так же консультативное ведение амбулаторных больных на разных стадиях онкологической патологии, включая паллиативную помощь инкурабельным больным.

Попытаемся проанализировать основные особенности современной терапии:

1. Основная задача врача при лечении ХБС — применением комплексной терапии постараться достичь приемлемого качества жизни пациента (минимальный уровень боли, нормализация сна, адекватное питание, коррекция психоэмоционального статуса). Хочется отметить, что именно показатель качества жизни, т. е. совокупность биологических, социальных, психологических факторов, определяющих возможность больного осознавать себя личностью, членом общества, должен быть основополагающим моментом назначения терапии.

2. Выбор базового анальгетика. Согласно схеме ВОЗ, базовым анальгетиком при слабом ХБС, являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Практический опыт показывает, что применение на этом уровне комбинированных препаратов, содержащих небольшие дозировки опиоидов (Залдиар), задерживает развитие болевого синдрома большей интенсивности. Оправдано, на данном этапе, сочетание НПВС с ингибитором циклооксигеназы 3 типа парацетамолом. Базовым анальгетиком умеренного ХБС является опиоид — трамадол. При индивидуальной непереносимости данного препарата, мы с успехом используем средства из группы опиоидных агонистов-антагонистов: буторфанол и налбуфин. В лечении сильного ХБС основное место принадлежит современным трансдермальным формам опиоидов: бупренорфин (Транстек), фентанил (Дюрогезик). Применение вместо них парентеральных форм (промедол, просидол, морфин) не оправдано.

3. Применение регионарной анальгезии. Продленная эпидуральная блокада с применением малых доз опиоидов и местных анесте-

тиков прочно вошла в арсенал современных средств антиноцоцептивной защиты. Внедрение технологии тунелирования катетера, а так же возможность установки портов пролонгируют сроки применения данной методики до нескольких месяцев. Применение регионарной блокады даже при умеренном ХБС, позволяет значительно повысить эффективность химиолучевой терапии и сроки реабилитации. При сильном болевом синдроме, особенно с элементами нейропатической боли, эпидуральная блокада является методом выбора, даже при амбулаторном ведении пациента.

4. Применение адъювантов. Обширная группа препаратов, используемых для потенцирования анальгетического эффекта, требует определенной систематизации. Дневная избыточная седация ухудшает возможности самообслуживания пациентов, и поэтому бензодиазепины и нейролептики не должны применяться рутинно. В тоже время, необходимо стремиться к нормализации ночного сна данных больных применением барбитуратов и современных препаратов: имован, ивадал. Обязательным компонентом наших схем назначения адъювантов являются антидепрессанты. Наиболее часто мы используем амитриптилин, как препарат, обладающий целым рядом полезных эффектов, в том числе и влиянием на механизмы формирования нейропатического компонента боли.

5. Нутритивная поддержка. Зачастую, при увлечении медикаментозной терапией хронического болевого синдрома, врач упускает из виду такой важный механизм потенцирования боли, как нутритивная недостаточность. Состояние белкового голодания, катаболизм и последующие за ним вводно-электролитные нарушения модулируют местные и центральные механизмы ноцицепции. Т. о. формируя программу терапии ХБС, мы всегда уделяем пристальное внимание вопроса адекватности и сбалансированности питания пациента и вносим элементы лечебного питания, как компонент антиноцицептивной терапии.

В заключении, необходимо отметить, что лечение хронического болевого синдрома у онкологического пациента является весьма сложной задачей. Современное решение ее требует использования широкого спектра фармакологических средств, применения инвазивных технологий и усилий многих смежных специалистов.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА НА ПРЕПАРАТЫ НАРКОЗА

Тулеусаринов А. М., Султаналиев Т. А.
Кафедра традиционной медицины АГИУВ,
г. Алматы, Казахстан

Большинство ответов организма на фармакологические препараты воспринимаются как аллергическая или токсическая реакции, хотя такая трактовка к настоящему времени устарела, поэтому требует других подходов и углубленных исследований. Известно, что лекарственное вещество, вводимое внутривенно, является, прежде всего, химическим препаратом, который, первично взаимодействует с рецепторами легочной артерии. Именно эта реакция оказывает негативное действие на систему гемодинамики Встречающиеся отрицательные гемодинамические реакции, которые возникают во время индукции в наркоз и на начальном этапе анестезиологического пособия, можно охарактеризовать как фармакологический стресс. Основное внимание уделяется на изучение хирургической боли, хотя остается не изученной проблема лекарственного стресса, который по своему негативному влиянию на организм человека соразмерен с болевым синдромом. Это связано с отрицательным фармакологическим воздействием препаратов наркоза на рецепторы легочной артерии и вытекающими из этого гемодинамическими нарушениями.

Нами проведено обследование центральной гемодинамики у больных различного возраста на введение лекарственных препаратов, с целью выявления причин негативных реакций кровообращения на фармакологические препараты.

Материалы и методы: обследовано реографическим методом 160 больных, которым на фоне инфузионной терапии проводилось исследование центральной гемодинамики и мозгового кровообращения. При введении любых препаратов необходимо помнить, что концентрация внутривенно введенных веществ в сотни или десятки раз превышает его естественную концентрацию в крови, поэтому реакция сердечно-сосудистой системы может быть непредсказуемой, а иногда жизненно опасной. Даже использование полезных и необходимых препаратов требует определенной осторожности, поскольку представляет собой введение в кровеносное русло высокоактивного химического препарата и чужеродного для данного организма вещества. В организм часто вводятся химические вещества, которые в кровенос-

ном русле в естественных условиях вообще не встречаются, поэтому реакция легочной артерии сопровождается спазмом или дилатацией, что часто приводит к серьезным гемодинамическим сдвигам.

Данные о реакциях кровообращения на введение лекарственных веществ связанные с операцией и анестезией, представлены в качестве доказательства вызывания препаратами аритмии, и даже асистолии и неэффективности сердечной деятельности. Сочетаясь между собой в разных пропорциях и накладываясь на фоновое состояние и реактивность пациента, они и формируют профиль обезболивания, которое исследуется как динамика кровообращения. Пример этому, негативные гемодинамические реакции при использовании седуксена, тиопентала натрия, сомбревина, которые часто вводятся форсированно. Поэтому применяемые лекарственные препараты предпочтительно вводить в большом разведении или использовать медленную капельную инфузию. Инфузия препаратов анестезии у пациентов любого возраста увеличивает ЧСС, снижает УОК и МОК, но при этом повышает ОПСС. Эти гемодинамические сдвиги, однако, не позволяют сегодня все шире рекомендовать отказаться от мононаркоза.

Основной интерес в настоящее время представляют пограничные состояния между осложнением и тем кратковременным периодом гемодинамического нарушения, которое называют критическим эпизодом. Известное определение степени фармакологической реакции, в которой видны отличительные признаки осложнения в управлении физиологической функцией, для такого разграничения оказывается недостаточным, поскольку не учитывает значимости клинических последствий. Необходим поиск иных критериев, одним из них могла бы стать, например, необходимость катехоламиновой поддержки гемодинамики, широко учитываемая сегодня как критерий оценки тяжести и прогноза самых различных критических состояний.

Особую проблему составляют периоперационные осложнения со стороны системы кровообращения у больных пожилого и старческого возраста. Многие причинные факторы не подвергаются сомнению, например, роль скрытой гиповолемии в формировании гемодинамических осложнений и неблагоприятных исходов влияния препаратов общего наркоза.

Выводы: вегетативные реакции при исследовании гемодинамических проблем, возникающие во время операции и эпидуральной анестезии, могут быть условно разделены на две группы. Первую составляют проявления того или иного варианта острой циркуляторной

недостаточности, гиповолемической, вазопериферической или кардиогенной при введении фармакологических препаратов для общей анестезии. Эти гипоциркуляторные режимы кровообращения, возникающие при анестезии, являются основными обстоятельствами возникающих осложнений. Причинами их являются ситуации, когда значительная часть ОЦК в результате реакций легочной артерии и диссонанса между малым и большим кругом кровообращения и функциональной блокады сердца. Поэтому гиподинамия возникает в результате гиповолемии и вазоплегии, которая возникает в результате вводной анестезии и раздражения хеморецепторов легочной артерии. Аналогична наша позиция, которая основана на сравнении эффектов препаратов анестезии во время операции у пациентов пожилого возраста.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АДЕКВАТНОСТИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПО ДИНАМИКЕ СТРЕССОРНЫХ ГОРМОНОВ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ

Тулеусаринов А. М.

Кафедра традиционной медицины АГИУВ,
г. Алматы, Казахстан

Отсутствие эффективного обезболивания приводит к стимуляции вегетативной нервной системы, поэтому при потере контроля над болью, в организме вступают в действие естественные механизмы адаптации и антиноцицепции. При овии качественного проведения общего обезболивания у больного во время операции, изменение патологической активности регулирующих систем организма бывают незначительными. Даже кратковременный дефект анестезии, возникший на этапах операции или в раннем послеоперационном периоде, может привести к ажитации вегетативной нервной системы, которая определяет совокупность патофизиологических изменений, обозначаемый как хирургический стресс-ответ. Адекватная анестезия на всех этапах хирургического вмешательства играет решающую роль в благоприятном исходе операции. В условиях излишней болевой импульсации чрезмерная активация защитных систем организма может вызвать ряд серьезных расстройств в жизненно важных структурах.

Цель исследования: определить зависимость динамики стрессорных гормонов от эффективности различных способов обезболивания.

Материалы и методы: наиболее изученным и регулируемым является интраоперационная боль, адекватность которой можно обеспечить в связи с относительной кратковременностью процесса, возможностью применения внушительных доз препаратов, существованием современного арсенала контролируемых систем и наличием всевозможных сильнодействующих лекарственных средств. Об этом свидетельствуют динамика адреналина, норадреналина, кортизола, АКТГ, ренина и других маркеров стресса, которые могут существенно изменяться во время операции. Степень колебания концентраций данных гормонов на этапах операции характеризует адекватность анестезии.

Для подтверждения влияний обезболиваний на сердечно-сосудистую систему одновременно проводилась запись реоэнцефалограммы и центральной гемодинамики. Обследовано 136 больных с различной легочной патологией. Сравнительная оценка обезболивания изучалась в трех группах оперированных больных. Первая группа контрольная, вторая группа — акупунктурная анестезия, третья группа эидуральная анестезия. У исследуемых пациентов в раннем послеоперационном периоде уровень ренина соответствовал в 1 группе — 2,066, в 2 группе — 2,167, 3 — 2,16, что предполагает средний показатель для всех групп 2,13 ммоль/л, в результате проведенного обезболивания уровень ренина достоверно снижался во всех группах больных.

Наиболее значимое снижение отмечалось в группах 1 и 2, где показатели ренина снизились соответственно до 1,315 и 1,317. В 3 группе уменьшение показателей ренина несколько меньше и достигала 1,7 ммоль/л, что составляет 24,4 % от исходного, Характеристика ренин — ангиотензиновой системы коррелятивно соизмеряются с изменением центральной гемодинамики. При одномоментном исследовании стрессорных гормонов и центральной гемодинамики выявилась закономерность и соотносительная связь изменений уровня катехоламинов и ренина с показателями центральной гемодинамики. Если рассматривать динамику катехоламинов в результате проведения аналгезии, то средний уровень адреналина колебался от 0,88 до 0,89 ммоль/л до обезболивания, который в зависимости от методики анестезии изменялся в сторону снижения. Причем происходило достоверное снижение параметров адреналина при эпидуральной анестезии с 0,85 до 0,39.

Акупунктурная анестезия изменяла концентрацию с 0,89 до 0,329 в течение 1 часа после анестезии. При имеющихся показателях катехоламинов в контрольной группе показатели выглядели несколько иначе, адреналин у этой категории больных имел тенденцию к рос-

ту, особенно у лиц принимавших морфин, а не его аналог дипидолор. В результате достижения адекватного обезболивания происходит децентрализация кровообращения, восстановление адекватного кровотока на уровне микроциркуляторного русла. Препятствуют возникновению гипоксии тканей в жизненно важных органах и системах.

Механизмы гемодинамического активизирующего действия морфина и других опиатных препаратов введенных внутривенно недостаточно отчетливы. Согласно нашим данным, они имеют больше центральную, нежели периферическую природу. Таким образом, морфин в значительной степени оказывает положительное инотропное действие на миокард, Неоднозначны и гемодинамические сдвиги различной направленности, которые в большей степени зависят от степени подготовленности центральной нервной системы к операционному стрессу. Если пациент глубоко переживает предстоящую операцию, то применение опиатов, как бы усиливает процесс сбалансированного состояния его эмоциональной сферы. В большей степени на кровообращение оказывает скорость внутривенного введения, которая не должна превышать 0,2 мг/кг/мин, при этом можно избежать гемодинамических расстройств, как у здоровых, так и у пожилых пациентов, особенно у лиц с сердечно-сосудистой патологией. Необходимо отметить, что во всех случаях выброс адреналина на первичное введение морфина происходило параллельно с гистамином и стимуляцией калликреин-кининовой системы. Уровень гистамина в значительной степени повышался с 0.1 до 0,19, что практически означало двукратное повышение концентрации гистамина.

Все эти сдвиги, по-видимому, обусловлены влиянием опиатов на рецепторные структуры, которые чувствительны гистамину, а также с инотропным влиянием самого препарата непосредственно на сердце. Причем, каждый из препаратов этой группы имеет самостоятельное клинико-фармакологическое действие, которое, вероятнее всего связано с химическим эффектом препаратов. В основном, с раздражением различных хеморецепторов сосудов легочной системы, непредсказуемыми дальнейшими гемодинамическими последствиями препарата при влиянии на другие жизненно важные органы.

Согласно нашим данным, только эпидуральная анестезия в комбинации с наркотическими аналгетиками в период хирургического вмешательства обеспечивает относительно стабильный уровень стрессорных гормонов, вне зависимости от этапов операции. При этом колебания адреналина и норадреналина, кортизола и АКТГ происходит

в параметрах незначительно превышающую исходные показатели. Концентрации стрессорных гормонов, а также уровень эндорфинов и энкефалинов во время операции в значительной степени характеризовали степень защиты организма от операционного болевого синдрома. Необходимо сформулировать некоторые принципы, которые позволяют снизить побочные действия анестетиков на гемодинамику. Выбор препаратов чаще всего должен основывается на знании анестезиологом вероятных в данной ситуации фармакодинамики препаратов и ожидании нежелательных фармакокинетических эффектов.

Выводы. Таким образом, при рассмотрении адекватности противоболевых мероприятий основное значение имеет анализ нейрогормональной системы центральной гемодинамики. Применение различных способов анестезии приводит к всевозможным изменениям гуморальной и гормональной сферы, которая в значительной степени не является результатом хирургической боли, а воздействием самого препарата на организм человека. Невозможно исключить тот факт, что большинство препаратов одной и той же группы, имеющих одинаковую химическую формулу и структуру, оказывают разные первичные нейрофармакологические и вазодинамические эффекты Анализ этих данных приводит к мысли, что при рассмотрении полученных результатов необходимо учитывать эти показатели.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КРОССКУЛЬТУРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВОСПРИЯТИЮ БОЛИ И ЦВЕТА ПРИ СОЗДАНИИ ЭКСПЕРТНОЙ СИТЕМЫ «ANTIPAIN»

Адашинская Г. А., Фадеев А. А.**, Мейзеров Е. Е.***

**Российский государственный медицинский университет (РГМУ),*
***Институт рефлексотерапии ФНКЭЦ ТМДЛ Росздрава,*
г. Москва, Россия

Объективизация боли — одна из трудноразрешимых проблем в практике врачей различных специальностей. Поэтому поиск критериев измерения и оценки компонентов болевого ощущения до сих пор остается актуальной проблемой в клинике боли.

Человек в процессе онтогенеза усваивает выработанные культурой формы проявления и восприятия телесности, в том числе и болезни. Несомненно, символическое значение цвета является частью общественного и индивидуального опыта. Это позволило сформулировать гипотезу о существовании взаимосвязи восприятия цвета и боли. Целью исследования стало изучение ассоциативного цветового выбора как способа оценки боли.

Исследование состояло из трех этапов.

На первом этапе было проведено изучение цветового выбора в зависимости от интенсивности боли у пациентов с различными формами болевого синдрома. Положения концепции векторного кодирования в психофизиологии (Е. Н. Соколов,1995) и концепции формирования патологических алгических систем (Г. Н. Крыжановскимя, 1999) послужили основанием для отбора групп пациентов по патогенезу боли: 1-я группа — нейрогенный болевой синдром (фантомные боли) — 30 человек; 2-я группа — соматогенный болевой синдром — 34 человека; 3-я группа — психогенный болевой синдром — 40 человек; 4-я группа — острая боль исследовалась в ситуации эксперимента (элек-

тростимуляции) на 25 мужчинах-добровольцах, контрольная группа 64 человека, не испытывающих обострений какой-либо симптоматики на момент опроса. В результате исследования было выявлено, что для пациентов всех групп, за исключением пациентов с психогенным болевым синдромом, с небольшой долей вариаций в выборе цвета характерны следующие предпочтения: «боль очень сильная», «боль невыносимая» ассоциировались с черным цветом; «боль средней силы», «боль сильная» — с серым, красным, коричневым цветами, «боли нет» — с желтым, зеленым цветами. У пациентов с психогенным болевым синдромом были выявлены ассоциативные цветовые перверсии: боль очень «сильная», «невыносимая», «средней силы», ассоциировались — с желтым, фиолетовым, красным цветами, «боли нет» — с серым, черным, зеленым цветами.

На втором этапе было проведено кросскультурное исследование взаимосвязи восприятия цвета и боли. В исследование принимало участие 357 российских и иностранных студентов московских ВУЗов, представители стран Востока, Африки и Латинской Америки. С этой целью была выдвинута гипотеза о том, что каждый практически здоровый человек обладает определенным болевым опытом, который можно рассматривать как свернутую форму болевой перцепции. В ходе исследования было получено 1938 цветовых выборов. На основе полученных данных выявлены особенности восприятия цвета и боли в зависимости от вероисповедания, от культурных особенностей (Африка, Восток, Европа), от пола. В результате не установлено различий при ассоциациях цвета с очень сильной и невыносимой болью (черный, серый цвета). Были выявлены различия в восприятия цвета и боли при слабых и средних болях, обусловленные культурными особенностями переживания боли.

На третьем этапе — опираясь на результаты собственных исследований и представления о боли, как сложном многоуровневом феномене, нами был разработан способ оценки боли «Многомерный вербально-цветовой болевой тест», позволяющий оценить болевое ощущение у пациента по шкалам частоты, длительности, интенсивности боли; описать характер сенсорных ощущений и степень включенности эмоционально-аффективного отношения к боли; определить уровень невротизации, учесть факторы внешней среды, провоцирующие или усиливающие боль. Отличительной чертой этого теста является использование цветовой диагностики с целью определения неосознаваемых мотивов и защитных механизмов пациента при восприятии

боли. С этой целью для оценки боли одновременно с вербальным описанием болевых ощущений был применен невербальный символ — цвет, а также полученные авторами диагностические критерии выбора или отвержения цвета в зависимости от силы болевых ощущений и формы болевого синдрома. На основании этих критериев были разработаны цветовые шкалы болевых ощущений для болевых синдромов различного патогенеза и разработана вербально-цветовая шкала для оценки интенсивности боли, позволяющая провести дифференциальную экспресс-диагностику по принадлежности болевого синдрома к психогенным болям.

На основе «Многомерного вербально-цветового болевого теста» (МвцБТ) создана экспертная система оценки боли «AntiPAIN», с учетом выявленных в ходе исследования феноменов восприятия цвета и боли. Применение экспертной системы позволяет врачу на первых этапах диагностики определить включенность психогенных компонентов в структуру болевого синдрома, получить целостную оценку с учетом половых различий степени выраженности составляющих болевого синдрома на различных уровнях восприятия боли человеком, что имеет значение при выборе метода и тактики противоболевой терапии. Экспертная система является эффективным инструментом для уточнения диагноза и оценки результативности медикаментозной и немедикаментозной противоболевой терапии.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА, ВЫЗВАННОГО ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Волчков В. А., Игнатов Ю. Д., Бедров А. Я., Давыденко Т. Е., Курков А. А.

Государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (ОАСНК) — широко распространенное заболевание людей пожилого и старческого возраста, особенно если они к тому же злоупотребляют курением. ОАСНК резко ограничивает способность пациента к передвижению, часто является главной причиной их инвалидизации. При IIБ-IV степенях окклюзионно-стенотического поражения сосудов по

Фонтену-Покровскому выраженный болевой синдром возникает не только при ходьбе, но и в состоянии покоя. Реконструктивным ангиохирургическим вмешательствам на сосудах нижних конечностей предшествует комплексное консервативное лечение, направленное на улучшение микроциркуляции в области ишемических изменений и уменьшение проявлений хронической системной воспалительной реакции. Терапевтические мероприятия включают внутривенную инфузию дезинтоксикационных растворов, использование дезагрегантов и антибиотиков, внутрисосудистое лазерное облучение крови, коррекцию нарушений кислотно-основного состояния и иммунитета, адекватную аналгезию. Обязательным является лечение сопутствующих заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет и прочие. Для решения вопроса об объеме предоперационной помощи, в частности, выбора метода аналгезии необходимо оценить выраженность ишемического болевого синдрома.

Целью работы явилось изучение влияния вида аналгезии на интегральную характеристику выраженности ишемического болевого синдрома в предоперационном периоде.

Методы. В исследование включены результаты лечения 97 больных с ОАСНК, которым выполнены реконструктивные сосудистые операции. При информированном согласии 67 больным за 3-4 дня до операции устанавливали эпидуральный катетер в поясничном отделе позвоночника с дробным введением два раза в сутки местных анестетиков (лидокаина 1,3 мг/кг, бупивакаина 0,2 мг/кг, ропивакаина 0,3 мг/кг) и 5–20 мг промедола (группа 1). Сразу при поступлении в стационар внутримышечное введение промедола в разовой дозе 20 мг по требованию осуществляли 30 больным (группа 2). Регистрацию параметров дыхания, кровообращения, нейроэндокринной системы, биохимии крови, показателей белой и красной крови проводили на фоне ишемической боли и через 60 минут после обезболивания. Кратность внутримышечного применения промедола часто достигала 8 раз в сутки, а 21 пациенту этой группы после выполнения исследований дополнительно инъецировали трамадол, кетонал, анальгин, баралгин или бензодиазепины до 4 раз в сутки. Качество жизни оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), опросников МакГилла, Освестри и Цунга. Статистическую обработку полученных данных проводили в компьютерной программе Exel, используя методы многомерности и функционального моделирования. Взаимосвязи между наблюдаемы-

ми переменными и выборками выявляли методами корреляции, дисперсионного анализа, дискриминантного анализа и пошаговой множественной регрессии.

Результаты. В проведенном исследовании 78 % больных исходно испытывали нестерпимые боли, у 16 % на фоне ишемии нижних конечностей развилась гангрена пальцев стоп. Они испытывали «грызущие» (43 %), «разрывающие» (28 %), «пульсирующие» (18 %), «мучительные» (12 %) боли со средним значением ВАШ = 7 ± 1 баллов. Преимуществами ВАШ являются простота измерения, быстрая оценка результата и удобство индивидуального мониторинга боли. Например, снижение ВАШ = 6 баллам до ВАШ = 3 баллам указывает на снижение интенсивности боли на 50 %. В то же время, ВАШ не дает объективной оценки боли у разных пациентов, поскольку ВАШ = 7 баллам у одного больного не эквивалентна ВАШ = 7 баллам у другого пациента, хотя указывает на сильную боль и в одном и другом случае. Качество жизни на фоне ишемической боли все пациенты оценивали как неудовлетворительное. Были нарушены сон и аппетит, передвижение до туалета, ограничено самообслуживание (о. Освестри — 42 ± 5 %). Агрессивность поведения сменялась апатией на фоне признаков общей депрессии (о. Цунга — 35 ± 4 %). Цифровая регистрация признаков боли при использовании указанных опросников представляется удобной для обработки полученных результатов, но полностью выполнить дискриминирующую роль не может. Субъективность и сложность данных опросников для больных позволяют свести ответ на вопрос о качестве жизни к определению — «очень низкое…. очень высокое». Изменение показателей гомеостаза под воздействием ишемической боли и аналгезии можно рассматривать, как объективный критерий оценки качества жизни таких пациентов. На фоне ишемической боли уровень глюкозы был в границах нормы, кортизола находился на верхней границе нормы, а пролактина несколько ее превышала. Экскреция норадреналина с мочой не превышала нормальных значений. То есть выраженность ишемической боли, как и большинства других типов хронической боли, мало зависел от нейроэндокринных показателей. Максимальным было влияние изменений периферического и центрального кровообращения, кислотно-основного состояния, показателей гемокоагуляции, системы воспалительного ответа организма. Однофакторный дисперсионный анализ подтвердил влияние вида аналгезии (сила влияния η^2) на выраженность ишемической боли по динамике регистрируемых показателей с высокой степенью апроксимации проведенно-

го анализа (F = 27–124, p < 0,0001). Для каждого этапа наблюдения и вида аналгезии методом множественного регрессионного анализа были построены линейные регрессионные модели, отражающие зависимость целостной оценки функционального состояния больного от влияния различных вариантов изменения существенных показателей гомеостаза, характеризующих выраженность болевого синдрома. Последующий анализ гистограмм, рассчитанных для каждого пациента по полученным регрессионным формулам, позволил выделить слабый, умеренный и интенсивный диапазоны выраженности ишемической боли на всех этапах наблюдения. Проведение эпидуральной аналгезии местными анестетиками с промедолом по сравнению с внутримышечным введением промедола в дооперационном периоде эффективно устраняла нарушения центральной и периферической гемодинамики, кислотно-основного состояния, снижала величину системного воспалительного ответа. По данным комплексной оценки выраженности боли через 60 минут после проведения аналгезии об отсутствии болевых ощущений сообщали 82 % пациентов с эпидуральной аналгезией и только 33 % больных с внутримышечным введением промедола. На умеренную боль жаловались 13 % пациентов группы 1 и 47 % больных группы 2, на интенсивную боль — 5 % и 20 %, соответственно. Средняя суточная доза промедола в группе 1 составляла 31 ± 2 мг, в группе 2 — 68 ± 5 мг. Необходимо отметить, что количество осложнений со стороны систем дыхания и кровообращения на интраоперационном этапе и после выполнения реконструктивного хирургического вмешательства по поводу ОАСНК было значительно ниже у пациентов с эпидуральной аналгезией, что подтверждает важность эффективной предоперационной аналгезии.

Заключение. Эпидуральная аналгезия местными анестетиками и промедолом имеет значительные преимущества перед внутримышечным введение промедола при лечении интенсивного ишемического болевого синдрома, возникшего из-за ОАСНК. Объективная оценка выраженности ишемической боли и адекватности вида аналгезии включает организацию показателей оперативного и интегративного контроля, что может позволить стандартизовать лечебные противоболевые подходы у данной категории пациентов. Повышение эффективности лечения достигается применением адаптированных к прогностической модели конкретного больного усредненных математических моделей наиболее существенных показателей, характеризующих ишемическую боль.

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СТЕПЕНИ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА И СУСТАВОВ

Герасимов А. А.

Уральской государственная медицинская академия, г. Екатеринбург, Россия

В настоящее время отсутствуют простые и надежные способы объективизации боли у пациентов с заболеваниями опорно-двигательной системы, что является причиной определенных диагностических и экспертных трудностей в работе врачей травматологов и ортопедов, особенно при контроле эффективности лечения.

Известны способы объективизации болей, основанные на измерении сопротивления кожи [Е. Т. Залькинсон, 1934; Г. Н. Карпенко, 1972]. Однако для намерения сопротивления через кожу пропускают электрический ток. Последний является причиной поляризации и изменений функционального состояния живых тканей, что снижает достоверность результатов исследования.

Электропроводность кожи зависит от потоотделения, а последнее — от функционального состояния симпатической нервной системы. Иннервация же костей, суставов осуществляется также симпатической нервной системой [Г. А. Янковский, 1982]. Симпатическая иннервация костей и кожи имеет одинаковое представительство нервных клеток на уровне спинного мозга и позвоночного симпатического ствола. Поэтому при возникновении боли меняется степень потоотделения участка кожи в проекции патологического очага и вокруг него.

Целью работы является разработка устройства и метода для диагностики степени интенсивности боли, независящие от внутреннего состояния организма и внешних помех.

Результаты. Для повышения достоверности измерений боли нами предложено устройство, состоящее из усилителя тока и специального электрода [патент № 1456089]. Рабочая поверхность электрода выполнена из двух разнородных металлов, что в контакте с кожей образует биологический гальванический элемент, где источником постоянного напряжения являются пара металлов, а электролитом — секрет потовых желез. Возникающий электрический потенциал усиливается милливольтметром постоянного тока с коэффициентом усиления 1000 и входным сопротивлением 10 Ом.

Электрод представляет собой круг диаметром 30 мм. При измерениях электрод прижимают в симметричных точках кожи. При болях

в позвоночнике электроды прикладывают паравертебрально на уровне пораженного позвонка и в зоны иррадиации болей на больной и здоровой конечностях. При болях в суставах или конечностях измерения проводят на участки кожи в проекции боли и в симметричных им точках противоположной конечности. Измерения электропотенциала в абсолютных цифрах (в мВ) не несут нужной информации, так как зависят от степени потоотделения, которое значительно различается у разных людей. В то же время соотношение потенциала в проекции больного и здорового суставов является постоянной и достоверной величиной.

Описанным способом обследовано 230 больных с различными болевыми синдромами остеохондроза позвоночника и деформирующих артрозов суставов конечностей в возрасте от 15 до 65 лет. Контрольная группа составила 140 здоровых людей. При отсутствии боли отношение показаний не превышает 20 %, а при соотношении, превышающем 20 % (коэффициент асимметрии более 1,2), диагностируют наличие боли. Чем больше асимметрия, тем более выражен болевой синдром. Коэффициент асимметрии при сильной боли иногда превышает 4,0.

Отдельные участки кожи в проекции боли могут иметь асимметрию злектропотенциала на большой площади, захватывая территорию нескольких дерматомов. Чем обширнее площадь зоны асимметрии, тем интенсивнее болевой синдром. В центре такой зоны асимметрия электропотенциала наибольшая, а у края зоны асимметрия по сравнению со здоровым участком конечности или тела уменьшается. При болях одновременно в симметричные участках тела и конечностей можно лишь диагностировать ее превалирование на одной из сторон. На основании сопоставления данных кожного электропотенциала с субъективными ощущениями боли, клиническими проявлениями заболевания и биомеханическими нарушениями функции позвоночника и нижних конечностей выделены 3 степени болевого синдрома. В процессе лечения и устранения болевого синдрома коэффициент асимметрии прогрессивно уменьшается, достигая нормальных величин.

С помощью данного прибора можно диагностировать повреждение нервов и степень восстановления его трофической функции, измеряя его в зонах автономной иннервации.

Заключение. Предложенный способ диагностики болевых синдромов при заболевании позвоночника, суставов достаточно информативен. Измерения предельно просты и требуют минимальных затрат

времени. Все это позволяет использовать данный способ в качестве экспресс-метода диагностики и экспертизы при обследовании и наблюдении за больными с болевыми синдромами со стороны позвоночника, суставов и конечностей.

ЗАВИСИМОСТЬ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОТ ТЕМПЕРАТУРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

Колотилова А. Б., Гузеватых Л. С., Валуйских Д. В., Емельянова Т. Г.

Институт химической физики РАН, г. Москва, Россия

Важным фактором, влияющим на болевую чувствительность, является температура окружающей среды (Strigo et al., 2000). Известно, что холод обладает обезболивающим действием, однако, природа данного явления не выяснена до настоящего времени. Одни исследователи считают, что анальгезия, вызванная холодом, имеет опиоидную природу (Deeter et al., 1981; O'Connor et al., 1984; LaBuda et al., 2000), другие — настаивают на неопиоидной природе анальгетических эффектов холода (Osgood et al., 1990). На сегодняшний день нет единой точки зрения и о действии жаркой среды на болевую чувствительность. Одни исследователи в условиях высокой температуры воздуха наблюдали гиперальгезию (Schoenfeld et al., 1985), другие — гипоальгезия (Strigo et al., 2000). Однако и в том и в другом случае авторы высказывают предположение о возможном вовлечении опиоидных механизмов регуляции болевой чувствительности.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияние анализаторов опиоидной системы на висцеральную болевую чувствительность в условиях различной температуры окружающей среды.

Методы. Объектом исследования служили самцы нелинейных белых мышей массой 20–25 г. Изучение анальгетической активности пептидов осуществляли в тесте уксусных корчей в 5-и температурных режимах (Тк = 0–6 °С (холодная среда); Тк = 13–14 °С (холодная среда); Тк = 20–22 °С (комнатная температура); Тк = 25–26 °С (термонейтральная среда) и Тк = 30–33 °С (жаркая среда)). В работе использовали лиганды: μ-опиоидных рецепторов — дерморфин, δ-опиоидных рецепторов — метэнкефалин и κ-опиоидных рецепторов — динорфин, а также блокаторы: налоксон — неселективный блокатор μ-, δ- и

κ-опиоидных рецепторов, налтриндол — δ-опиоидных рецепторов и норбиналторфимин — κ-опиоидных рецепторов. Пептиды и блокаторы вводили внутрибрюшинно в дозах 1 и 10 мг/кг.

Результаты проведенных исследований показали, что:

— у животных болевая чувствительность на модели висцеральной боли зависит от температуры окружающей среды, в которой находятся животные. Максимальная болевая реакция наблюдается в термонейтральной среде, минимальная при Тк = 0–6 °С и Тк = 30–33 °С, т. е. холод и тепло вызывают уменьшение болевой чувствительности;

— лиганд μ-опиоидных рецепторов ДМ обладает анальгетической активностью независимо от температуры окружающей среды;

— лиганд δ-опиоидных рецепторов метэнкефалин обладает анальгетической активностью в дозе 1 мг/кг в термонейтральной среде, а также частично уменьшает обезболивающее действие тепла, и не проявляет активности в дозе 10 мг/кг;

— лиганд κ-опиоидных рецепторов динорфин проявляет анальгетическую активность в дозе 1 мг/кг, увеличивая обезболивающее действие холода и уменьшая — тепла;

— неселективный блокатор опиоидных рецепторов налоксон вызывает снижение болевой чувствительности в термонейтральной среде и частично уменьшает обезболивающее действие тепла и холода;

— блокатор δ-опиоидных рецепторов налтриндол вызывает снижение болевой чувствительности в термонейтральной среде и частично уменьшает обезболивающее действие холода в дозе 1 мг/кг, а тепла и холода в дозе 10 мг/кг;

— блокатор κ-опиоидных рецепторов норбиналторфимин также обладает анальгетической активностью в термонейтральной среде и частично уменьшает обезболивающее действие тепла и холода в дозе 1 мг/кг и только тепла в дозе 10 мг/кг.

Заключение. Результаты проведенных исследований показали, что опиоидная система принимает участие в антиноцицептивной активности тепла и холода. Анальгетическая активность агонистов опиоидных рецепторов зависит от температуры окружающей среды.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (грант № 06-04-48320).

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИХ НА ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Пронин О. В., Пронин С. В.,
Пронин В. С., Пронина Л. В.
Клиническая больница ГУ СОМЦ, НИИ терапии СО РАМН,
г. Новосибирск, Россия

Одна из проблем общественного здоровья вызвана постарением населения и связанного с этим увеличением распространенности хронической боли (ХБ). Число лиц с ХБ в популяции может составлять от 2 до 50 % (Александровский Ю. А., 1976, Павленко С. С., 1998, Смулевич А. Б., 1992, Crombie I. K., 1992, Verhaak P., 1998).

Цель работы: оценка факторов влияющих на восприятие, особенности протекания и дифференциальной диагностики болевой симптоматики (БС) в неврологической клинике.

Пациенты — наблюдалось 382 человека в возрасте от 14 до 76 лет (42,9 ± 16,6 лет), где мужчины составили 28,6 % (37,5 ± 15,5 лет) и женщины 71,4 %, (45,6 ± 16,4 лет). Время от начала появления болей до момента госпитализации было в диапазоне 7 дней — 1 год, в среднем 3,1 ± 0,3 месяца (мужчины/женщины 4,6 ± 2,4/2,4 ± 2,1 месяца). Продолжительность лечения болевого синдрома в клинике составила от 14 до 21 койко/дней.

Показаниями для госпитализации служили следующие состояния: БС длительностью не менее 1 месяца, интенсивность которого не уменьшается под влиянием стандартной терапии (75 случаев — 19,6 %). Пациенты с БС, у которых, не смотря на снижение под влиянием стандартной терапии интенсивности болевого ощущения, не восстановилась трудоспособность и сохраняется значительное снижение качества жизни, требующих специальных методов терапии (201 случай — 52,6 %). БС, требующий интенсивной комплексной, комбинированной терапии с тщательным подбором дозы лекарственных препаратов — постгерпетическая невралгия, тригеминальная, фантомные боли и т. п. (5 случаев — 1,3 %). БС лечение которого осложнилось толерантностью к проводимой терапии и лекарственной зависимостью, адверсивными реакциями (21 случай — 5,5 %). БС протекающий на коморбидно отягощенном фоне, т. е. требующего мультидисциплинарного этапного лечения — ортопедического, нейрохирургического, ангиологического, онкологического (36 случаев — 9,4 %). БС с неустановленной причиной (29 случаев — 7,6 %). Мигренозные состояния 1 случай — 0,3 %.

Инструментарий для регистрации болевых проявлений. Оценка боли проводилась по нескольким методикам — визуально аналоговой шкале (ВАШ), где пациентом делалась отметка на отрезке горизонтальной линии. Крайнее левое/правое положения: отсутствие-максимум болевых проявлений, средняя оценка ВАШ 0,4 ± 0,3 балла (0,3 ± 0,2/0,4 ± ± 0,3 балла). Опросник Мак Гилла включающий 11 пунктов по сенсорной оценке болевых проявлений и связанных с этим аффективных нарушений. Интенсивность оценивалась по 4-х бальной шкале: 0 — нет, 1 — незначительно, 2 — средне, 3 — выражено. Связь болевых проявлений с движением, временем суток изучалась с помощью ВРШБ.

Все пациенты получали стандартную лекарственную помощь, которая включала назначение антидепрессантов и физиотерапевтические процедуры.

Структура болевой патологии. Из 382 больных в 62 % основная причина болевого синдрома — остеохондроз шейно-грудного, поясничных отделов позвоночника. БС, связанный с реактивным артритом, артрозом в 10 %. Отмечались головные боли в 9 %, где выявлялись мигренозные состояния, арахноидиты. В 7 % случаев это были боли вызванные невралгией тройничного нерва. Висцеро-вертеброгенный синдромом 4 % от числа всех пациентов, где были характерны боли в области живота. Кардиалгический синдром с болевыми проявлениями в грудной клетке отмечен в 4 %. Такое же число больных 4 %, с недифференцированными состояниями, где основанная причина болевых проявлений связывалась с хронической сосудистой и церебральной недостаточностью. Также при углубленном обследовании выявлено, что в 1 % случаев болевой синдром был вызван метастазами опухолей в костную систему и органы малого таза.

При оценке интенсивности изменения боли в зависимости от дня лечения по шкале ВАШ нами были выявлены несколько групп пациентов. Первая — с четкой тенденцией к снижению боли 56 % (ВАШ 0,35 ± 0,2 балла). Вторая — с усилением восприятия болевых ощущений после 5–7 дня лечения 17,3 % (0,4 ± 0,3 балла), где можно предположить, что вероятнее всего в этой группе были пациенты с конверсионными нарушениями. Третья — ипохондрический тип реагирования (идеопатические боли) — оценка боли оставалась на одном уровне 25,3 % (0,43 ± 0,3 балла); Четвертая — по типу психогений — настойчиво отмечали ежедневное повышение боли 1,3 % (0,11 ± 0,1 балла), независимо от вида проводимой терапии.

При сравнительном анализе ВРШБ на момент поступления и при выписке оказалось, что можно ожидать редуцирования болевых ощущений наблюдавшихся ранее в покое (P = 0,001; F = 3,5; df = 9); связанных с движением (P = 0,001; F = 3,6; df = 9). По этой шкале не было выявлено достоверной динамики снижения ночных болей (P = 0,134; F = 1,6; df = 9). При этом была высокая корреляционная связь с такой характеристикой боли, как «изматывающая» (rsp = 0,41; P = 0,01); «мучительное наказание» (rsp = 0,40; P = 0,01); «режущая» (rsp = 0,31; P = 0,05). Высокая интенсивность жалоб на ночные боли отмечаемых как «грызущие» (rsp = 0,35; P = 0,01) характерна для пациентов старших возрастов. У пациентов старше 42 лет необходимо дополнительное тестирование эмоционального состояния, т. к. восприятие боли не зависит от лечения и как бы «застывает» на одном уровне.

Возрастно-половые особенности восприятия болевых ощущений. Можно отметить, что имеется определенная связь оценки интенсивности боли на момент госпитализации (Д0) и возрастом пациента, которая имеет тенденцию к повышению. Больные становятся все более зависимыми от лечебных процедур и медикаментозных назначений, заметна тенденция к развитию госпитализма в инволюционном возрасте.

Отмечается различная интенсивность восприятия болевых проявлений у мужчин и женщин. Частотная характеристика и интенсивность (максимум 3 балла) проявлений жалоб на боли по опроснику Мак Гилла показала, что у 78 % пациентов отмечались ноющие боли (1,6 ± 1,1 балл); 49 % тянущие (1,0 ± 1,2); 40 % ломящие (0,9 ± 1,2); 33 % изматывающие (0,7 ± 1,1). Менялась «окраска» боли в зависимости от ее локализации. Так при головной локализации боли она чаще характеризовалась как «ломящая», уровень шеи — «пульсирующая, тянущая, тошнотворная, страшная, мучительное наказание». Поясничный отдел — ноющая, стреляющая. К невропатическим болям, можно отнести те, которые больные характеризуют, как «жгучие» и они отмечены в 32 % (0,7 ± 1,1). Менее 20 % пациентов отмечали такие характеристики боли, как «тошнотворная, мучительное наказание, страшная, режущая». Типичен мучительный («изнуряющий», «непереносимый») оттенок болей, отражающий особую, не свойственную конверсионным и другим психалгическим феноменам чувственную насыщенность ощущений; характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям. Все это позволяет предположить наличие коморбид-

но отягощенного фона обусловленного формированием хронического соматоформного болевого расстройства у больных с таким восприятием боли.

В заключении необходимо подчеркнуть, что выявленный клинический патоморфоз связанный с характером восприятия боли во время стационарного лечения, позволяет предложить такие характеристики боли, как «уменьшение», «усиление-снижение», «отсутствие изменений», «ухудшение». Такие оценочные критерии БС позволяют более индивидуально подходить к терапии ХБ. Очевидна роль соматической вертеброгенной, сосудистой патологии как пускового механизма развития ХБ, формирование которой в дальнейшем амплифицирует развитие психических, конверсионных нарушений в форме коморбидных соматоформных расстройств.

IX. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ЕЖЕДНЕВНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Азимова Ю. Э., Табеева Г. Р.

Отдел неврологии и клинической нейрофизиологии при кафедре нервных болезней Московской Медицинской Академии им. И. М. Сеченова, г. Москва, Россия

Цель работы: уточнение клинической феноменологии цефалгического синдрома и психологических особенностей пациентов с хронической ежедневной головной болью (ХЕГБ).

Материал и методы: в исследование вошли 30 пациентов с первичными хроническими ежедневными головными болями. Средний возраст — 43,6 ± 10,3 года, 3 мужчин и 27 женщин. Контрольную группу составили 20 здоровых, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту. Проводилось клинико-неврологическое исследование, психологическое тестирование (шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала Монтгомери-Асберг для объективной оценки депрессии, шкала Спилбергера для оценки реактивной и личностной тревоги, опросник «Качество жизни»). Болевой синдром оценивался при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и комплексного болевого опросника (КБО), отражающего интенсивность боли, влияние боли на жизнь, степень самоконтроля, аффективный дисстресс и поддержку значимого человека. Для оценки сопутствующих вегетативных расстройств использовали опросник для выявления признаков вегетативной дистонии (СВД), нарушений сна — анкета качества сна. Пациенты вели дневники головной боли, где отражались частота, продолжительность, интенсивность головной боли, а также принимаемые медикаменты.

Результаты исследования. Среди пациентов с ХЕГБ 23 были с трансформированной мигренью (ТМ) — 77 %, 6 (20 %) — с хронической головной болью напряжения (ХГБН) и одна пациентка с хро-

нической пароксизмальной гемикранией (ХПГ) — 3 %. Пациенты с ХГБН характеризуются высокой длительностью заболевания — 23,7 ± 10,6 лет. Большинство пациентов отмечали связь хронификации головной боли со стрессовыми ситуациями, наиболее актуальными из которых были развод — 40 %, профессиональная несостоятельность или проблемы на работе — 40 %, неурядицы в семье (пьянство мужа, отсутствие взаимопонимания с детьми) — 36,7 %, операции по поводу онкологического заболевания — 13,3 %.

Среди сопутствующих головным болям расстройств можно выделить нарушения сна (23 пациента, 76,7 %), миофасциальные синдромы (20 пациентов — 66,7 %), нарушения пищевого поведения (10 больных — 33,3 %), синдром предменструального напряжения (8 больных — 26,7 %), панические атаки (7 больных — 23,3 %), липотимические и синкопальные состояния (6 больных — 20 %), синдром Рейно (4 пациентки — 13,3 %), желчекаменная болезнь (3 пациентки — 10 %), бронхиальная астма (2 больных — 6,7 %), эссенциальный тремор (1 больная — 3,3 %).

Больные с ТМ (22 женщины, 1 мужчина, средний возраст 42,4 ± ± 9,9 лет) характеризовались средней длительностью заболевания 26,0 ± ± 10,6 лет, наличием фоновой головной боли в течение 26,8 ± 4,2 дней в месяц интенсивностью 3,7 ± 1,1 баллов ВАШ. Фоновая головная боль отличалась билатеральностью (100 %), диффузным характером (73,9 %) или преимущественной локализацией боли в височных областях (26,1 %). По характеру пациенты описывали эту боль как распирающую (65,2 %) или, наоборот, сдавливающую (34,8 %). 78,3 % больных отмечали дискомфорт за глазными яблоками. На фоне монотонной головной боли отмечались приступообразные цефалгии с частотой 5,3 ± 5,2 в месяц и интенсивностью 8,8 ± 1,1 баллов ВАШ. Длительность пароксизмов составляла 30,8 ± 19,1 часов. Пациенты определяли эту головную боль как распирающую — 39,2 %, пульсирующую — 30,4 %, стучащую — 21,8 %, пекущую — 8,6 %. В 100 % случаев это была двусторонняя головная боль с некоторым акцентом правой (43,5 %) или левой (26,1 %) сторон. 43,5 % пациентов в дебюте заболевания, когда головная боль носила эпизодический характер, отмечали проявления продромального периода, однако у всех пациентов с хронификацией головной боли эти симптомы исчезли. Среди сопутствующих симптомов больные отмечали тошноту (78,3 %), фонофобию (56,3 %), фотофобию (56,3 %), рвоту (26,1 %), осмофобию (17,4 %), головокружение (8,7 %). Приступы головной боли прово-

цировались стрессом (60.9 %), переменой погоды (52,2 %), менструацией (17,4 %), недосыпанием (8,7 %). Пациенты с ТМ принимали в среднем 25,7 ± 23,7 таблеток обезболивающих в месяц, 82,6 % — комбинированные анальгетики, 17,4 % — триптаны.

Для больных ХГБН (2 мужчины, 4 женщины, средний возраст 44,4 ± ± 7,4 лет) характерна в среднем меньшая продолжительность заболевания по сравнению с пациентами с ТМ — 14,6 ± 4,6 лет. Головная боль в этой группе была более монотонная, длилась 22,6 ± 4,9 дней в месяц, интенсивностью 5,2 ± 1,1 баллов ВАШ, билатеральная (100 %), сдавливающего (66,7 %) или распирающего (33,3 %) характера, сопровождающаяся тошнотой (33,3 %) без указаний на эпизоды выраженного нарастания интенсивности. Пациенты с ХГБН также отличались злоупотреблением обезболивающих средств (в среднем 22,0 ± 18,2 таблеток комбинированных анальгетиков в месяц).

Наконец, в группу ХЕГБ вошла пациентка с хронической пароксизмальной гемикранией (ХПГ), 60 лет, страдающая данным типом головной боли в течение 20 лет. В течение последнего года больную беспокоят ежедневные (4–8 раз в сутки) приступы интенсивной (10 баллов) боли в периорбитальной области справа, длительностью 5–10 минут, сопровождающейся слезотечением, ринореей. Для купирования приступов больная принимала до 180 таблеток анальгетиков в месяц.

Испытуемая группа больных ХЕГБ отличалась наличием депрессии мягкой или умеренной тяжести — 24,0 ± 6,5 баллов по шкале Монтгомери-Асберг и 061 баллов по шкале Цунга (у здоровых — 0 баллов и 31 ± 0,02 соответственно). У пациентов с ХЕГБ отмечался высокий уровень реактивной (56,4 ± 10,2 баллов, норма 22,1 ± 7,2) и личностной (53,8 ± 9,9 баллов, норма 22,8 ± 6,9) тревоги. Пациенты с ХЕГБ характеризуются плохим качеством ночного сна 15,1 ± 4,0 баллов (у здоровых 26,1 ± 2,1 баллов), низким качеством жизни 49,9 ± 18,1 баллов (у здоровых 12,2 ± 8,6 баллов). По данным КБО пациенты с ХЕГБ оценивали свою боль как умеренно интенсивную (3,8 ± 0,8 баллов), значительно влияющую на жизнь (3,7 ± 1,0 баллов). У больных с ХЕГБ снижался самоконтроль (3,5 ± 1,2 баллов), появлялся аффективный дистресс (4,1 ± 0,9 баллов). Для таких пациентов была важна поддержка значимого человека (4,1 ± 1,6 баллов). Также у больных ХЕГБ присутствовал синдром вегетативных нарушений — 46,0 ± 18,1 баллов (здоровые — 16,6 ± 5,1 баллов).

Заключение: у пациентов с ХЕГБ отмечается высокая коморбидность с депрессией, тревогой, нарушениями сна, пищевого поведе-

ния, гипервентиляционными расстройствами, паническими атаками, хроническими болевыми синдромами, что, несомненно, отражается на качестве жизни пациентов и существенно дезадаптирует их.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ «РОЛЕВОЕ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Бабурин И. Н.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург, Россия

Спондилогенные поражения нервной системы — самые распространенные хронические заболевания человека. Неврологические проявления поясничного остеохондроза составляют 60–70 % среди всех заболеваний периферической нервной системы и являются причиной 70 % случаев временной утраты трудоспособности. В связи с этим необходимость развития новых, эффективных методов лечения больных с данным заболеванием стоит достаточно остро. В данном исследовании была сделана попытка применения психотерапевтической методики «Ролевое переключение» в комплексном лечении неврологического заболевания.

В исследовании принял участие 101 больной (61 пациент — основной группы, в лечении которой использовалась психотерапевтическая методика и 40 человек — контрольной группы, в которой психотерапия не проводилась).

В работе помимо неврологического обследования для оценки выраженности боли были использованы — Визуальная аналоговая шкала и Опросник Боли МакГилла.

Психотерапевтическая методика «Ролевое переключение» была разработана С. П. Семеновым (2005). Историческими предшественниками «Ролевого переключения» являются, психодрама Морено, терапия фиксированных ролей Келли и Трансактный анализ Берна. Для «Ролевого переключения» характерны определенные этапы диагностики, планирования и лечения. Психотерапевтические мероприятия

проводились, исходя из полученного представления об особенностях личности пациента и природе его проблем, психотерапия осуществлялась на основе понятия о ролях и в общем случае предполагала, во-первых, осознание пациентом его собственных проблем, обусловливающих хронический эмоциональный стресс и, в конечном счете, невротические расстройства; во-вторых, рационально-суггестивную содержательную коррекцию ролей и образа жизни; в-третьих, если возможно, переключение в адекватную роль и закрепление этой роли.

По степени выраженности остеохондроза больные основной и контрольной групп достоверно не отличались и численно составляли соответственно: первая стадия — 80 % человек и 77 %, вторая стадия — 20 % и 23 %. По результатам неврологического и инструментального (рентгенография, МРТ) обследования основная и контрольная группы статистически не отличались.

По визуальной аналоговой шкале (ВАШ) исследования проводились трижды: до лечения, через неделю после начала лечения и через месяц (после окончания лечения). У больных с хроническим болевым синдромом (ХБС) при остеохондрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника (ОПКОП) основной группы, в лечении которых использовалась психотерапевтическая методика, через неделю после начала лечения интенсивность болевых ощущений достоверно снизилась с 3,79 ± 1,99 до 2,02 ± 1,95 ($p < 0,001$); через месяц, после окончания терапии этот показатель составил 1,42 ± 1,6 и также статистически значимо отличался от значений, полученных до начала лечения ($p < 0,001$).

В контрольной группе больных, в лечении которых психотерапевтическая методика не использовалась через неделю после начала лечения выраженность болевых переживаний практически не изменилась с 3,33 ± 1,95 — 3,33 ± 1,79 ($p = 1,00$), через месяц этот показатель хотя и уменьшился (2,88 ± 1,77), но не достиг статистически значимых различий с первоначальными показателями ($p > 0,36$).

До начала терапии пациенты обеих групп достоверно не различались в оценке своих болевых ощущений по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (3,79 ± 1,99 и 3,33 ± 1,95 соответственно ($p > 0,25$)), то уже через неделю после начала лечения больные с ХБС при ОПКОП в лечении которых использовалась психотерапевтическая методика «Ролевое переключение», отмечали более выраженное снижение уровня боли и значимо отличались от обследованных контрольной группы (соответственно 2,02 ± 1,95 и 3,33 ± 1,79; $p < 0,001$)). После

терапии (через месяц) интенсивность болевых ощущений у пациентов основной группы также была значительно ниже, чем у больных с ХБС при ОПКОП, составивших контрольную группу (1,42 ± 1,6 и 2,88 ± 1,77 соответственно ($p < 0,001$)).

Исследование характера (сенсорного и аффективного компонентов) и интенсивности болевых ощущений у больных с ХБС при ОПКОП проводилось с помощью Опросника Боли МакГилла (короткая форма) трижды: до начала лечения, через неделю и через месяц после психотерапии.

У больных с ХБС при ОПКОП основной группы, в лечении которых использовалась методика «Ролевое переключение», до начала лечения в большей степени был выражен сенсорный компонент боли — 5,16 ± ± 3,85, показатель аффективного компонента составлял 1,66 ± 2,05. Через неделю в основной группе наблюдалось достоверное снижение по всем параметрам опросника: сенсорный балл уменьшился до 2,02 ± 2,59 ($p < 0,001$), аффективный — до 0,33 ± 0,79 ($p < 0,001$), общий балл — до 2,34 ± 3,15 ($p < 0,001$) (изначально он составлял 6,82 ± 5,01), индекс интенсивности существующей боли (ИСБ) снизился с 1,9 ± 0,79 до 0,97 ± ± 0,77 ($p < 0,001$).

Через месяц, после окончания терапии эти показатели составили: 1,03 ± 1,53, 0,21 ± 0,58, 1,24 ± 1,87 и 0,82 ± 0,8 (соответственно сенсорный, аффективный, общий баллы и индекс ИСБ), они также статистически значимо отличались от значений, полученных до начала лечения ($p < 0,001$). Достоверные различия между результатами, полученными через неделю и через месяц лечения, определялись только в отношении сенсорного балла ($p < 0,04$).

У больных с ХБС при ОПКОП (контрольная группа), в лечении которых не использовалась психотерапевтическая методика «Ролевое переключение», также наблюдалась тенденция к снижению количественных показателей сенсорного (соответственно: 4,0 ± 3,6; 3,35 ± 2,9; 2,92 ± ± 3,88), аффективного (0,85 ± 1,23; 0,7 ± 1,16; 0,62 ± 0,98), общего балла (4,85 ± 4,48; 4,05 ± 3,49; 3,54 ± 4,55), индекса ИСБ (1,65 ± 0,53; 1,65 ± ± 0,48; 1,46 ± 0,58). Однако ни по одной шкале Опросника Боли МакГилла у больных контрольной группы статистически значимых различий данных, полученных на трех этапах исследования, не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, результаты исследования показывают, что включение в систему лечения ХБС при ОПКОП краткосрочной, мультимодальной психотерапевтической методики «Ролевое переключение» приводит к достоверному снижению интенсивности болевого синдрома.

ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ ПАЦИЕНТА

Бондаренко Р. В., Жила Н. Г., Петров Г. Г.
Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск, Россия

Известно, что в ходе консервативного лечения различного рода контрактур и деформаций стопы ортопедами и травматологами применяются этапные корригирующие и редрессирующие повязки. Метод традиционный и весьма эффективный. При этом многими воспринимается как безопасный и простой в применении.

В процессе практической работы нами отмечено, что консервативная ортопедическая коррекция последствий травмы стопы, пороков ее развития неизбежно вызывает субъективную реакцию со стороны пациента. Так, например, у пациента, страдающего врожденной косолапостью тяжелой степени, одномоментная коррекция деформации стопы на 5–10 % не вызывает видимых неприятных ощущений. При коррекции в пределах 10–20 % пациент испытывает выраженные болевые ощущения, которые выражаются либо непосредственными жалобами, либо беспокойством и криком. Превышение двадцати процентного порога коррекции приводит к стойкому, непрекращающемуся беспокойству, нарушениям сна, аппетита и прочим реакциям истощения.

Физически врач, разумеется, не в состоянии воспринять боль в той же мере, что и пациент. Но существуют другие уровни: чувственный, интеллектуальный.

С целью определения способности врача воспринимать боль своего пациента, мы решили провести небольшое исследование. Интересно, что объектом исследования на этот раз оказались не пациенты, а сами доктора. Тестирование не было обременительным. Врачам ортопедам-травматологам, в количестве одиннадцати человек, включая специалистов первой и высшей категории, был задан единственный вопрос, который звучал следующим образом: «При консервативном лечении патологии стопы вы зачастую пользуетесь корригирующими жесткими повязками. На какие критерии вы ориентируетесь, определяя степень необходимой коррекции во время наложения повязки?». В исследовании были задействованы специалисты, включая врачей первой и высшей категории.

Результат превзошел даже наши пессимистичные ожидания. Доктора перечислили от одного до шести различных критериев. Слово «боль» прозвучало лишь в одном случае, правда, на первом месте в списке из

шести критериев у одного из тестируемых. В одном случае тестируемый указал два широко трактуемых пункта: собственные ощущения и реакцию пациента. Можно предположить, что под вторым номером он имел в виду болевую реакцию, но это только гипотеза.

Таким образом, на наш взгляд логично сделать заключение о том, что при работе с пациентом специалисты, которые призваны бороться с его страданиями, не придают особого значения наиболее явному их проявлению — боли. А это в первую очередь немилосердно, а во вторую — неразумно, поскольку боль является и составляющей, и причиной многих патофизиологических механизмов.

В связи с этим мы хотели бы отметить, что болевой синдром — это не только специальная медицинская проблема, но и в очень большой степени вопрос деонтологический и философский, и нам очень жаль, что этот ракурс рассмотрения проблемы не вошел в число основных направлений конференции. Считаем, что отмеченная нами проблема требует детальной разработки и вдумчивого профессионального осмысления при оказании медицинской помощи детям с ортопедической патологией.

ИНТЕГРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, ИХ АППАРАТУРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Картавенко С. С., Загорулько О. И., Гнездилов А. В., Медведева Л. А.

Клинико-диагностический отдел ГУ РНЦХ им. Б. В. Петровского РАМН, г. Москва, Россия

Распространенные в настоящее время медикаментозные и немедикаментозные методики не всегда способны обеспечивать действенную помощь больным при лечении болевых синдромов (особенно хронических) и реабилитации в послеоперационном периоде, а также при нарушении (вследствие заболеваний или травм) функций нервно-мышечного аппарата. Им присущи и те или иные недостатки (нежелательные побочные эффекты, неудобство использования и др.). В этой связи есть необходимость продолжать поиск возможностей повышения эффективности и безопасности терапии указанной патологии.

В последнее десятилетие нами делается акцент на исследовании возможностей новых интегративных технологий лечения болевых

синдромов и функциональной реабилитации на основе комбинации уже показавшего свою высокую эффективность и применяемого в повседневной практике отделения терапии болевых синдромов РНЦХ метода резонансной электропунктурной аналгезии и терапии (РЭАТ) с другими методиками.

Метод РЭАТ основан на неинвазивном (посредством накожных электродов) дозированном резонансном электровоздействии синусоидальными сложномодулированными токами на зоны акупунктурных точек и на другие области тела. Этот метод применялся как в комбинации с фармакотерапией, так и с немедикаментозными средствами — классической акупунктурой, аурикулярной микроиглотерапией, мануальной терапией, а также с гомеопатическими препаратами и еще рядом средств. Объективизацию действенности такого рода интегративных методик осуществляли посредством тепловизионного и электронейромиографического контроля, визуально-аналоговой шкалы боли, компьютерной пульсометрии и других методов.

В результате исследований установлена возможность обеспечения посредством метода РЭАТ и используемой для его реализации аппаратуры не только выраженного аналгетического эффекта (до 5 его видов), но и еще около 20 различного вида лечебных эффектов, включая воздействующие на ряд важных патогенетических механизмов возникновения боли. Однако, поскольку степень проявления этих эффектов может быть различной (в зависимости от характера патологии, стадии ее развития, индивидуальных особенностей пациента и еще ряда факторов), мы пришли к заключению о необходимости рационального дополнения РЭАТ другими методиками, что позволяет достигать лечебного эффекта более быстро, в более выраженной степени и одновременно с большей безопасностью для пациентов.

Оказалось реальным осуществление действенной патогенетической терапии целого ряда хронических и часто рецидивирующих болевых синдромов (в том числе, таких обычно очень трудно поддающихся лечению, как невралгия тройничного нерва, постгерпетическая невралгия и некоторых других) и различного вида функциональных нарушений в деятельности организма. В итоге установлена возможность повышения на 15–40 % эффективности лечения (с учетом времени проявления, степени выраженности и продолжительности сохранения достигнутых положительных результатов) этих видов патологии посредством применения разработанных новых интегративных методик с использованием РЭАТ.

В настоящее время в стадии налаживания промышленного серийного производства находится комплекс высокоэффективной и удобной в использовании аппаратуры, специально предназначенной для лечения с применением РЭАТ различного вида болевых синдромов, функциональных нарушений в деятельности организма и ряда заболеваний. Планируется обучение на базе РНЦХ РАМН врачей разных специальностей (рефлексотерапевтов, неврологов, анестезиологов, реаниматологов и др.) методу РЭАТ и новым интегративным методикам с его использованием.

БОЛЬ И ДЕПРЕССИЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Корнетов Н. А.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия

Как известно под болью понимается тягостное ощущение, выступающее следствием анатомического или патофизиологического повреждения организма Биопсихофизиологическое значение боли заключается в предупреждающем сигнале о наличии повреждающего фактора и необходимости его устранения или снижения действия. Разделение боли на дискретные временные промежутки: острая, рецидивирующая, хроническая в целом дает ориентацию в практической медицинской деятельности. А. М. Вейн (с соавт., 2002) выделяют постоянную (монотонную) или эпизодическую (до силы приступа), боль длится не менее 15 дней в течение месяца с длительностью 3–6 мес. Локализация при опросе шире, чем предъявляется в начале, сенестопатическая окраска боли ярче обычной, отмечается болевой анамнез у пациента и родственников, проторенные пути боли (травма, операции, опоясывающий лишай). Коморбидные соматические заболевания и психические расстройства с нашей точки зрения следует рассматривать отдельно ввиду многофакторности их характера.

Целью исследования являлась терапия легких и умеренных депрессивных эпизодов с тревожными нарушениями, для которых характерны различные боли напряжения и соматизацией не отвечающей повреждения или нарушения систем с персистентным течением в амбулаторных условиях. Затяжное хроническое течение депрессии было связано с ее длительностью, неадекватной терапией (субпоро-

говые дозы трициклических, длительный прием бензодиазепинов, анархической полипрагмазией). Всего получило терапию серотонинергическими антидепрессантами (СИОЗС) 42 пациента в сочетании с формальной психотерапией.

Общий эффект антидепрессивной терапии в течение 1 года с краткосрочной терапией структуры внутренних переживаний, поведенческой терапией составил 68 % полного выздоровления до преморбидного уровня, а также улучшение качества жизни на 10 %; в противоположность исходному показателю. Значительное улучшение — 12 % с контролем симптомов соматизации или тревоги без существенного напряжения с рекомендацией активного разнообразия образа жизни; улучшение — 8 %. Два случая оказались нонреспондерами к СИОЗС, ТЦА. Кроме того, эти пациенты также имели фиксированные соматизированные нарушения, которые носили явно патологический способ адаптации к внутрисемейным отношениям.

Типичное оформление хронической боли при депрессии составляли утомляемость и слабость, нарушения сна, аппетита и веса, вегетативная дисфункция, снижение либидо, чувство напряженности, скованности, тревоги.

Согласно стандарта острая фаза терапии депрессивных расстройств при адекватном лечении антидепрессантами II поколения длится 12–14 недель, после чего наступает фаза «продолжающаяся терапии», часто с остаточными явлениями. Когда боль не поддается медицинскому лечению и переходит в категорию хронической, > 6 месяцев — «модель болезни» теряет свое значение. Переход к психологической концепции — модель научения, согласно которой болевое поведение приобретается в результате обусловливания, боль становится неотъемлемой частью образа жизни и привычного состояния индивидуума, а не только сенсорным феноменом. Пациенты с хронической болью: убеждены в ее органическом происхождении отрицают любые психологические причины,. могут сопротивляются рассмотрению не соматических причин и лечению. (Корнетов, ВПА, Модуль II, 2002). В ярком виде хроническая боль может быть признаком тревожного, депрессивного, соматоформного, диссоциативного расстройств.

Что касается депрессии, то анализ нашего материала показал, что в порядке наибольшей частоты наблюдаются: расстройство ЦНС, неопределенные признаки нездоровья, желудочно-кишечные расстройства, мышечная и костная система, сердечно-сосудистая система; наименьшей — дыхательные пути, мочеполовая система, органы

чувств, кожа. Типичными стереотипными психологическими оценками боли у пациентов были головная боль, боль в спине, плечах, конечностях, местах ранних травм и повреждений. Особенности проявлений болей заключались большей частью разнообразием соматических расстройств, ипохондрическими симптомами, соматопсихическими ощущениями различных органов и систем нередко со стойкой сенестопатической окраской.

Анализ историй болезни и всей динамики психотерапии показали, что в хроническом психологическом оформлении боли когнитивные расстройства в существенной степени определяют новый стиль поведения страдания, ассоциированный с определенным мышлением, поведением.

А. Бек сформулировал характерную триаду направления мыслей при депрессии: негативные представления о самом себе с поведением жертвы, негативное отношение к с фиксацией на отрицательных ситуациях, пессимистические мысли в отношении будущего. В психотерапевтическом фокусе данного направления находятся психологические проблемы, которые часто вызваны, искаженными представлениями и неправильным обучением, которые обусловливают нарушение адаптивных способов поведения. Мы выделили лишь часть повторяющихся когнитивно-сенсорных переживаний в модели болевого поведения.

1 тип хронического с психологической детерминацией болевого поведения может быть определен как «крушение Эго», его катастрофичность. В данном случае любое неприятное ощущение, плохое самочувствие гипертрофируется до плохих для здоровья предвестников. Например, боли в суставе предвещают паралич и инвалидность. Боли в голове — предвестники опухоли или кровозлияния в мозг.

2 тип может быть определен как «гиперчувствительность». Для данного варианта хронического болевого состояния характерны психосенсориальное снижение толерантности к интерорецепторным сигналам, которое приводит к гиперестетически-гиперпатическим соматическим ощущениям разнообразного характера: от парестезий, элементарных сенестопатий до очерченных болевых ощущений. Пациенты постоянно жалуются на неприятные ощущения и боль, с трудом их переносят. Характерная ипохондрия, вытеснение психологических факторов их расстройства. Считают себя исключительно соматически больными, принимают множество и длительно обезболивающие лекарства, демонстрируют зависимость от врачей, склонны к низкому комплайенсу.

3 тип как хроническое чувство невозможности к длительному напряжению из-за появления тяжести и боли в мышцах, голове, общего чувства разбитости, ломоты в теле, тревоги можно обозначить как »астения-анергия», «боли перегрузки и изнеможения». Особенно сложным периодом в терапии такого рода хронических психологических расстройств являются паттерны болевого поведения, включенные в основные сферы активной жизнедеятельности.

Бек А. Когнитивная терапия депрессий // Моск. психотерапевтический журн. — 1996. — № 3. — С. 69–92.

Вейн А. М., Вознесенская Т. Г., Голубев В. Л., Дюкова Г. М. Депрессия в неврологической практике. М.: МИА,2002. С. 155.

Образовательная программа по депрессивным расстройствам WPA/PTD. Модуль 2: Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях (с прил.) // Пер. с англ. по общ. ред. Н. А. Корнетова. — Киев: Сфера. — 2002. — 69 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С НЕКОТОРЫМИ ВИДАМИ БОЛЕЙ В ОРОФАЦИАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Сухова Т. В., Лемецкая Т. И., Рослякова О. В., Гришина Н. В., Сухов В. Д.

Московский государственный Медико-стоматологический университет, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Нами изучены психологические особенности стоматологических пациентов, обратившихся по поводу жалоб на чувство боли и жжения в полости рта.

При обследовании были выделены две основные группы пациентов: в первую вошли больные глоссодинией, во вторую — плоским лишаем (ПЛ) слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Глоссодиния (синдром жжения полости рта) — заболевание с персистирующей орофациальной болью, не сопровождающееся морфологическими изменениями СОПР и языка.

Плоский лишай (ПЛ) относится к дерматозам с поражением кожи и слизистых оболочек. Изолированное поражение СОПР наблюдается до 75 % случаев.

Известно, что длительные изнуряющие боли приводят к изменению соматического и эмоционального состояния пациентов, формируя компенсаторно-защитные и поведенческие реакции пациента.

Цель исследования изучение психологических особенностей больных глоссодинией и пациентов с ПЛ СОПР и изменения этих показателей после проведенной терапии.

Методы исследования: изучены неврологический, стоматологический, психологический статусы. Клинико-неврологическое обследование включало неврологический осмотр с определением интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ боли), стоматологическое обследование — оценку стоматологического статуса больных, состояния СОПР. Использовали психологические тесты: «Самочувствие, Активность, Настроение» (САН) — (Доскин В. А. с соавт., 1973); тест Спилбергера Г. Д. — Ханина Ю. Л. для определения уровней реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ), тест Бека на выявление депрессии, MMPI (Березин Ф. Б. и соавт., 1976), Статистическая обработка результатов проводилась с помощью t-критерия Стьюдента с помощью пакета программ «Statist».

Результаты исследования. В первой группе обследовано 20 пациентов глоссодинией в возрасте от 31 до 80 лет (18 женщин и 2 мужчин). Преобладали пациенты в возрасте старше 50 лет. Субъективные ощущения, проявляющиеся в полости рта, у подавляющего большинства сводились к жгучим болевым ощущениям, сухости во рту, исчезающими или значительно ослабевающими при еде или разговоре. Интенсивность боли больные преимущественно оценивали в 4-5 баллов, что соответствует средней выраженности болевого синдрома. В анамнезе большинство больных отмечали нервное перенапряжение, стрессовые ситуации.

Во второй группе под наблюдением находилось 18 больных ПЛ (17 женщин и 1 мужчина) в возрасте от 23 до 78 лет. Преобладали пациенты в возрасте старше 50–60 лет. По клиническим формам больные ПЛ распределились следующим образом: с типичной формой 4 пациента, экссудативно-гиперемической — 2, эрозивно-язвенной — 12. Жалобы больных при обращении к врачу определялись формой ПЛ: при типичной форме пациенты отмечали шероховатость слизистой оболочки, изменение вида её; при экссудативно-гиперемической форме и особенно эрозивно-язвенной преобладали боль, жжение при еде, при чистке зубов, появление «язв» во рту. Интенсивность боли пациенты преимущественно оценивали в 2–3 балла. В анамнезе боль-

шинство больных отмечали нервное перенапряжение, стрессовые ситуации, нередко с ними следовало обострение ПЛ.

Контрольную группу составили 15 человек, не имеющих болевых синдромов и сопоставимых по возрасту.

Все больные отмечали плохой сон, были раздражительны, плаксивы, не верили в успех лечения при длительности заболевания от 6 месяцев до 25 лет. Результаты психологического тестирования выявили у большинства пациентов двух групп плохое самочувствие, низкую активность и сниженное настроение (САН) (Доскин с соавт., 1973) по сравнению с контрольной группой.

В первой группе у больных выявили умеренный уровень тревоги (Спилбергер Г. Д. — Ханин Ю. Л.), соответствующий (в баллах) (M ± m) РТ — 39,9 ± 1,7, ЛТ — 38,5 ± 2,1; наличие выраженной депрессии (21,0 ± 5,2 баллов) по тесту Бека. Максимальная выраженность депрессии определялась у пациентов более молодого возраста, с увеличением возраста уровень депрессии уменьшался.

При проведении многостороннего исследования личности (MMPI) установлено, что это люди эмоционально неустойчивые со смешанным типом реагирования с конфликтным сочетанием разноплановых тенденций, с сенесто-тревожным типом личности и избыточной эмоциональной напряженностью, выбирающие механизм психологической защиты по типу «бегство в болезнь» и создающего почву для психосоматических расстройств. Отмечаются повышенная раздражительность, нервозность, неустойчивая самооценка, трудности в межличностных отношениях. Кодированный профиль по Уэшу в первой группе имеет следующий вид: 1*37``2`894-5/06: F-KL/.

Во второй группе психологическое тестирование выявило высокие показатели уровня тревоги РТ (в баллах) (M ± m) — 53,3 ± 2,8, ЛТ — 50,6 ± 3,4; наличие мягкой степени депрессии (15,1 ± 2,5 баллов) по тесту Бека.

При проведении теста MMPI установлено, что это дисгармоничные личности со смешанным типом реагирования с преобладанием гипостенических тенденций, люди эмоционально неустойчивые, с конфликтным сочетанием разноплановых тенденций. Самооценка у них неустойчивая. Отмечается повышенная нервозность, слезливость, трудности в межличностных отношениях. Ограничение сферы общения у них связано с ощущением соматического неблагополучия. Соматические симптомы используются как средство разрешения конфликтных ситуаций, уменьшения напряженности и как способ избегать ответствен-

ности или уменьшить ее. Испытывают потребность в глубоких и прочных контактах с окружающими. Преобладают защитные механизмы: проекция, рационализация, трансформация в психосоматическое расстройство, «желательность болезни». Кодированный профиль по Уэшу во второй группе имеет следующий вид: 1-387246/905:FKL.

В зависимости от выявленных психологических особенностей пациентам было проведено комплексное лечение с добавлением анксиолитиков или антидепрессантов.

Больные глоссодинией получали нейролептики (сонапакс по 25 мг 2 раза в день и др.) и антидепрессанты (амитриптилин по 25 мг 2–3 раза в день, флуоксетин 20 мг в сутки однократно утром).

Пациентам с ПЛ проводили санацию полости рта и назначали анксиолитик и антиоксидант мексидол по 0,125 мг 2–3 раза в день (60–90 таблеток), а при экссудативно-гиперемической и эрозивно-язвенной форме — инъекции 5 % раствора мексидола под элементы поражения (до 10 инъекций). Пациенты чистили зубы пастой «Mexidol dent Fito», в качестве кератопластика использовали масляный раствор витамина А, Тыквеол, мазь Радевит, назначали ротовые ванночки лизоцима.

После курса лечения состояние пациентов значительно улучшилось, интенсивность болевого синдрома снизилась на 25 % от исходного уровня, значительно снизились уровни тревожности и депрессии. При оценке профиля MMPI выявлено сохранение характера профиля при снижении уровней пиковых шкал.

Таким образом, изучение психологических особенностей пациентов поможет врачу изменить нарушенные отношения личности пациента и подобрать адекватную терапию.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сухова Т. В., Зыкова А. А., Лавренова Н. Ю., Сухов В. Д.

Московский государственный медико-стоматологический университет, г. Москва, Россия

Среди факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) и ее последствий не последнее место отводят напряженной умственной или ответственной работе и другим занятиям, требующим непрерывного нервного напряжения, определенному психологическому типу личности.

При чрезмерном, слишком частом и длительном или постоянном аффективном напряжении может развиться психовегетативный синдром, хронические эмоциональные состояния обусловливают хронические висцеровегетативные расстройства.

Цель исследования: изучение психологических особенностей больных ИБС и их изменения под влиянием антидепрессанта паксила.

Методы исследования: использовали психологические тесты: «Самочувствие, Активность, Настроение» (САН) — (Доскин В. А. с соавт., 1973); восьмицветовой тест Люшера М. (алгоритм Л. Н. Собчик, 2001); тест Спилбергера Г. Д. — Ханина Ю. Л. для определения уровней личностной и реактивной тревожности (ЛТ и РТ), тест Бека на выявление депрессии, опросник Айзенка Г. EPI — на экстраверсию и нейротизм, опросник на выявление вегетативных изменений (Вейн А. М., 1998). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью t-критерия Стьюдента и пакета программ «Statist».

Результаты исследовании. Под наблюдением находились 37 человек (20 мужчин и 17 женщин). Средний возраст пациентов 67 ± 0,6 лет. В зависимости от проводимого лечения пациенты были разделены на 2 группы. Контрольная группа состояла из 25 пациентов получавших традиционное лечение. Основную группу составили 12 человек, сопоставимые по возрасту, получавшие дополнительно антидепрессант паксил.

Результаты психологического тестирования выявили у всех пациентов плохое самочувствие, сниженные активность и настроение (тест САН). Испытуемые предъявляли жалобы на снижение работоспособности, повышенную утомляемость, раздражительность, нарушение сна. Восьмицветовой тест М. Люшера выявил у большинства пациентов наличие стресса, фрустрации и тревоги; тест Спилбергера Г. Д. — Ханина Ю. Л. — высокие показатели уровня тревоги (средние баллы РТ (M ± m) — в основной в контрольной группах были равны 59,8 ± 0,8 и 61,0 ± 0,9, средние баллы ЛТ — 56,4 ± 0,96 и 55,8 ± 0,8 соответственно); тест Бека — наличие депрессии (21,0 ± 0,9 баллов и 22,3 ± ± 0,8 баллов соответственно). У пациентов выявлены выраженные вегетативные изменения, превышающие норму в два раза (38,2 ± 1,1 и 36,5 ± 0,4 баллов соответственно в основной и контрольной группах при норме 15 баллов) (Вейн А. М.. 1998). Большинство пациентов — эмоционально нестабильные интроверты (Айзенк Г.). Кроме того, 65 % из них повышенно тревожны, склонны болезненно переживать неудачи, эмоционально нестабильны, что подтверждается результатами других тестов.

Перспективные исследования показали, что пациенты с различными проявлениями ИБС обладают соответственно разными наборами личностных черт.

Тест Люшера выявил у большинства больных ИБС смешанный тип реагирования с преобладанием пассивно-оборонительных тенденций, межличностный конфликт, наличие стресса, фрустации, ригидность установок, эмоциональную лабильность, незрелость. Пациенты испытывали трудности в межличностных отношениях, неосознаваемую тревожность, эмотивное напряжение, отвергали потребность в активности. У больных преобладали потребности в эмоциональной вовлеченности, защищенности, в общении. Отмечается агрессивность защитного характера, вегетативная неустойчивость.

Результаты лечения. После курса лечения все пациенты отмечали улучшение самочувствия, повышение настроения, уменьшение раздражительности, тревожности, что подтверждено результатами психологических тестов. В основной группе после приема таблеток паксила эти показатели значительно отличались от результатов в контрольной группе ($p < 0,05$). Так результаты тестирования самочувствия в основной и контрольной группах увеличились до 5,0 ± 0,1 и 3,83 ± 0,06 соответственно, настроения — до 5,67 ± 0,08 и 4,63 ± 0,09, РТ снизилась до 43,5 ± 0,38 и 51,4 ± 0,69, депрессия — до 12,2 ± 0,38 и 22,1 ± 0,65, ипохондрия до 19,3 ± 0,83 и 37,1 ± 1,0 соответственно.

Наличие в преморбиде склонности к ипохондрическим проявлениям, психастенических черт характера отягощают течение и прогноз заболевания в отношении сроков реабилитации больных.

Заключение. В настоящее время приоритетными при лечении хронической боли являются антидепрессанты, обладающие серотонинергической активностью. Паксил (группа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина), обладает антидепрессивным и анксиолитическим действием при достаточно выраженном стимулирующем (активизирующем) эффекте.

Таким образом, комплексная терапия больных ИБС с добавлением антидепрессанта паксила носит характер патогенетической направленности и может быть рекомендована как метод выбора в терапии ИБС. Нами продолжается работа по наблюдению за больными ИБС с целью уточнения курса лечения и оценки отдаленных результатов.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Сухова Т. В., Рабинович С. А., Таптунова Г. Г, Турбин А. В., Штанг О. М., Новикова С. Г., Сухов В. Д., Зиновьев И. А.

Московский государственный Медико-стоматологический университет, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, г. Москва, Россия

Болевые синдромы челюстно-лицевой области (ЧЛО) неврогенного или одонтогенного происхождения, их мучительный характер, проблемы диагностики и лечения, особенно в амбулаторно-поликлинической практике, предопределяют значимость этой патологии как в научном, так и в практическом плане.

В клинической практике хронические непароксизмальные прозопалгии представлены болевыми синдромами, причиной которых является либо травматическое повреждение мелких ветвей тройничного нерва, либо мышечно-соматическая дисфункция лица (височно-нижнечелюстное расстройство). Установлено, что при хронической боли имеется недостаточность антиноцицептивных систем, которые тесно связаны с эмоционально-мотивационной сферой человека. Болевой синдром формирует компенсаторно-защитные и поведенческие реакции пациента. Выявление типологических особенностей личности и доминирующих механизмов психологической защиты больных с хроническими непароксизмальными прозопалгиями поможет изменить нарушенные отношения личности и разработать программы комплексного лечения.

Цель исследования: изучить психологические особенности пациентов с хроническими непароксизмальными прозопалгиями: невропатией тройничного нерва и болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава и их изменения после проведенного комплексного лечения с применением методов рефлексотерапии.

Методы исследования: изучены неврологический, психологический статусы. Клинико-неврологическое обследование включало неврологический осмотр с определением интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ боли). Использовали психологические тесты: «Самочувствие, Активность, Настроение» (САН) — (Доскин В. А. с соавт., 1973); восьмицветовой тест Люшера М. (алгоритм Л. Н. Собчик, 2001); тест Спилбергера Г. Д. — Ханина Ю. Л. для определения уровней

тревожности, тест Бека на выявление депрессии, MMPI (Березин Ф. Б. и соавт., 1976), личностный опросник Айзенка Г., опросник на выявление вегетативных изменений (Вейн А. М., 1998). Применяли традиционные и современные технологии китайской, японской, корейской медицины. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью t-критерия Стьюдента с помощью пакета программ «Statist».

Результаты: обследовано 42 пациента в возрасте от 19 до 73 лет с невропатией тройничного нерва (первая группа) и 16 больных с болевой дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава в возрасте от 22 до 65 лет (вторая группа). Контрольную группу составили 15 человек, не имеющих болевых синдромов и сопоставимых по возрасту.

У всех пациентов выявлено: низкие показатели уровней самочувствия, активности, настроения (САН) по сравнению с контрольной группой, высокие показатели по «шкале боли» опросника «ВАШ» (M ± m) (у пациентов первой группы — 5,7 ± 0,08, у больных второй группы — 6,2 ± 0,11); выраженные вегетативные изменения — в первой группе (28,2 ± 3,4 баллов при норме 15 баллов) (Вейн А. М.) во второй — (35,9 ± ± 3,5); наличие стресса, фрустрации и тревоги (Люшер М.), высокие показатели уровня тревоги (Спилбергер Г. Д. — Ханин Ю. Л.) по сравнению с контрольной группой, кроме того, во второй группе показатели личностной тревоги (ЛТ) — (50 ± 3,6) преобладали над реактивной (РТ) — (46 ± ± 3,1); наличие мягкой степени депрессии по тесту Бека — в первой группе (11,2 ± 2,3 балла) и (14,1 ± 1,8) во второй группе. Большинство пациентов — эмоционально нестабильные интроверты (Айзенк Г.).

При проведении многостороннего исследования личности (MMPI) установлено, что это люди эмоционально неустойчивые, с конфликтным сочетанием разноплановых тенденций — эксплозивный тип личности, со смешанным типом реагирования с преобладанием стенических тенденций. Отмечаются повышенная раздражительность, нервозность, неустойчивая самооценка, трудности в межличностных отношениях.

Кодированный профиль по Уэшу в первой группе имеет следующий вид:8`7491-63/02:5#F-K/L:, во второй группе — 138267-4950/F-KL:

Преобладают защитные механизмы: вытеснение, рационализация, проекция, трансформация в психосоматическое расстройство, «уход в болезнь».

Тест Люшера выявил эмоциональную неустойчивость, преобладание потребности в эмоциональной вовлеченности и защищенности, в общении. Отмечается оборонительность, агрессивность защитного

характера, т. е. смешанный тип реагирования по неустойчиво импульмивному типу. Стремление действовать и добиваться успеха они отвергали, выражали протест.

Установлены корреляционные зависимости между уровнем нейротизма (Айзенк Г.) и личностной тревожностью (Спилбергер Г. Д. — Ханин Ю. Л.), аутизацией (MMPI) и уровнем тревожности. Увеличение депрессии коррелировало с длительностью заболевания.

Пациентам проведено комплексное лечение с применением традиционных и современных методов рефлексотерапии (РТ). В результате лечения состояние пациентов значительно улучшилось. Отмечено статистически достоверное снижение уровней болевой чувствительности по «шкале боли» (ВАШ боли), тревожности и депрессии, повышение уровня самочувствия, активности, настроения (САН), результаты которых приблизились к норме.

При болевыех синдромах челюстно-лицевой области неврогенного и одонтогенного происхождения возникает реальная угроза развития осложнений со стороны общесоматического состояния больного. Для профилактики возможных осложнений целесообразно использовать методы РТ на всех этапах лечения.

Таким образом, кроме эмоциональных нарушений у больных с хроническими непароксизмальными прозопалгиями наблюдаются нарушения поведения и нейровегетативной регуляции внутренних органов, т. е. они выбирают защитный механизм соматизации тревоги, который проявляется в психовегетативных синдромах путем трансформации психоэмоционального напряжения сенсорно-моторными актами.

Выводы: анализ психологических тестов помогает врачу оценить структуру субъективных болевых ощущений пациента и подобрать адекватное лечение. Обезболивающее и стресс-лимитирующее действие РТ обуславливают весьма широкий спектр показаний к её применению в стоматологии.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ, ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Федянин С. А., Шумахер Г. И., Федянин А. С., Быкодаров А. В., Кац А. Л.

ГУЗ Краевая клиническая больница,
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул, Россия

Введение

После проведения оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков задним доступом у части пациентов болевой синдром либо сохраняется, либо возникает вновь, после периода ремиссии. Число таких больных составляет от 15 до 60 % (Латышева В. Я., 1977; Andrew D., Lavyne M., 1990). У данных пациентов боль приобретает хронический характер, что связано с длительным, затяжным течением заболевания. В этом случае в патологический процесс дополнительно вовлекаются центральные отделы нервной системы. В свою очередь центральные нейродинамические нарушения тесно связанны с психической деятельностью (Антонов И. П. и др., 1988). Это приводит к тревожным и депрессивным расстройствам. Депрессивные расстройства влияют на реактивность паравертебральных мышц и восприятие болевых ощущений, что в итоге формирует порочный круг «боль — депрессия — боль». Таким образом, целью исследования являлось выявление депрессивных расстройств у больных перенесших оперативное лечение задним доступом по поводу грыж межпозвонковых дисков в отдаленном (более 1 года) периоде.

Материалы и методы

Было обследовано 215 больных. Среди них мужчин было 116 (54 %), женщин — 99 (46 %). Средний возраст 45,6 ± 0,6 лет. Срок от момента операции 7,4 ± 0,4 года. Больным проводился неврологический осмотр, рентгенография, магнитно-резонансная томография, ультрасонография. Для выявления депрессии проводились консультация психотерапевта и тестирование по шкале Цунга. Оценка выраженности депрессии определялась в зависимости от суммы набранных баллов. При сумме баллов менее 50 диагностировалось отсутствие депрессии, от 51 до 59 легкая депрессия, от 60 до 69 — субдепрессивное состояние или маскированная депрессия, более 70 баллов — депрессия.

Результаты исследования

В результате исследования больные были разделены на пять групп в зависимости от причин болевого синдрома. Первую группу составили больные с рецидивом грыж межпозвонковых дисков в прооперированном позвоночно-двигательном сегменте (ПДС) — 84 (39,1 %) пациента. Вторую группу составили больные с рецидивом болевого синдрома вследствие образования грыж в смежных с прооперированными ПДС — 48 (22,3 %) пациентов. В третьей группе причиной боли являлись развитие и прогрессия спондилеза и спондилоартроза — 38 (17,7 %) больных. У 36 (16,7 %) обследованных больных четвертой группы, рецидив развился вследствие стеноза позвоночного канала. В пятой группе состоящей из 9 (4,2 %) больных причиной дорсалгии являлся асептический эпидурит.

Признаки депрессивных расстройств были выявлены у 101 (47 %) больного. В 62 (61,4 %) случаях была диагностирована легкая депрессия. У 35 (35,4 %) пациентов выявлялось субдепрессивное состояние. У 4 (3,2 %) больных диагностировалась депрессия. Основными проявлениями депрессивных расстройств являлись: астения, снижение настроения и жизненной активности, утрата прежних интересов и полового влечения, пессимистические настроения и расстройства сна, а так же идеи собственной никчемности и снижение самооценки.

Распространенность и выраженность депрессивных расстройств отличались в группах больных с различными причинами возобновления болевого синдрома. У пациентов первой группы изменения психологического статуса были выявлены в 45 (53,6 %) случаях. Среди них депрессия диагностирована у 2 (2,4 %) больных, субдепрессивные состояния у 14 (16,7 %) пациентов, а маскированная депрессия у 29 (34,5 %) больных. У пациентов второй группы изменения психологического статуса диагностировались в 18 (37,5 %) случаях. Депрессии у них не выявлялись. Субдепрессивные состояния диагностировались у 4 (8,3 %) больных, маскированная депрессия была выявлена у 14 (29,1 %) больных. Среди больных третьей группы психологический статус изменялся в 9 (25 %) случаях. Субдепрессивное состояние выявлялось у 4 (11,1 %) больных, а признаки легкой депрессии у 5 (13,9 %) пациентов. В четвертой группе изменения психологического статуса были диагностированы у 23 (60,5 %) пациентов. Депрессия была выявлена у 1 (2,6 %) больного, субдепрессивное состояние у 10 (26,3 %) пациентов, признаки легкой, маскированной депрессии диагностировались у 12 (31,6 %) больных. У больных пя-

той группы изменения психологического статуса диагностировались у 6 (66,7 %) пациентов. Среди них депрессии выявлялись в 1 (11,1 %) случае, субдепрессивные состояния у 3 (33,3 %) больных и легкая депрессия у 2 (22,2 %) пациентов.

Выводы

1. У пациентов с синдромом неудачной операции на спине основными причинами рецидива болевого синдрома являются: грыжи межпозвонковых дисков в прооперированном и смежных ПДС, спондилез и спондилоартроз, стеноз позвоночного канала и рубцовый эпидурит.

2. Депрессивные расстройства у данных больных развиваются в 47 % случаев, среди них преобладает легкая и маскированная депрессии.

3. Преимущественно депрессивные расстройства развиваются при рецидивах грыж межпозвонковых дисков в прооперированных ПДС, при стенозе позвоночного канала и рубцово-спаечным эпидурите.

4. Реабилитационные мероприятия у больных с рецидивом боли в отдаленном послеоперационном периоде необходимо проводить с учетом причин рецидива и возможности развития депрессивных расстройств. При выявлении депрессии патогенетически оправдано проведение психотерапии и назначение антидепрессантов.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С «СИНДРОМОМ НЕУДАЧНОЙ ОПЕРАЦИИ НА СПИНЕ»

Федянин С. А., Федянин А. С., Шумахер Г. И.,
Красноперова Н. Ю., Быкодаров А. В., Кац А. Л.
ГУЗ Краевая клиническая больница,
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет,
г. Барнаул, Россия

Введение

Радикальным методом терапии острой люмбоишиалгии, обусловленной грыжей межпозвонкового диска, является оперативное лечение. Несмотря на это, после хирургического удаления грыж межпозвонковых дисков проблема рецидивов болевого синдрома остается актуальной. Среди пациентов прооперированных классическим задним доступом, в 57,2 % не удается достигнуть стойкой ремиссии болевого синдрома (Аул Ш. А., Долженко Д. А., 2002). Основными причинами сохранения и рецидива боли в отдаленном послеоперационном пе-

риоде выступают рецидивы грыж межпозвонковых дисков, эпидурит, спондилоартроз (Борзунов А. А., Древаль О. Н., 2006). Боль у таких пациентов нередко приобретает хронический характер. Хронический болевой синдром в свою очередь приводит к развитию эмоциональных и депрессивных расстройств, отрицательно влияющих на процесс лечения данных больных (Григорьева В. Н. 2004). Возможности фармакотерапии депрессии у пациентов с рецидивом болевого синдрома в отдаленном периоде оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков изучены не достаточно. Целью работы являлось изучение эффективности применения антидепрессанта азафен в терапии депрессивных расстройств, возникающих при хроническом болевом синдроме у пациентов с «синдромом неудачной операции на спине».

Материал и методы

Было отобрано 68 пациентов с хроническим болевым синдром в отдаленном послеоперационном периоде. У всех больных была диагностирована депрессия. Среди них женщин было 36 (53,5 %), мужчин 32 (46,5 %). Средний возраст составил 43,1 ± 0,1 года. Для выявления причин болевого синдрома применялись классический неврологический осмотр, рентгенография, магнитно-резонансная томография и ультрасонография поясничного отдела позвоночника. Депрессия диагностировалась психотерапевтом. Лечение депрессивных расстройств проводилось препаратом азафен (трициклический антидепрессант). Механизм действия препарата связан с неизбирательным ингибированием обратного захвата серотонина и норэпинефрина, что приводит к увеличению их концентрации в ЦНС. Показанием для его назначения являются астено- и тревожно-депрессивные состояния, инволюционной меланхолия, депрессии органического генеза, депрессии обусловленные соматическими заболеваниями, а также астенодепрессивные состояния невротического характера. Суточная доза препарата составляла 75 мг. Динамика депрессивных расстройств оценивалась на 30 день терапии с помощью опросника Цунга.

Результаты

Средний показатель уровня депрессии у обследованных больных составил 61,7 ± 0,8 балла. Легкая депрессия была диагностирована у 44 (64,7 %) пациентов, маскированная депрессия у 21 (30,9 %) больного, депрессия у 3 (4,4 %) пациентов.

Пациенты были разделены на пять групп в зависимости от причины рецидива болевого синдрома. Первую группу составили больные с рецидивом грыж межпозвонковых дисков — 21 (53,8 %) больной.

Среди них депрессия диагностировалась у 1 (4,8 %) пациента, субдепрессивные состояния (маскированная депрессия) у 9 (42,9 %) обследованных, легкая депрессия у 11 (52,3 %) больных. Уровень депрессии по шкале Цунга у них составил 60,0 ± 1,4 балла.

Во вторую группу были включены 14 (43,8 %) пациентов с грыжами в смежных с прооперированным сегментах. Субдепрессивное состояние среди них было выявлено у 9 (64,3 %) больных. Легкая депрессия у 5 (35,7 %) пациентов. Средний уровень депрессии по шкале Цунга составил 60,7 ± 1,5 балла.

В третью группу были включены больные со спондилезом и спондилоартрозом — 11 (45,8 %) пациентов. Среди них субдепрессивное состояние выявлялось у 7 (63,6 %) больных, а легкая депрессия у 4 (36,4 %) обследованных. Уровень депрессии по шкале Цунга составил в данной группе 60,5 ± 2.0 балла.

В четвертой группе причиной рецидива боли являлся стеноз позвоночного канала — 18 (75 %) пациентов. Депрессия была выявлена у 1 (5,9 %) пациента, субдепрессивное состояние у 11 (64,7 %) больных, легкая депрессия диагностировалась у 6 (29,4 %) пациентов. Уровень депрессии среди этих больных составил 63,4 ± 1,4 балла.

В пятой группе больных рецидив боли был обусловлен асептическим эпидуритом и арахноидальной кистой — 4 (5,9 %) пациента. Развернутая депрессия среди них была выявлена у 1 (25 %) больного. Маскированная депрессия была диагностирована у остальных 3 (75 %) пациентов. Средний уровень депрессии составил 69,8 ± 1,8 балла.

По истечении 30 дней от начала терапии было выявлено, что уровень депрессивных расстройств по шкале Цунга уменьшился и составил в среднем 50,6 ± 1,2 балла ($p < 0,05$).

При этом в первой группе больных маскированная депрессия выявлялась у 2 (9,5 %) пациентов, легкая депрессия у 12 (57,1 %) обследованных, у остальных 7 (33,3 %) больных депрессивных расстройств выявлено не было. В среднем показатель уровня депрессии составил 49,2 ± 2,5 балла.

У больных второй группы маскированная депрессия была выявлена у 1 (7,1 %) больного. Легкая депрессия диагностировалась у 5 (35,7 %) пациентов, у остальных 8 (57,2 %) больных признаков депрессивного расстройства выявить не удалось. Средний показатель уровня депрессии составил 49,7 ± 2,4 балла.

У больных третьей группы после лечения выраженность депрессии по шкале Цунга составила 45 ± 3,2 баллов. Легкая депрес-

сия была у 5 (45,5 %) пациентов, у 6 (54,5 %) больных депрессивных расстройств не было.

В четвертой группе уровень депрессии составил 54,8 ± 2,2 баллов. Маскированная депрессия выявлялась у 4 (23,5 %) больных, легкая депрессия у 9 (53 %) больных, у остальных 4 (23,5 %) пациентов депрессивных расстройств не диагностировалось.

У больных пятой группы маскированная депрессия сохранилась у 1 (25 %) больного и легкая депрессия у 3 (75 %) пациентов. В среднем уровень депрессии составил после лечения 58,7 ± 3,0 баллов.

Заключение

Назначение антидепрессанта азафен позволяет достоверно влиять на выраженность депрессивных расстройств у больных с «синдромом неудачной операции на спине». На 30 день от начала терапии депрессивные расстройства полностью купировались у 25 (36,8 %) больных. Наибольший антидепрессивный эффект отмечался у пациентов с рецидивом болевого синдрома, являющегося следствием спондилеза и спондилоартроза. Наименее эффективным является лечение пациентов с рецидивом болевого синдрома при эпидурите и арахноидальных кистах. Несмотря на то, что полученные в ходе исследования результаты являются промежуточными, в связи необходимостью более длительного применения антидепрессанта, они указывают на эффективность препарата в терапии депрессии у пациентов с «синдромом неудачной операции на спине».

ДОГОСПИТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

Шмунк Е. В., Корнетов Н. А.

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск, Россия

Целью исследования является изучение особенностей догоспитального периода пациентов, страдающих депрессивными расстройствами с болевыми синдромами.

Исследование проводилось в отделении тревожных и депрессивных расстройств Томской клинической психиатрической больницы. Диагностика осуществлялась по исследовательским диагности-

ческим критериям МКБ-10. В процессе исследования использовался «Стандартизированный опросник дрейфа пациентов с симптомами депрессии в общесоматической сети» и шкала Гамильтона, версия для сезонного аффективного расстройства (SIGH-SAD).

В исследование включались лица 18 лет и старше, впервые госпитализированные в психиатрический стационар, страдающие депрессивными расстройствами аффективного спектра. Из исследования исключались лица с депрессивными расстройствами, контактировавшие с психиатрической службой ранее. Обработка данных производилась при помощи прикладного программного пакета «Statistica» с использованием непараметрических методов.

Было обследовано 60 пациентов. Из них мужчины составили 31,5 %, женщины 68,5 %. Средний возраст испытуемых был 46 лет (в диапазоне от 21 до 64 года). Чаще всего при госпитализации в отделение тревожных и депрессивных расстройств у пациентов были диагностированы однократные депрессивные эпизоды (60 % случаев), рекуррентное депрессивное расстройство встречалось у 17,5 % больных.

Было показано, что 67,5 % пациентов с депрессивными расстройствами испытывают боли в области сердца, 47,5 % — неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта, 72,5 % — боли в теле различной локализации (голове, шее, спине, суставах, позвоночнике). До поступления в отделение тревожных и депрессивных расстройств такие пациенты достоверно чаще ($p = 0,02$) госпитализировались в соматические стационары, «выпадая» из ритма жизни, где проходили терапию соматотропными препаратами, не приносящую облегчения. Пациенты с жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта достоверно чаще обращались к врачам первичной сети ($p = 0,001$) и проходили большее количество обследований ($p = 0,035$).

При поступлении в отделение тревожных и депрессивных расстройств пациентам назначалась медикаментозная терапия антидепрессантами. На фоне лечения отмечалась положительная динамика с редукцией депрессивных переживаний. Так, средний балл по шкале SIGH-SAD при поступлении составил 28,1 ± 8,4 балла. С течением времени величина баллов по шкале убывала: через 2 недели до 17 ± 8,2 балла, через 4 недели до 9,5 ± 6,9 балла и через 6 недель до 5,9 ± 5,9 балла. При этом болевые телесные ощущения были наиболее устойчивы к терапии, и в 62 % случаев сохранялись на протяжении 4 недель терапии, а в 13 % в течение 6 недель.

Таким образом, пациенты, обращающиеся за помощью к врачам первичной сети с жалобами на болевые ощущения, должны быть обязательно обследованы на предмет депрессии. Такие пациенты достоверно чаще проходят многочисленные обследования, госпитализируются и получают неэффективное лечение. Правильная диагностика и своевременно начатая антидепрессивная терапия позволяет снизить материальные затраты и уменьшить страдания больных.

Проблема боли широко распространена. Решающую роль в патогенезе ГБН имеет депрессия. Хронические боли являются одним из клинических признаков депрессии, наряду с жалобами на сниженное настроение, астению и нарушения сна. При скрытой депрессии хроническая боль любой локализации, в том числе и головная боль, часто ее единственное проявление.

Часто за фасадом боли кроется депрессия.

Наиболее типичными болевыми синдромами при депрессии являются боли в спине, шее, головные боли, хотя возможны боли другой локализации — в области сердца, абдоминальные. Абдоминальный синдром. Боли, тяжесть, распирание, чувство холода или жара в животе, запоры или понос, тошнота и отрыжка, снижение аппетита.. Эпизоды схваткообразной боли. Состояние ухудшается ночью и утром, улучшается во второй половине дня. Часто больные неоднократно вызывают скорую помощь, поступают в больницы с подозрением на острый аппендицит, холецистит, пищевое отравление или внематочную беременность. Лечение у терапевтов и хирургов не приносит облегчения.

Головная боль. Головная боль без четкой локализации, чувство распирания или сжимания головы, жжение, ползание мурашек в голове. Состояние ухудшается ночью и утром, улучшается во второй половине дня. Обезболивающие средства почти неэффективны. Такие больные получают диагноз «мигрень» или «вегето-сосудистая дистония». Годами лечатся без эффекта.

Лицевая боль. Имитирует невралгию тройничного или языкоглоточного нервов, болезни височно-нижнечелюстного сустава, зубов. Иногда доведенные болью до отчаяния, больные просят стоматологов удалить им совершенно здоровые зубы, что иногда приносит временное облегчение. Провоцирующим боль фактором часто является протезирование зубов. Маска может проявляться ощущениями шершавости, онемения или «волосатости» языка.

Кардиалгия. Имитирует боль в сердце, сердцебиение, перебои, жжение или холод за грудиной. Результаты кардиограммы не соот-

ветствует жалобам больного. Сердечные препараты уменьшают боль, но не снимают ее полностью. При маске — стенокардии нитроглицерин не эффективен.

Артралгия. Имитирует радикулиты, болезни суставов, мышечные боли и невралгии. Рентгенологическая картина не соответствует характеру жалоб больного. Зона боли не соответствует зоне поражения какого-либо нерва или сустава.

На базе отделения тревожных и депрессивных расстройств Томской клинической психиатрической больницы было проведено исследование 40 пациентов страдающих депрессивными расстройствами аффективного спектра, в котором было показано, что 72,5 % пациентов с депрессивными расстройствами испытывали боли в области сердца — 67,5 %, боли и другие неприятные ощущения в теле 72,5 %. Такие пациенты достоверно чаще госпитализировались в соматические стационары, «выпадая» из жизни. Может быть глянуть у них больничные листы, обследования. Посмотреть препараты — какие, количество.

При поступлении в отделение … пациентам назначалась медикаментозная терапия антидепрессантами группы СИОЗС (флуоксетин 20 мг и т. д.). на фоне лечения отмечалась положительная динамика с редукцией болевой симптоматики уже на 1–2 неделе курса лечения.

При этом пациенты предъявляли жалобы на: тоску и подавленность 100 %, беспокойство — 95 %, нарушение сна — 92,5 %, неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта — 47,5 %, снижение энергичности, утомляемость — 97,5 %, изменение аппетита и массы тела — 80 %, отсутствие интересов и удовольствия — 95 %, изменение настроения перед менструацией — 12,5 % сердцебиение, боли в области сердца — 67,5 %, боли и другие неприятные ощущения в теле 72,5 %.

В среднем пациенты проходили по три исследования (от 0 до 9) за период наблюдения в первичной сети. С увеличением длительности периода расстройства до обращения в стационар возрастало число проводимых обследований в первичной сети ($p = 0,00004$). Из всех обследованных пациентов 11 человек (27,5 %) проходили стационарное лечение в соматическом стационаре до поступления в отделение тревожных и депрессивных расстройств. Количество госпитализаций варьировало от 1 до 4. Большее количество госпитализаций приходилось на пациентов с жалобами на боли и неприятные телесные ощущения ($p = 0,02$) и снижение энергичности ($p = 0,02$). Пациенты с жалобами желудочно-кишечного тракта достоверно чаще обращались к

врачам первичной сети (p = 0,001) и проходили большее количество обследований (p = 0,035). С момента появления расстройств 11 пациентов (27,5 %) были вынуждены взять больничный лист, период нетрудоспособности за последний года при этом составлял в среднем 4,2 дня на человека (максимум 42 дня).

ТЕМПЕРАТУРНО-ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ БИОУПРАВЛЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЦЕФАЛГИЙ

Шубина О. С., Филатова О. В.

ОГУЗ «Новосибирская Государственная областная клиническая больница», г. Новосибирск, Россия

Головная боль (ГБ) — наиболее распространенный болевой синдром у пациентов среднего возраста. Согласно второму изданию Международной классификации головных болей (МКГБ-II) выделяют первичные и вторичные головные боли. Однако, несмотря на то, что классификация имеет детальный и поэтапный диагностический алгоритм, на практике часто приходится сталкиваться с проблемой четкой дифференциации одного типа ГБ от другого. Например, в симптомокомплексе у больных с головной болью напряжения (ГБН) имеются признаки головных болей по ангиодистоническому типу и наоборот.

Эффективность использования метода биоуправления, базирующегося на принципе биологической обратной связи (БОС) при лечении краниалгий доказана многочисленными исследованиями. При лечении мигрени большинство авторов используют температурный БОС-тренинг (Gauthier J. G., 1991; Grazzi L., 1999), а при головной боли напряжения электромиографический БОС фронтальной мышечной группы (Bussone G., 1998; Рябус М. В., 1999). В случае смешанных цефалгий бывает проблематично отдать предпочтение какому-либо одному виду тренинга и целесообразно проводить комбинированный температурно-электромиографичесий БОС-тренинг, направленный одновременно на повышение температуры среднего пальца ведущей руки и на снижение вольтажа электромиограммы фронтальной группы мышц.

Целью исследования было изучить динамику основных ритмов электроэнцефалограммы, температуры и электромиограммы в режи-

ме температурно-электромиографического у пациентов, страдающих головной болью напряжения и головными болями.

Контингентом исследования послужили 34 пациента неврологического отделения. Из них 19 пациентов с хронической головной болью напряжения и 15 пациентов, страдающих мигренью.

Пациентам было проведено от 8 до 12 сеансов температурно-электромиографического БОС-тренинга с использованием аппаратно-программного комплекса BOSLAB. Больные получали инструкцию одновременно повышать температуру среднего пальца ведущей руки и снижать вольтаж электромиограммы фронтальной группы мышц.

Продолжительность сеансов составляла 20 минут. Во время тренинга проводился мониторинг основных ритмов ЭЭГ при монтаже электродов F-4, O-2 (схема «10–20»).

Анализ полученных данных позволил показать динамику нейрофизиологических показателей в режиме биоуправления. Исходное среднее значение электромиограммы больных ГБН (17,69 ± 2,18 мкВ) было достоверно выше, чем в группе больных с мигренью (13,29 ± ± 0,84 мкВ) $P < 0,05$. Среднее значение температуры у больных с мигренью перед началом тренинга (82,48F ± 1,58) было достоверно ниже, чем у пациентов с ГБН (88,7F ± 0,94). Исходные значения альфа-ритма в обеих группах не различались. Среднее значение бета-ритма в группе больных с ГБН (13,04 ± 2,73 мкВ) и тета-ритма (18,59 ± 4,55 мкВ) было достоверно выше, чем у больных с мигренью (8,67 ± 1,07 мкВ и 8,86 ± ± 1,2 мкВ соответственно), $P < 0,05$.

Как при головной боли напряжения, так и при мигрени средние значения температуры стали достоверно выше после окончания первого сеанса. После проведения первого сеанса нивелировалось различие между группами по показателю электромиограммы. Сохранилась исходная достоверность различий по температуре, амплитуде бета- и тета-ритмов электроэнцефалограммы.

Перед началом последнего сеанса различия между группами по температуре, бета- и тета-ритма ЭЭГ отсутствовали. После последнего сеанса отсутствие достоверных различий между всеми показателями в группах ГБН и мигрени сохранялось.

После последнего сеанса средние значения амплитуд основных ритмов ЭЭГ в группе больных с ГБН не изменились. Они изменились в группе больных с мигренью: амплитуда альфа-ритма стала достоверно выше. Уровень электромиограммы после последнего сеанса достоверно снизился, а среднее значение температуры стало достовер-

но выше в обеих группах. Средние значения интенсивности головной боли, оцениваемые с помощью визуальной аналоговой шкалы, стали достоверно ниже после окончания и первого, и последнего сеансов.

Таким образом, метод температурно-электромиографического биоуправления можно рассматривать как универсальный метод биоповеденческой терапии, одинаково эффективный как при лечении головной боли напряжения, так и при терапии мигрени.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИБОРА DFR/DZ «ДОМАШНИЙ ВРАЧ» В НЕВРОЛОГИИ

Юдин А. В., Фатхуллина Н. А.

Городская клиническая больница № 1, г. Тольятти, Россия

Из множества существующих методов купирования разной этиологии болевых синдромов наиболее современными, легкоприминимыми и безопасными являются неинвазивные чрезкожные методы электровоздействия, что особенно актуально в нашу эпоху всевозрастающей опасности СПИДа и гепатита. В этом смысле определенным достоинством, с нашей точки зрения, обладает аппарат из группы ЧЭНС «Домашний врач», относящийся к новому поколению портативных приборов с воздействием на рефлекторные зоны импульсными токами низкой чистоты. Прибор портативен: умещается на ладони, имеет вес 140 грамм; 6 режимов воздействия и таймер времени. Воздействие осуществляется с помощью двух активных электродов с клейким токопроводящим покрытием, не повреждающим кожный покров.

Целью работы явилось изучение эффективности применения прибора «Домашний врач» при комплексном лечении болевых синдромов у неврологических больных.

Материалы и методы

Обследовано и пролечено 58 больных гетерогенными болевыми синдромами, из которых 32 пациента с головными и лицевыми болями (сосудистые, посттравматические энцефалопатии, лицевые и тригеминальные невропатии); 26 пациентов — с болями в шейной и поясничной области вследствие раздражения или сдавления соответствующих корешков грыжами межпозвонковых дисков. Возраст больных от 17 до 63 лет, среди которых 27 мужчин и 31 женщина.

Выраженность боли оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Всем больным проведено общеклиническое, неврологическое и инструментальное (КТ, УЗДГ, ЭЭГ, ЭМГ и др.) обследование. Всем больным проводилось лечение по известным схемам терапии острой боли с применением анальгетиков, НПВС, спазмолитиков, противоотечных средств с добавлением при необходимости антиконвульсантов и антидепрессантов. Кроме того, больным первой группы (n = 30) проводились сеансы электростимуляции БАТ от одного до трех раз в день по 20–30 мину т в течение 7–10 дней при помощи низкочастотного прибора DFR/DZ «Домашний врач» производства КНР. Больным контрольной группы (n = 28) в дополнение к медикаментозным назначались известные физиотерапевтические методы.

Результаты

Полное исчезновение или значительное уменьшение болей по данным ВАШ (от 9–8 до 2–1 баллов) происходило на 3–4 день лечения у больных первой группы и лишь на 5–6 день в контрольной группе. Кроме того, нами отмечена более ранняя положительная динамика у больных, лечившихся прибором: уменьшение головокружения и шума у больных с энцефалопатией, увеличение силы мышц лица и конечностей, а также объема движений в пораженных ПДС у больных лицевыми невропатиями и вертеброгениями. Нельзя не отметить более интенсивное уменьшение в среднем на 2,6 ± 0,4 дня вегетативных и астенических проявлений, расстройств сна и настроения у больных основной группы по сравнению с контрольной.

Выводы

Результаты клинических исследований указывают на высокую эффективность применения прибора DFR/DZ «Домашний врач» при лечении неврологических больных, позволяя ускорить процесс выздоровления и сократить количество применяемых лекарств. Аппарат легко применим в домашних условиях, позволяет устранить множество болезненных проблем, тем самым, улучшая качество жизни.

АУТОАНАЛЬГЕЗИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В РЕЖИМЕ ОТВЕТСТВЕННОГО САМОЛЕЧЕНИЯ

Бабичева Н. А., Скальский С. В.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования Росздрава
Омская государственная медицинская академия, г. Омск, Россия

В течение 2005 г. проведено анкетирование жителей города Омска с целью изучения фармакоэпидемиологии аутоанальгезии у пациентов с болевым синдромом на амбулаторном этапе.

Используемые материалы: анкеты респондентов и отчеты о результатах экономической деятельности государственных и коммерческих аптечных учреждений.

Методы исследования: социологический, статистические.

Результаты: участвующим в исследовании была предложена анкета, состоявшая из двадцати шести вопросов. В анкетировании приняло участие 570 случайно выбранных омичей. Распределение респондентов по половому признаку показало следующее соотношение: женщины — 65,5 %, мужчины — 34,5 %. Критериями включения являлись возраст от 18 лет и старше, постоянное место жительства в г. Омске и образование от полного среднего до высшего. Критериями исключения — медицинское и фармацевтическое образование.

В ходе исследования установлено, что 69 % опрошенных принимали лекарственные средства с целью обезболивания. Наиболее частыми болевыми синдромами, при возникновении которых жители г. Омска применяли лекарственные препараты с анальгетической активностью, были

у мужчин:

- от 18 до 30 лет — головная боль (33,3 %), повышение температуры тела (24,1 %) и зубная боль (16,7 %);

- от 31 до 40 лет — головная боль (28,8 %), повышение температуры тела (15,4 %) и зубная боль (13,5 %);
- от 41 до 50 лет — повышение температуры тела (29,0 %), головная боль (19,4 %) и зубная боль (16,1 %);
- от 51 до 60 лет — боль в костях, суставах, мышцах (34,6 %), повышение температуры тела (23,1 %), зубная боль (23,1 %) и головная боль (19,2 %);
- от 61 до 70 лет — боль в различных отделах позвоночника (38,9 %), повышение температуры тела (22,2 %), боль в костях, суставах, мышцах (16,7 %) и головная боль (16,7 %);
- старше 70 лет — боль в костях, суставах, мышцах (25,0 %), повышение температуры тела (25,0 %), головная боль (25,0 %), боль в различных отделах позвоночника (18,8 %);

у женщин:

- от 18 до 30 лет — боли внизу живота при менструациях (42,3 %), повышение температуры тела (31,3 %), головная боль (31,3 %) и зубная боль (14,1 %);
- от 31 до 40 лет — повышение температуры тела (42,3 %), боли внизу живота при менструациях (40,8 %), головная боль (26,8 %), зубная боль (26,8 %), боль в различных отделах позвоночника (7,8 %);
- от 41 до 50 лет — головная боль (55,9 %), повышение температуры тела (40,7 %), зубная боль (33,9 %);
- от 51 до 60 лет — головная боль (45,9 %), повышение температуры тела (45,9 %), зубная боль (40,5 %), боль в различных отделах позвоночника (18,9 %);
- от 61 до 70 лет — головная боль (54,2 %), боль в костях, суставах, мышцах (41,7 %), повышение температуры тела (41,7 %), зубная боль (25,0 %);
- старше 70 лет — головная боль (73,7 %), боль в костях, суставах, мышцах (47,4 %), повышение температуры тела (42,1 %).

Респонденты-мужчины наиболее часто применяли следующие лекарственные средства с анальгетической активностью:

- при повышении температуры тела — парацетамол (93,2 %)
- при головной боли — анальгин (41,2 %) и цитрамон П (29,4 %)
- при зубной боли — кеторол (41,9 %)
- при боли в различных отделах позвоночника — диклофенак (75,0 %)

При этом предпочтения омичек отдавались следующим препаратам:

- при повышении температуры тела — парацетамол (80,0 %)

- при головной боли — цитрамон П (63,9 %)
- при болях внизу живота при менструациях — пенталгин (33,9 %), темпалгин (30,4 %), кеторол (14,3 %), анальгин (13,4 %)
- при зубной боли — кеторол (34,1 %), анальгин (28,2 %)
- при боли в различных отделах позвоночника — диклофенак (67,7 %)
- при боли после травмы — кеторол (37,5 %)
- при боли в костях, суставах, мышцах — диклофенак (15,2 %)

Заключение: таким образом, подавляющее большинство (69 %) опрошенных жителей города Омска приобретает и использует лекарственные средства с анальгетической активностью в режиме ответственного самолечения. Преобладают анальгетики, зарегистрированные в РФ более 20 лет назад. Это связано с семейными традициями, сложившимися у советских/российских граждан по предпочтениям, отдаваемым анальгетическим средствам, а с другой стороны — с крайне неудовлетворительной информированностью населения о современных возможностях фарминдустрии по обеспечению граждан качественными и современными препаратами, более эффективными и безопасными.

Результаты анкетирования показали отсутствие существенной разницы в предпочтениях, отдаваемых лекарственным средствам из группы ненаркотических анальгетиков при самолечении по поводу болевого синдрома между мужчинами и женщинами в одинаковых возрастных группах.

АНАЛЬГЕТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ДИПЕПТИДА TYR-PRO

Гузеватых Л. С., Воронина Т. А.*, Емельянова Т. Г.***, Андреева Л. А.**, Мясоедов Н. Ф.***

**ГУ Научно-исследовательский институт фармакологии РАМН, г. Москва, Россия, **Институт молекулярной генетики РАН, г. Москва, Россия, ***Институт химической физики РАН, г. Москва, Россия*

Проведенный математический анализ аминокислотных последовательностей 130 опиоидных пептидов, принадлежащих 30 семействам, выявил высокую частоту встречаемости дипептидной последовательности Tyr-Pro (Гузеватых, 2007).

Целью настоящего исследования явилось изучение анальгетической активности нового дипептида Tyr-Pro и двух его аналогов на моделях, характеризующих различный уровень организации болевой чувствительности, а также на фоне блокаторов опиоидных рецепторов.

Методы. Объектом исследования служили самцы нелинейных белых крыс массой 180–250 г и самцы беспородных мышей массой 20–22 г. Изучение анальгетической активности пептидов осуществляли в тестах: отдергивания хвоста, уксусных корчей, формалиновых болей и зажима основания хвоста.

Результаты. Дипептид Tyr-Pro в дозах 0,1, 1 и 10 мг/кг (в/б) увеличивал латентный период реакции в тесте отдергивания хвоста на протяжении 120 мин. Выраженность анальгетического эффекта зависела от дозы дипептида. Метилирование или амидирование С-концевого Pro уменьшало продолжительность анальгетического эффекта до 90 мин. Введение аминокислотных остатков Tyr и Pro порознь или в смеси в эквимолярном соотношении не вызывало анальгетического эффекта. Следовательно, обезболивающим эффектом обладает именно дипептид. Совместное введение антагониста μ, δ, κ, и σ-опиатных рецепторов налоксона (1 мг/кг, п/к) или met-налоксона, не проникающего через ГЭБ, (1 мг/кг, п/к) и Tyr-Pro (1 мг/кг, в/б) приводило к уменьшению анальгетического эффекта дипептида на 77 и 70 % соответственно.

В тесте уксусных корчей, Tyr-Pro в дозах 1 и 10 мг/кг снижал число болевых реакций до 55 и 5.5 % соответственно. Введение Tyr-Pro-NH_2 (1 мг/кг) также достоверно уменьшало число корчей до 29,4 %, а Tyr-Pro-OMe (1 мг/кг) — до 23,8 %. Следовательно, метилирование или амидирование С-концевого пролина способствует увеличению анальгетической активности дипептида в данном тесте. Совместное введение налоксона (1 мг/кг) или met-налоксона (1 мг/кг) с Tyr-Pro (1 мг/кг) приводило к устранению анальгетического эффекта дипептида. Совместное введение налоксона бензоилгидразона (10 мг/кг) — агониста $κ_3$ и антагониста ORL_1 и μ рецепторов, или налтриндола (5 мг/кг) — антагониста δ-опиатных рецепторов, с Tyr-Pro (1 мг/кг) усиливало анальгетический эффект. Совместное введение налтрексона (1 или 10 мг/кг) — антагониста μ, κ, δ, σ — опиатных рецепторов, или АМ (5 мг/кг) — антагониста CB_1 рецепторов, или 3-метоксиналтрексона (5 мг/кг), связывающегося с рецепторами морфин-6-β-glucuronide, и блокирующего анальгезию, вызванную эндоморфином-2, или налоксоназина (10 мг/кг) — антагониста $μ_1$–опиатных рецепторов, с Tyr-Pro (1 мг/кг) не оказывало влияния на анальгетический эффект дипептида. Таким образом, в тес-

те уксусных корчей Tyr-Pro обладал дозо-зависимой анальгетической активностью блокируемой налоксоном или met-налоксоном. Его аналоги Tyr-Pro-NH_2 и Tyr-Pro-OMe на модели висцеральных болей проявляли большую активность, чем сам дипептид.

В тесте формалиновых болей — модели болей, возникающих при разрезе кожи, Tyr-Pro в дозах 1 и 10 мг/кг вызывал достоверное уменьшение болевых реакций в I фазе, характеризующей воздействие на первичные афференты боли и во II фазе, характеризующей развитие болевой реакции при воспалении. Таким образом, дипептид Tyr-Pro вызывает снижение болевой чувствительности при раздражении первичных афферентов боли и при боли, вызванной воспалением.

В тесте зажима основания хвоста по методу Гаффнера, основанном на врожденной реакции скручивания крысы при механическом повреждении, Tyr-Pro в дозе 10 мг/кг снижал болевую чувствительность. Таким образом, Tyr-Pro в дозе 10 мг/кг проявлял анальгетическую активность в тесте зажима основания хвоста по методу Гаффнера.

Заключение. Таким образом, новый, теоретически предсказанный на основе анализа первичной последовательности опиоидных пептидов, дипептид Tyr-Pro проявляет анальгетическую активность при раздражении термо-, механо- и хеморецепторов боли. Дипептид является минимальной, из известных ранее, последовательностью, необходимой для проявления анальгезии при различных типах болей. Эффект пептида блокируется налоксоном и met-налоксоном, причем эффективность последнего указывает на его периферический механизм действия. Метилирование или амидирование С-концевого аминокислотного остатка Pro оказывает незначительное снижение или не изменяет анальгетическую активность пептида в тесте отдергивания хвоста и увеличивает в тесте уксусных корчей. Таким образом, новый дипептид может быть взят за основу для создания пептидных анальгетиков (Патент на изобретение № 2005111281/15 (013122)).

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (гранты № 06-04-48320, № 06-04-08206 офи) и Программы фундаментальных исследований Президиума РАН «Молекулярная и клеточная биология».

ТРАНСДЕРМАЛЬНАЯ СИСТЕМА ОПИОИДОВ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО И НЕОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Исакова М. Е., Брюзгин В. В., Павлова З. В.

РОНЦ им. Н. Н. Блохина, г. Москва, Россия

Опиоидные анальгетики центрального действия остаются основными лекарственными препаратами лечения болевых синдромов.

Представлены два мощных анальгетика в оригинальной лекарственной форме — трансдермальная система (ТДС), содержащая фентанил (ТДФ) — «Дюрогезик» и бупренорфин (ТДБ) — «Транстек». Общим для них свойством является пролонгированное анальгезирующее действие в течение 72 часов.

Материал и методы: 225 онкологических больных находились на лечении хронического болевого синдрома. Возраст пациентов от 34 до 77 лет. У всех больных диагноз верифицирован морфологически. У 112 пациентов боль развивалась на фоне основного заболевания и проводимой терапии, у остальных 57 пациентов боль развивалась на фоне нарушения обменных процессов в виде дегенеративных изменений, сопровождающихся обострением и мучительными болями.

Нейропатическая боль диагностирована у 92 больных, нейропатическая-ноцицептивная у 133 пациентов.

Длительность болевого синдрома сохранялась от 4 мес. до 2 лет. Интенсивность боли оценивалась по ШВО (0–4 бал.), физическая активность (1–5 бал.). С целью купирования боли пациенты принимали по 3 и более различных медикаментов: сильные опиоиды — 12 %, слабые — 70 %, НПВП — 50 %, антидепрессанты — 28 %, антиконвульсанты — 25,7 %, бензодиазепины — 17,4 %.

Трансдермальный фентанил (ТДФ) получали 169 больных. Начальная доза 25 мкг/час назначалась больным в зависимости от приёма слабых опиоидов и в дозе 50 мкг/час — сильных опиоидов. Продолжительность лечения ~ 112 дней. Трансдермальный бупренорфин (ТДБ) принимали 56 больных. Начальная доза — 35 мкг/час. Продолжительность лечения — 24 дня.

Результаты: на фоне проводимой терапии хороший обезболивающий эффект отмечен у 82,3 % пациентов. 57 больным, страдающих сильными болями неонкологического генеза, принимающих НПВП без эффекта наклеивали ТДФ в дозе 25 мкг/час. Через 20–22 часа отмечено снижение болевых ощущений, а зетем и полное их исчезно-

вение в течении 72 часов. За период наблюдения анальгетический эффект стабильно удерживался у 48 больных. Остальным 9 пациентам доза, фентанила была увеличена до 50 мкг/час и оставалась эффективной до окончания наблюдения. Нежелательные реакции отмечены у 22 % больных в основном типичных для большинства опиоидов (тошнота, рвота, запор, потливость и седация).

Заключение:

- Трансдермальная система, содержащая в себе опиоиды (фентанил или бупренорфин) эффективно купирует стабильную хроническую боль в течении 72 часов.
- Универсальная неинвазивная форма удобна в применении.
- Система надёжна, безопасна, не требует участия медперсонала.
- Трансдермальная система положила начало терапии хронической боли у неонкологических больных.

АТАРАКС В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Коваленко А. П.

Военно-медицинская академия, кафедра нервных болезней, г. Санкт-Петербург, Россия

При лечении больных с заболеваниями и травмами периферической нервной системы из комплекса терапии часто упускается необходимость применения лекарственных средств нормотимического действия. Известно, что любой болевой синдром длительностью более 10–14 дней, как правило, вызывает фиксацию и развитие элементов астено-невротического синдрома, даже у индивидов не склонных к этому. При этом удлиняются сроки восстановления, больной не отмечает положительной динамики, нарушается обратная связь с лечащим врачом, что осложняет оценку эффективности лечения.

Целью настоящего исследования явилось определение сферы и возможностей использования препарата Атаракс (гидроксизин) для купирования астено-невротического синдрома у больных заболеваниями и травмами периферической нервной системы.

Нами обследовано 20 больных с пояснично-крестцовым радикулитом затяжного течения и 10 больных с последствиями травм периферических нервов. Группы больных были репрезентативны по полу и возрасту. Критериями включения больных в исследование являлось

затяжной болевой синдром, отсутствие положительной динамики в жалобах пациента, при положительной динамике отмечаемой при объективном обследовании. Группу контроля составили 15 пациентов с аналогичной патологией. Верификация психологического состояния осуществлялась тестированием по методике Спилберга-Ханина с оценкой личностной и реактивной тревожности.

Препарат Атаракс назначался в суточной дозировке 50 мг. У 30 % процентов больных эффект отмечался уже на 2 сутки приёма. У остальной части больных эффект развивался на 5–7 сутки. Общие сроки приёма препарата занимали 2–3 недели. Положительный эффект отмечался в виде нормализации настроения и обращения внимания на улучшение собственного состояния, которое сразу отражалась и на ускорении объективно выявляемой положительной симптоматики. В 60 % случаев наблюдался побочный седативный эффект, проходящий в течение 2–3 дней. Положительным моментом в удобстве применения препарата было так же то, что он не относится к группе препаратов строгой учётности.

Таким образом, применение препарата Атаракс в базовой дозировке 50 мг/сутки целесообразно в комплексном лечении больных заболеваниями и травмами периферической нервной системы.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ НОВЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ ПРОСИДОЛА

Моисеева Л. М., Лукьянова М. С., Колтунова А. А.

ООО «Новокузнецкий научно-исследовательский химико-фармацевтический институт», г. Новокузнецк, Россия

Механизм формирования хронической боли связан с развертыванием в периферической и центральной нервной системе в ответ на длительную болевую стимуляцию ряда последовательных изменений, которые влекут за собой нарушения вегетативных функций и психики больного. В последнее время показано, что хронические болевые синдромы представляют собой самостоятельную болезнь, нуждающуюся в длительном лечении. Основной группой лекарственных средств при купировании болевых ощущений являются анальгетики. По механизму действия обезболивающие препараты делятся на центральные анальгетики, активирующие антиноцецептивные системы орга-

низма, в частности опиатную, и ненаркотические анальгетики, подавляющие синтез алкогенов как в центральной нервной системе, так и на периферии.

Основное побочное действие опиатных анальгетиков при длительном приеме, обусловленном характером лечения хронической боли, физическая или наркотическая зависимость, которая влечет за собой увеличение дозы препарата при разовом приеме или неспособность отказаться от него после окончания лечения. Одним из представителей последнего поколения анальгетиков центрального действия является просидол. Просидол — высокоэффективный анальгетик, применяемый при снятия боли сильной и средней интенсивности. При использовании просидола в высоких дозах, хотя и в меньшей степени, чем при введении морфина и промедола, отмечаться угнетение дыхания, тошнота, рвота, а при длительном применении не исключен риск развития пристрастия. Известно, что сочетанное применение или создание комбинаций опиатных анальгетиков с ненаркотическими обезболивающими средствами позволяет снизить дозы первых на 20–60 %, что влечет за собой снижения побочного действия наркотических анальгетиков.

Цель: изучить возможный характер анальгетического и токсического действия при комбинированном введении просидола с ненаркотическим анальгетиком парацетамолом. Выявить весовое соотношение просидола с парацетамолом в комбинации, при котором равный обезболивающий эффект достигался бы наименьшим количеством препаратов по сравнению с моновведением просидола и парацетамола.

Методы исследования: обезболивающую активность композиций просидол: парацетомол изучали в опытах на мышах (по 6 в группе) при химическом раздражении. Химическое раздражение (тест «уксусных корчей») вызывали у животных внутрибрюшинным введением 0,6 % уксусной кислоты, затем в течение 10 минут подсчитывали количество судорожных сокращений брюшных мышц, сопровождающихся вытягиванием задних конечностей («корчей»). Субстанции препаратов и их комбинации назначали внутрь за 30 минут до введения уксусной кислоты в различных весовых соотношениях. Степень анальгезии препаратов при моновведении и в комбинации оценивали в процентах по отношению к контролю. По данным экспериментов определяли $ЭД_{50}$ просидола, парацетамола при изолированном введении и в комбинации при определенных весовых соотношениях. Токсическое действие как изучаемых препаратов, так и их компози-

ций оценивали по количеству погибших животных в течении 24 часов и 2 недель, после однократного внутрижелудочного введения.

Характер анальгетического и токсического взаимодействия препаратов в комбинации оценивали, используя графический метод Loewe. Для определения характера анальгетического действия в комбинациях (суммирование, потенцирование или антагонизм) значения $ЭД_{50}$ препаратов в комбинации при определенном весовом соотношении, наносили на график и по положению точек относительно аддитивной линии, которая соединяет значение $ЭД_{50}$ препаратов при изолированном введении, судили о характере комбинированного действия. При оценке токсического взаимодействия препаратов на график наносили значение $ЛД_{50}$ препаратов в комбинации.

Результаты. Анализ экспериментальных данных показал, что при одновременном введении просидола и парацетамола происходит усиление их анальгетических свойств в весовых соотношениях 1:50 ÷ 100. Так равноэффективная доза просидола при изолированном введении больше дозы просидола в комбинации в 8–11 раз, а $ЭД_{50}$ парацетамола при монотерапии превосходит $ЭД_{50}$ в комбинации в 1,6–2,3 раза. По положению точек относительно аддитивной линии на графике можно говорить о значительном потенцировании анальгетического эффекта просидола парацетамолом. Наиболее перспективное соотношении просидол: парацетамол — 1:50.

Токсическое действие препаратов при изолированном введении выражено значительно сильнее, чем при их комбинированном назначении. Так, в весовых соотношениях 1:50 и 1:100 $ЛД_{50}$ комбинации превосходит $ЛД_{50}$ просидола в 4,2 и 4,14 раза, а $ЛД_{50}$ парацетамола в 1,4 и 1,2 раза, соответственно. Относительно аддитивной линии расположение показателей $ЛД_{50}$ комбинации указывает на то, что в весовом соотношении 1:50 наблюдается антагонизм в токсическом действии препаратов, а при соотношении 1:100 — потенцирование антагонистического действия.

При сравнении индексов широты фармакологического действия просидола, парацетамола и их композиции в различных весовых соотношениях показано, что комбинация просидол: парацетамол в весовом соотношении 1:50 незначительно уступает просидолу при моновведении (в 1,5 раза), но существенно превосходит по широте действия парацетамол (в 3 раза). Безопасность композиции просидол: парацетамол (1:100) уступает просидолу в 2,2 раза и в 2,1 раз выше, чем у парацетамола.

Экспериментальные исследования позволяют предполагать, что именно парацетамол вызывает значительное потенцирование обезболивающей активности просидола, так как, дозы парацетамола как при изолированном введении, так и в комбинации различаются незначительно (в 1,6–2,2 раза), в то время, как дозы просидола в комбинации меньше дозы при изолированном введении в 8,0–11,3 раза. Токсическое действие комбинации обусловлено токсическими эффектами парацетамола, но при этом $ЛД_{50}$ комбинации выше $ЛД_{50}$ препаратов при изолированном введении.

Таким образом, результаты проведенных экспериментов свидетельствуют о выраженной анальгетической активности и безопасности композиций на основе просидола, и могут служить основанием для разработки готовой лекарственной формы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРУКТУРЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ) С БОЛЕВОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ПРИ СОСТОЯНИИ ОТМЕНЫ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНЕЙ

Пронин С. В., Пронина Н. А., Пронин В. С.

АНО «Наркологическая больница «Витар», г. Новосибирск, Россия

В течение последних лет наркологами отмечается патоморфоз протекания состояния отмены у больных опийной наркоманией. Приоритетное место начинают занимать в структуре психопатологических нарушений это аффективные и диссомнические расстройства, что определяет тяжесть состояния больных. Это может способствовать формированию психогенного болевого синдрома (Бохан Н. А., 1996; Винникова М. А., 1999). Представляется важным прояснить значение телесных ощущений, возникающих в рамках состояния отмены опиатов (немедицинское применение). Многие исследователи пытаются их квалифицировать как боль и парестезии (Валентик Ю. В., 1999).

Цель исследования: влияние структуры потребления ПАВ на формирование психогенно обусловленной болевой симптоматики при состояниях отмены у опийных аддиктов.

Пациенты. Анализировались данные 1340 русскоязычных пациентов с опийной наркоманией в возрасте (M ± SD) 24 ± 7 лет. У всех пациентов по критериям ICD-X верифицирована вторая стадия зависимости.

Приводим перечень симптомов, включенных в шкалу оценки состояния отмены опиатов: зевота, слезотечение, светобоязнь, потливость, чихание, насморк, озноб, алгические проявления, мышечный дискомфорт, мидриаз, осознание влечения к ПАВ, дисфория, пониженное настроение, тревога, слабость, нарушения сна, диспепсия, изменения АД (АДС > 120 мм. рт. ст.), тахикардия (ЧСС > 92 уд. в мин). За основу взята не ступенчатая, а дихотомная шкала, т. е. регистрировалось наличие или отсутствие симптома. Далее рассчитывалось среднее артериальное давление, пульсовое давление. Депрессивные самооценки анализировались с помощью опросника Бека. В оценке влияния ПАВ использована статистическая методика расчета площади под ROC кривой (area under receiver operating characteristic curve — AUC). Всем пациентам проводилась традиционная психофармакологическая терапия, основанная на протоколе лечения МЗ РФ (приказ № 140 от 28.04.98 г.).

Нами были обнаружены статистически значимые различия в структуре потребления ПАВ в зависимости от типа наркотиков. Так потребители героина могли сочетать его прием с психостимуляторами (различными производными амфетамина и т. п.) OR = 5,13 (ДИ 1,18÷22,25; P = 0,013). На втором месте сочетание героина с седативными препаратами, принимаемые без назначения врача OR = 4,70 (ДИ 1,08÷20,43; P = 0,021). На третьем — сочетание с другие опиаты (промедол, морфин, трамал) OR = 4,0 (ДИ 0,51÷30,81; P = 0,212). Четвертое место занимают — сочетание с «самоназначаемыми» себе пациентами снотворными препаратами OR = 2,08 (ДИ 0,92÷4,73; P = 0,086).

Несколько иная картина у предпочитающих кустарные опиаты («ханка»). У них больший опыт немедицинского приема ампульного морфина, промедола, трамала и т. п. OR = 15,2 (ДИ 2,01÷115,28; P = 0,0001). На втором месте — различные галлюциногены OR = 2,86 (ДИ 0,93÷ 8,83; P = 0,062). Третья позиция — самоназначаемые или выпрашиваемые назначения снотворных у врачей различных специальностей OR = 1,93 (ДИ 1,10÷3,41; P = 0,025), седативных средств OR = 1,75 (ДИ 0,86÷3,57; P = 0,128). Здесь очень любим феназепам, который потребляется наркотическими аддиктами в значительных количествах. В эту же группу по вероятности сочетаний попадают кустарные опиаты, приготовленные на различных растворителях («химка») OR = 1,83 (ДИ 1,02÷3,28; P = 0,045). Естественно, что такое разнообразие применяемых ПАВ может привести к изменению болевой чувствительности.

Наверное, поэтому алгические проявления при состоянии отмены опиатов наблюдались только у 28,6 % от числа всех пациентов. При этом среди тех, у кого были отмечены болевые проявления, вызванные состоянием отмены, доминировали пациенты без коморбидности (P = 0,00001, χ^2 = 141,4, df = 2). Это дает возможность высказать гипотезу, находящую подтверждение в ряде исследований, об измененной болевой чувствительности наркотических аддиктов. Необходимо обратить внимание, что алгические проявления при состоянии отмены могут быть выражены у потребителей кустарных опиатов, приготовленных на различных растворителях («химка»), где OR = 3,37 (ДИ 1,73÷6,57; P = 0,001), у принимающих снотворные препараты (имован, радедорм и т. п.) OR = 2,48 (ДИ 1,16÷5,28; P = 0,024), седативные средства (феназепам и т. п.) OR = 16,19 (ДИ 11,80÷22,22; P = 0,0001).

Имеет свои клинические особенности и последствия сочетания героина и каннабиодов у пациентов с ЧМТ в анамнезе. Это значительно увеличивает у них риск болевой симптоматики OR = 4,2 (ДИ 0,81÷21,66; P = 0,083). При гепатитах B-C может усилить болевые проявления отмеченный прием «химки» и риск составит OR = 8,60 (ДИ 0,81÷91,57; P = 0,091). На это надо обратить внимание врачу, при первичной беседе с больным и выборе последующей, индивидуальной схемы лечения.

Представляется важным проследить с помощью статистики ROC анализа связь симптомов отмены с определенным типом ПАВ, наслаиваемым на регулярный прием опиатов. Исходно определимся, какие симптомы будут наиболее специфичны и могут представлять интерес для врача, как терапевтические мишени при последующих лечебных и реабилитационных мероприятиях. У «чистых» потребителей героина на момент обращения в случае приема наркотиков «сегодня» первичные проявления состояния отмены будут связаны с осознанием влечения к ПАВ AUC = 0,639; P = 0,235), алгическими проявлениями AUC = 0,59 (P = 0,017), ознобом (0,56; P = 0,112), дисфорией, тревожными расстройствами, потливостью, чиханием (0,53; P = 0,433). Посмотрим, имеет ли такую же определенную типологию «чистый» героиновый АС в шкалах опросника депрессии Бека. Получилась следующая картина, что при «чистом» героиновом АС пациентами будет отмечаться чувство несостоятельности OR = 4,10 (ДИ 0,49÷34,4; P = 0,154); ими фиксируется, что нарушается социальная связь OR = 4,81 (ДИ 0,59÷39,45; P = 0,102); изменяется восприятие образа своего тела OR = 3,51 (ДИ 1,0÷12,33; P = 0,029) и связанного с этим состояния охваченности теле-

сными ощущениями OR = 2,22 (ДИ 0,93÷5,33; P = 0,049). Появляется проблема со сном OR = 2,63 (ДИ 1,39÷4,94; P = 0,001).

Отмечено, что у лиц с органическим поражением головного мозга опийный абстинентный синдром характеризуется более тяжелым и затяжным течением. В структуре АС у этой категории больных психотические состояния встречаются намного чаще, чем в случаях неосложненного протекания АС. Выраженность психических расстройств значимо коррелирует с высокой суточной дозой наркотика, наличием в анамнезе повторных ЧМТ, первичной зависимостью к барбитуратам и алкоголю.

В группе высокого риска (СрАД > 88 мм. рт. ст.) могут быть алгические жалобы (r = 0,5; P < 0,05). При задержке с коррекцией таких нарушений начинаются негативные высказывания, психопатоподобные проявления (18 %). Показатель среднего артериального давления статистически значимо коррелирует с алгическими жалобами, неусидчивостью, двигательным беспокойством, отказом от лечения.

Тяжесть проявления АС может быть более выраженной при одновременном наличии коморбидной патологии головного мозга травматического генеза и гепатита В-С, что значительно увеличивает риск проявления аффективных нарушений OR = 5,5 (95 % ДИ 0,9÷33,1; P = 0,004), диссомнических OR = 3,0 (95 % ДИ 1,1÷7,5) и в меньшей степени алгических жалоб OR = 1,4 (95 % ДИ 0,7÷2,5). Хотя возможно аффективные нарушения и есть психическое проявление болевой симптоматики и патологического влечения к ПАВ.

В заключении подчеркнем, что у пациентов с алгическими проявлениями в анамнезе необходимо проводить оценку эмоциональной сферы, т. к. часто пониженное настроение ассоциируется с влечением к наркотикам и обостряют восприятие боли. Изменение структуры потребления ПАВ приводит к аффективным нарушениям, которые маскируют болевую симптоматику при состоянии отмены наркотиков.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ В РЯДЕ РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В ПЕРИОД 2001–2005 ГГ.

Пчелинцев М. В., Звартау Э. Э., Кубынин А. Н.

СПбГМУ им. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: проанализировать информацию, содержащуюся в рецептах на наркотические анальгетики, выписанные пациентам по месту жительства за период 2001–2005 гг., проследить общие закономерности, рассчитать средние значения дозовых параметров использования препаратов — наркотических анальгетиков для популяции больных, которой выписывались рецепты на наркотические анальгетики в рассматриваемый период.

Методы: проведен анализ рецептов, выписанных амбулаторным пациентам на наркотические анальгетики в 17 поликлиниках 4 административных районов Санкт-Петербурга 844 больным. Получена и проанализирована информация о названии выписанного препарата, его лекарственной форме, суточной дозе, количестве дней, на которое он был назначен пациенту.

Результаты. В проанализированный нами период с 2001 по 2005 гг. пациентам выписывались: парентеральные лекарственные формы препаратов: морфина гидрохлорид (1 % раствор в ампулах по 1 мл), омнопон (2 % раствор в ампулах по 1 мл), промедол (2 % раствор в ампулах по 2 мл) и энтеральная пролонгированная форма морфина — МСТ — континус (таблетки 30, 60 и 100 мг). Предпочтения по выписыванию препаратов распределились следующим образом: в 60–70 % случаев в зависимости от анализируемого года пациентам выписывался омнопон, в 20–30 % — морфин и в 7-10 % случаев — промедол. Энтеральная пролонгированная форма морфина: МСТ-континус (таблетки 30, 60 и 100 мг) была выписана только в 2005 году 24 пациентам из 102 или 24 % пациентам, из тех которым были выписаны рецепты на наркотические анальгетики в 2005 году в проанализированной популяции. Был произведен расчет средних показателей количеств препарата, выписывавшихся пациентам на сутки. Так, оказалось, что в среднем выписывалось в сутки в разные годы от 22,52 до 29,59 мг морфина для парентерального введения, от 44,02 до 54,28 мг омнопона и от 28,54 до 38,51 мг промедола. Учитывая разницу в абсолютной анальгетической активности препаратов, был произведен пересчет

средних суточных доз различных наркотических анальгетиков, на анальгетический эквивалент морфина в миллиграммах, что позволило оценить среднюю дозу в «парентеральном морфиновом эквиваленте», выписывавшуюся пациентам в среднем на сутки. При пересчете оказалось, что количество наркотических анальгетиков, выписываемое в среднем на одного пациента в сутки, мало менялось в разные годы и составляло 17,41–22,65 мг «эквивалентного морфина». Следует отметить, что это меньше, чем 30 мг — средняя суточная доза морфина для парентерального введения, рекомендованная в клинических руководствах. Анализ распределения величин средних суточных доз в перерасчете на парентеральный морфин у конкретных пациентов за все анализируемые годы продемонстрировал, что у большинства пациентов (77,01 %) средние дозы не превышали 20 мг в сутки в пересчете на морфин. Число пациентов со средней суточной дозой, превышавшей 31 мг в сутки, было минимальным и составляло примерно 9 %. Был произведен расчет и анализ распределения по величине полученных пациентами курсовых доз наркотических анальгетиков за весь период амбулаторного лечения. Наибольшее количество пациентов, независимо от анализируемого года, получали курсовые дозы наркотических анальгетиков в размере до 100 мг и от 101 до 200 мг в «морфиновом эквиваленте». Число пациентов, получавших курсовые дозы в других количествах в пересчете на морфин, было значительно ниже. 75 % (то есть 2/3) пациентов в 2001–2004 гг. получили курсовые дозы наркотических анальгетиков в пределах до 600 мг в пересчете на эквивалент морфина. Более половины пациентов получало курсовые дозы не более 200 мг в пересчете на эквивалент морфина. Количество же пациентов, получавших курсовую дозу в пересчете на морфин более 800 мг, составило менее 20 %. Следует отметить, что при проведении анализа длительности применения наркотических анальгетиков в рассматриваемой популяции пациентов оказалось, что средняя длительность применения препаратов группы составляла 30–37 суток. Таким образом, средние курсовые дозы парентерального морфина при адекватном обезболивающем лечении должны были составить 900–1200 мг.

В 2005 г. имелась тенденция к увеличению курсовой дозы, что вероятно связано с введением в практику энтеральных пролонгированных форм морфина (МСТ-континус).

Суммарное количество наркотического анальгетика, полученное тем или иным больным, в первую очередь зависело от длительности

получения препарата пациентом. Различия в средней суточной дозе за период лечения, у отдельных пациентов в подавляющем большинстве случаев не были очень существенными. При длительном получении препарата одним пациентом наблюдалось некоторое нарастание со временем назначавшейся ему суточной дозы, что легко объяснить развитием опиатной толерантности.

Заключение: проведенный анализ демонстрирует необходимость дальнейшего совершенствование количественной и качественной структуры отпуска наркотических анальгетиков амбулаторным онкологическим больным. Это совершенствование возможно за счет широкого введения в клиническую практику пролонгированных трансдермальных лекарственных форм препаратов группы (фентанил), а также использования препаратов, обладающих более высокой респираторной и наркологической безопасностью (бупренорфин) в трансдермальной форме и форме сублингвальных таблеток. Учитывая, что реально назначаемые дозы применявшихся препаратов в парентеральной форме существенно ниже рекомендованных средних суточных доз, необходимо более адекватное дозирование наркотических анальгетиков для парентерального применения на амбулаторном этапе лечения. Выявленные тенденции в величине применявшихся доз наркотических анальгетиков свидетельствуют о недостаточном анальгетическом пособии инкурабельным онкологическим больным на амбулаторном этапе лечения в рассматриваемый период времени.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛГЕТИКАМИ АМБУЛАТОРНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА РЕЦЕПТОВ, ВЫПИСАННЫХ НА ПРЕПАРАТЫ ЭТОЙ ГРУППЫ В РЯДЕ РАЙОНОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В ПЕРИОД 2001–2005 ГГ.

Пчелинцев М. В., Звартау Э. Э., Кубынин А. Н.

СПбГМУ им. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: проанализировать информацию, содержащуюся в рецептах на наркотические анальгетики, выписанные пациентам по месту жительства за период 2001–2005 гг., проследить общие закономерности, рассчитать средние значения временных и дозовых параметров использования препаратов — наркотических анальгетиков для по-

пуляции больных, которой выписывались рецепты на наркотические анальгетики в рассматриваемый период.

Методы: проведен анализ рецептов, выписанных амбулаторным пациентам на наркотические анальгетики в 17 поликлиниках 4 административных районов Санкт-Петербурга 844 больным. Получена и проанализирована информация о названии выписанного препарата, его лекарственной форме, суточной дозе, количестве дней, на которое он был назначен пациенту.

Результаты: В проанализированный нами период с 2001 по 2005 гг. пациентам выписывались: парентеральные лекарственные формы препаратов: морфина гидрохлорид (1 % раствор в ампулах по 1 мл), омнопон (2 % раствор в ампулах по 1 мл), промедол (2 % раствор в ампулах по 2 мл) и энтеральная пролонгированная форма морфина — МСТ-континус (таблетки 30, 60 и 100 мг). Предпочтения по выписыванию препаратов распределились следующим образом: в 60–70 % случаев в зависимости от анализируемого года пациентам выписывался омнопон, в 20–30 % — морфин и в 7–10 % случаев — промедол. Энтеральная пролонгированная форма морфина — МСТ-континус (таблетки 30, 60 и 100 мг) была выписана только в 2005 году 24 пациентам из 102 или 24 % пациентам, которым были выписаны рецепты на НА в 2005 году в проанализированной популяции.

При проведении анализа длительности применения наркотических анальгетиков в рассматриваемой популяции пациентов оказалось, что средняя длительность применения препаратов группы с 2001 по 2004 гг. почти не менялась и составляла 30–37 суток.

В 2005 году этот срок увеличился до 45 суток, что может быть связано или с более ранним началом терапии хронического болевого синдрома у пациентов или с клиническими особенностями течения заболевания в популяции именно в этом году. Индивидуальная длительность курсов лечения наркотическими анальгетиками у различных пациентов варьировала в очень широком диапазоне и составляла от 7 дней до года. Однако следует отметить, что, несмотря на столь значительный разброс в индивидуальной длительности получения наркотических анальгетиков различными пациентами, подавляющее большинство из них (78–89 %), независимо от анализируемого года получали препараты не более 60 суток. Причем всего одну неделю и менее лечились 20–25 % больных, один месяц и менее 60–75 % больных. Число пациентов, получавших лечение не более 3-х месяцев, составило около 90 % за весь анализируемый период времени. Учитывая, что

среднесуточная доза морфина для парентерального введения составляет 30–40 мг можно исходить из того, что 2/3 амбулаторных пациентов для адекватного обезболивающего лечения нужно 30 мг морфина для парентерального введения в сутки на 60 дней лечения или курсовую дозу 1800 мг парентерального морфина на пациента в месяц. Эта курсовая доза может быть легко пересчитана на другие препараты из группы наркотических анальгетиков, исходя из эквивалентных соотношений по анальгетической активности.

Заключение: проведенный анализ демонстрирует необходимость дальнейшего совершенствование количественной и качественной структуры отпуска наркотических анальгетиков амбулаторным онкологическим больным. Это совершенствование возможно за счет широкого введения в клиническую практику пролонгированных трансдермальных лекарственных форм препаратов группы (фентанил), а также использования препаратов, обладающих более высокой респираторной и наркологической безопасностью (бупренорфин) в трансдермальной форме и форме сублингвальных таблеток.

Выявлено, что в период 2001–2005 гг 20–25 % инкурабельных онкологических больных вне зависимости от анализируемого года получали препараты из группы наркотических анальгетиков в срок до одной недели; 60–75 % — до месяца; 78–89 % больных — не более 60 суток.

Количество пациентов, получавших противоболевое лечение на протяжении не более 3-х месяцев составило около 90 %.

Полученные данные о длительности паллиативного лечения наркотическими анальгетиками инкурабельных онкологических пациентов могут быть использованы для расчета годовой потребности в наркотических болеутоляющих средствах для данной категории больных. Это необходимо для определения расходов на целевое приобретение препаратов данной группы с последующим бесплатным отпуском в рамках региональной и федеральной льгот.

Установленные в исследовании сроки получения препаратов группы наркотических анальгетиков амбулаторными пациентами, констатированные в исследовании за проанализированный период, являются ориентиром необходимого минимума, так как врачи не очень охотно инициируют процедуру выписывания препаратов группы наркотических анальгетиков из-за большого количества административных ограничений. Достаточно долго пациенты, которые нуждаются в назначении наркотических анальгетиков, получают трамадол или его сочетание с

НПВП в связи с более простой «организационной составляющей» подобного лечения. В результате сроки назначения наркотических анальгетиков очень часто совпадают с периодом, когда пациент находился уже в практически терминальной стадии своего заболевания.

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВЕННОЙ И КОЛИЧЕСТВЕННОЙ СТРУКТУРЫ ОТПУСКА НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ЛЬГОТУ ЗА ПЕРИОД 2001–2005 ГГ.

Пчелинцев М. В., Звартау Э. Э., Громова Л. Ю.

СПбГМУ им. И. П. Павлова, ГУП «Центральная фармацевтическая база Санкт-Петербурга», г. Санкт-Петербург, Россия

Цель: проанализировать структуру и количественные тенденции отпуска наркотических анальгетиков амбулаторным онкобольным, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение в Санкт-Петербурге за период 2000–2005 гг.

Методы: анализ статистических данных по отпуску наркотических анальгетиков в Санкт-Петербурге онкобольным, получавшим медицинскую помощь по месту жительства. Сопоставление этих данных со статистическими показателями онкозаболеваемости, числом больных в IV, терминальной стадии болезни, часто сопровождающейся выраженным болевым синдромом. Анализ выполнен на основе статистических данных по отпуску наркотических анальгетиков в Санкт-Петербурге

Результаты. В анализируемый период количество зарегистрированных онкобольных имело тенденцию к увеличению от 85000 до 97000 человек, 20–22 % из них ежегодно составляли пациенты с заболеванием в IV стадии. В период с 2000 по 2004 гг. амбулаторным онкобольным, страдающим тяжелым болевым синдромом, через систему уполномоченных аптек отпускались препараты только для парентерального введения, а именно: морфин 1 % 1 мл; омнопон 2 % 1 мл; промедол 2 % 1 мл. В 2005 году к этим средствам добавился пролонгированный энтеральный препарат морфина МСТ-континус (таблетки по 30; 60 100 мг). Препараты в трансдермальной форме этой категории пациентов не отпускались. Не отпускался и парциальный агонист опиатных рецепторов — бупренорфин, который обладает

мощной анальгетической активностью и лучшим по сравнению с традиционными опиатами переносимостью и профилем безопасности. При увеличении количества онкобольных с IV стадией заболевания в анализируемый период выявлена тенденция к снижению количества отпуска в 2005 году по отношению к 2000 году морфина на 76 %, омнопона на 43 %, промедола на 82 %. Несмотря на сохранявшуюся в 2005 году тенденцию уменьшения отпуска промедола, омнопона и ампулированного морфина отмечалось внедрение в практику энтерального пролонгированного морфина (МСТ-континус). Это отчасти компенсировало снижение отпуска ампулированных форм наркотических анальгетиков.

Для оценки уровня потребления наркотических анальгетиков населением Санкт-Петербурга был рассчитан общепринятый в мире показатель: коэффицент «кг морфина на 1 млн. населения». Для расчета этого показателя все отпущенные населению Санкт-Петербурга наркотические анальгетики были пересчитаны на морфин, исходя из эквивалентности анальгетической активности, полученное общее количество «эквивалентного морфина» в кг поделено на число жителей С.-Петербурга в соответствующем году. Полученный расчетный показатель составил: в 2000 г. — 1,69 кг/млн. населения; в 2001 — 1,82 кг/млн. населения; в 2002 — 1,73 кг/млн. населения; в 2003 г. — 1,67 кг/млн. населения; в 2004 году 1,64 кг/млн. населения, в 2005 году составил 1,71 кг/млн. населения. Следует отметить, что значение данного показателя в Санкт-Петербурге существенно уступает этому показателю, рассчитанному для ведущих стран мира. Так в странах Западной Европы значение этого показателя составляет 34,2 кг/млн. населения; в США — 21,0 кг/млн. населения; в странах Восточной Европы — 4,2 кг/млн. населения.

Заключение: проведенный анализ демонстрирует необходимость дальнейшего совершенствование количественной и качественной структуры отпуска наркотических анальгетиков амбулаторным онкологическим больным. Это совершенствование возможно за счет широкого введения в клиническую практику пролонгированных трансдермальных лекарственных форм препаратов группы (фентанил), а также использования препаратов, обладающих более высокой респираторной и наркологической безопасностью (бупренорфин) в трансдермальной форме и форме сублингвальных таблеток.

Выявленные тенденции к снижению отпуска опиатных анальгетиков не связаны с уменьшением числа инкурабельных онкобольных в анализируемый период, а скорее свидетельствует о нежелании вра-

чей инициировать процедуру выписывания этих препаратов в связи со сложной системой их учета и отпуска. Низкое значение показателя потребления морфина в «кг на 1 млн. населения» наряду с имеющейся тенденцией к уменьшению отпуска наркотических анальгетиков свидетельствуют о недостаточном анальгетическом пособии инкурабельным онкологическим больным на амбулаторном этапе лечения в рассматриваемый период времени.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНАЛЬГЕТИКОВ ПРИ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ С ПОЗИЦИЙ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИИ

Рачин А. П., Юдельсон Я. Б.

Кафедра неврологии и психиатрии ФПК, Медицинская академия, г. Смоленск, Россия

Актуальность проблемы. Поиск эффективного и безопасного анальгетика при головной боли (ГБ) является краеугольным камнем врачебной практики и исследователей данной проблемы. Оптимальное решение вопроса терапии цефалгии также усугубляется безрецептурным отпуском в аптеках большинства обезболивающих препаратов. В этой связи возрастает потребность в исследовании факторов, негативно влияющих на оптимизацию терапии ГБ, а также выработки стратегии по их преодолению.

Целью настоящего исследования явилось оценка степени информированности врачей-неврологов, фармацевтов и населения о проблеме ГБ (в том числе, о хронической ежедневной головной боли), выявление факторов, отрицательно влияющих на лечение и профилактику этой патологии.

Материал и методы. Исследование планировалось в три этапа. На первом этапе методом анонимного добровольного анкетирования изучалась существующая практика диагностики, терапии и профилактики хронической цефалгии (разновидностей хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ)) среди 235 врачей-неврологов Смоленской, Брянской и Орловской областей. Вторым этапом явилось анонимное добровольное анкетирование 500 человек, в том числе 283 женщин и 217 мужчин, средний возраст которых составил 40,4 лет. Сбор материала осуществлялся среди жителей г. Смоленска методом случайного поквартирного анкетирования, а также у пациентов, находящихся

на госпитализации в терапевтических и неврологических стационарах Смоленской областной клинической больницы (СОКБ) в сроки с сентября 2003 по май 2004 гг. Все респонденты были распределены на 3-группы: «условно здоровые люди» (№ = 248 человек), неврологические больные (заболевания периферической нервной системы) (№ = 124 человек) и пациенты терапевтического профиля (ИБС) (№ = 128 человек). В анкетировании приняло участие только лишь 75 человек (1/7), которые имели медицинское образование, что позволило более полноценно изучить «модель самолечения» ГБ. На заключительном этапе были выполнены визиты в аптечные учреждения г. Смоленска, где в добровольном и анонимном порядке изучалось мнение 150 фармацевтов о лечении ГБ. С этой целью была специально разработана индивидуальная регистрационная карта (ИРК), которая заполнялась респондентом в течение 10-15 минут в присутствии интервьюера. При условии отсутствия большого количества посетителей в аптеке, общительности и желании помочь в проведении анкетирования, ИРК заполнялась фармацевтом собственноручно и полностью. Обработка полученных данных осуществлялась при помощи компьютерных программ Microsoft Access и Excel для Windows 2003XP.

Результаты исследования и обсуждение. Как показало выполненное исследование, основными критериями выбора врачами лекарственных препаратов (ЛП) для лечения и профилактики ХЕГБ являются: наличие и разновидность основного психопатологического синдрома (54,5 %), собственный опыт применения ЛП при этой патологии (35,7 %), а также стоимость ЛП (24,5 %) и доступность его в аптечной сети (23,0 %). 3,4 % респондентов указали влияние рекламы фармацевтических компаний. При этом, в терапии ХЕГБ 75,3 % неврологов используют психотропные ЛП (антидепрессанты или анксиолитики), 37,9 % — вазодилататоры (например, кавинтон и др.) и несколько реже (36,6 %) — ноотропы (например, пирацетам и др.). Антигипертензионные ЛП (например, бета-адреноблокаторы и др.) и мягкие диуретики (например, диакарб и др.) при этой патологии рекомендуются соответственно 19,2 % и 12,3 % больным. Представленные группы ЛП при лечении ХЕГБ 36,6 % неврологов рекомендуют для приема от 4-х до 6-ти недель, 32,8 % — от 2-х до 4-х недель, а 23 % врачей дают рекомендации о продолжительности фармакотерапии более 6-ти недель.

При оценке мнения населения выяснилось, что большинство респондентов (86,0 %) подтверждают необходимость лечения ГБ. В то же время, 10,6 % опрошенных не видят в этом целесообразности. В ос-

новном для лечения цефалгии используются комбинированные препараты (цитрамон, баралгин, темпалгин, аскофен) или анальгин.

Результаты исследования обнаружили, что большинство респондентов предпочитают обращаться за медицинской помощью к врачу-терапевту (55,8 %), и только лишь 29,8 % пациентов могут находиться в компетенции врача-невролога.

При анализе рекомендаций, которые дают фармацевты пациентам с ГБ отмечено, что наиболее часто в качестве ЛС «первой помощи» от цефалгии в аптечных учреждениях г. Смоленска также рекомендуются кодеинсодержащие анальгетики — пенталгин (64,0 %), седалгин-нео (59,3 %) или другие комбинированные препараты: цитрамон (56,0 %), аскофен (49,3 %) и баралгин (46,7 %). В то же время, применение парацетамола, действие которого доказано в рамках плацебоконтролируемых клинических исследований рекомендовалось только для 10,0 % пациентов.

Немаловажно, что население предпочитает следовать предписанию врача. Однако существует категория пациентов, которые из-за недостатка времени или по другим причинам прибегают к практике самолечения или обращению к рекомендациям фармацевта. Последнее обстоятельство приводит к тому, что фармацевт, давая рекомендации по приобретению тех или иных ЛС от ГБ, оказывает существенное влияние на его выбор. Это в свою очередь, может с одной стороны, привести к усугублению широкой практики самолечения ГБ, а с другой — к присоединению абузусного (в т. ч. опиатного) фактора. У пациента с ГБ высока вероятность нарушения стратегии преодоления ГБ. При каждом очередном эпизоде цефалгии, больной будет использовать рекомендации, которые ему дал фармацевт. Временное облегчение ГБ приводит к уменьшению мотивации пациента обращения к специалисту за квалифицированной помощью, что закрепляет как практику самолечения больного, так и возможность развития абузусного фактора. Все эти обстоятельства увеличивают вероятность формирования хронической цефалгии.

Учитывая описанные выше рекомендации о препаратах выбора для купирования цефалгии, особую актуальность вызывал вопрос: «Считают ли фармацевты, что комбинированные анальгетики (например, баралгин, аскофен, пенталгин, седалгин-нео и др.) эффективнее всего помогают при лечении эпизода ГБ?».

Как и предполагалось, 83,3 % фармацевтов уверены, что данная группа препаратов наиболее предпочтительна для купирования це-

фалгии, аналогично как и 75,3 % считают, что анальгетики можно продавать в аптеке без рецепта врача.

Проблема безрецептурного отпуска большинства анальгетиков с каждым годом все более обсуждается в отечественной научной литературе. В то же время, следует подчеркнуть, что практика фармацевтов в декларации кодеинсодержащих препаратов (пенталгина, седалгина-нео и др.) в качестве препаратов выбора от цефалгии при регулярном приеме может представлять угрозу для состояния здоровья пациента и способствовать у последнего нарушению правильной стратегии преодоления ГБ, трансформации ее в хронический вариант, с присоединением опиатного абузусного фактора Данное предположение подтверждается ответами фармацевтов на вопрос: «Что лично Вы принимаете для лечения эпизода ГБ?». Большинство фармацевтов убеждены в наибольшей эффективности комбинированных анальгетиков. При этом, наиболее часто для купирования собственной ГБ фармацевты используют следующие анальгетики: цитрамон (27,3 %), седалгин-нео (18,7 %), пенталгин (17,3 %), баралгин (14,7 %), аскафен (10,7 %) и др., и только 5,3 % респондентов принимают парацетамол, а 3,3 % ацетилсалициловую кислоту.

Заключение. Проведенное исследование по оценке степени информированности врачей-неврологов, фармацевтов и населения о проблеме ГБ (в том числе, и о хронической ежедневной головной боли), позволило получить объективные данные о реально существующих диагностических и терапевтических подходах среди врачей-неврологов, рекомендательной практике фармацевтов и представлении населения о данном страдании.

СОДЕРЖАНИЕ

I. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

Архипов В. В.
Методологические и организационные подходы к лечению пациентов с нейрогенными болевыми синдромами в условиях неврологического стационара (на модели НТН) 3

Киселев Д. С., Колбаско А. В., Сарыглар Э. Д., Саяпин В. С., Хорошунов В. Н., Шмидт И. Р.
Совершенствование противоболевой медицинской помощи при вертебральных болях в условиях компактного территориального проживания этнических народов 5

Осипова Н. А.
Медицинские, социальные и организационные проблемы лекарственной терапии хронических болевых синдромов в России 8

Сарыглар Э. Д., Шмидт И. Р., Саяпин В. С., Киселев Д. С.
Сравнение качественной и количественной характеристик вертебральной боли у жителей Республики Тыва и Республики Алтай 11

Эрдес Ш. Ф., Дубинина Т. В., Галушко Е. А.
Частота и характер боли в нижней части спины среди амбулаторных больных г. Москвы 14

Яковлев Н. А., Рубина С. С., Восколович И. А., Шустова О. В.
Распространенность головных болей напряжения в популяции пожилых лиц 16

II. ГОЛОВНЫЕ И ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ

Алексеев В. В., Скоробогатых К. В.
Роль венозного кровообращения при хроничечских головных болях напряжения 19

Амелин А. В., Тарасова С. В.
Перспективы лечения головной боли напряжения 22

Амелин А. В., Тарасова С. В., Соколов А. Ю., Тумелевич Б. Ч., Мятлева М. И., Ендальцева С. М., Туманова Г. Н.
Топирамат, вальпроат, габапентин и карбамазепин при лечении хронической ежедневной головной боли 23

Гаспарян М., Герасимова М. М., Доманин А. А., Давыдов Б. Н.
Атипичные лицевые боли и морфологические нарушения при них 27

Гнездилов А. В., Загорулько О. И., Сыровегин А. В., Медведева Л. А.
Электромиографические характеристики тригемино-цервикальных рефлексов у человека 28

Грибова Н. П., Сотникова М. В.
Болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (клинико-электронейромиографический анализ) 31

Загорулько О. И., Гнездилов А. В., Сыровегин А. В., Медведева Л. А.
Методологические подходы к лечению болевых синдромов цервикокраниальной локализации 33

Казаков Я. Е., Кубланов В. С.
Применение анализа вариабельности ритма сердца и транскраниальной допплеросонографии для оптимизации лечения головных болей аппаратом «Симпатокор-01» 35

Коваленко А. П., Рашидов Н. А.
Опыт лечения мигрени и мигренеподобных синдромов 39

Крымская О. С.
Исследование факторов риска формирования головной боли напряжения у детей школьного возраста 41

Матхаликов Р. А., Алексеев В. В.
Функциональные особенности тригеминальной системы при латерализованных головных болях 44

Медведева Л. А., Гнездилов А. В., Загорулько О. И., Пешкова О. П.
К вопросу повышения эффективности и безопасности лечения цервикогенных головных болей 46

Наприенко М. В., Окнин В. Ю., Сазонова А. Г., Плеханова С. А., Кудаева Л. М.
Влияние ботулинического токсина типа А (Диспорт) на мозговой кровоток у больных с хронической ежедневной головной болью 50

Наприенко М. В., Филатова Е. Г.
Опыт лечения абузусной головной боли катадолоном.....52

Николаева Н. Б., Борисова Э. Г., Грига Э. С.
Результаты применения динамической электронейростимуляции в комплексном лечении одонтогенных болей (пилотное исследование).....53

Пинегин Л. Е., Пинегин О. Л.
Головные боли при дисциркуляторной энцефалопатии.....54

Рагинене И. Г., Шетекаури С. А., Кирилова Т. Н.
Цефалгический синдром при состоянии повышенной тревожности у кардиологических больных.....56

Сергеев А. В., Рачин А. П., Авдеева Т. Г.
Особенности головной боли напряжения у подростков с хронической патологией желудочно-кишечного тракта 58

Старикова Н. Л.
Детерминанты снижения качества жизни у пациентов, страдающих мигренью 60

Таптунова Г. Г., Рабинович С. А., Зиновьев И. А., Сухова Т. В., Новикова С. Г.
Реабилитация пациентов с болевыми синдромами в челюстно-лицевой области методами рефлексотерапии 62

Тарасова С. В., Амелин А. В., Игнатов Ю. Д., Скоромец А. А., Мятлева М. И., Соколов А. Ю., Тумелевич Б. Ч.
Известные и новые антидепрессанты при лечении хронической ежедневной головной боли 64

Хатит Т. Н., Гаврилова И. Е., Когай С. М., Ким С. Р.
Исследование краниально-сакральной системы у пациентов с головной болью напряжения 67

Шмидт И. Р.
Варианты головной боли при вертеброгенном синдроме позвоночной артерии 69

Шурупова Н. С.
Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов на экстракраниальном уровне у детей с синдромом головной боли на амбулаторном приеме в детской консультативной неврологической поликлинике 73

Щербакова Н. Е., Загорулько О. И.,
Гнездилов А. В.
Мышечно-суставная болевая дисфункция височно-нижнечелюстного сустава как проявление дисплазии соединительной ткани.....75

Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А.,
Рубина С. С., Восколович И. А.
Факторы риска и прогнозирование вероятности формирования хронической головной боли напряжения у лиц пожилого возраста 77

Якунин К. А., Михайлова Е. В., Рачин А. П.
Головная боль у участников локальных военных конфликтов, клинико-терапевтические аспекты 80

III. БОЛИ В СПИНЕ И ШЕЕ

Богомолов С. Д., Назаров В. М.,
Линючев А. В., Осадчий А. К.
Чрескожная пункционная дискэктомия (декомпрессия) в лечении дискогенных радикулитов 82

Бутина Л. В., Арзуманов А. В., Якушева Т. С.
Оценка возможности комплексной консервативной программы реабилитации больных с грыжами межпозвонковых дисков в противоболевом центре 84

Гаврилова И. Е., Хатит Т. Н., Когай С. М., Ким С. Р.
Лечение хронического болевого синдрома на фоне сподилопатии при остеопорозе I типа 85

Герасимов А. А.
К патогенезу костно-болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника и его лечение 87

Герасимов А. А.
Консервативное лечение больных с поясничным остеохондрозом, осложненным грыжей диска 90

Гусева Л. Г., Спасова А. П., Давыдов Е. А.
Опыт лечения хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника 93

Когай С. М., Ван В. Ч., Ким С. Р., Че В.
Термоиглорефлексотерапия при рефлекторном болевом синдроме грудного остеохондроза.....95

Литвинцев Б. С.
Пиаскледин 300 в комплексной терапии остеохондроза позвоночника, сопровождающегося болевым корешковым синдромом.....97

Михайлов В. П., Кузьмичев А. А.
Дорсалгия — проблемы диагностики и лечения 99

Пинегин О. Л.
Система равновесия BIODEX в реабилитации детей со сколиотическими искривлениями позвоночника.....102

Поворознюк, В. В., Орлик Т. В.
Боль в спине и остеопороз 103

Поворознюк В. В., Орлик Т. В.
Сравнительная оценка влияния разных доз ноофена на выраженность вертебрального болевого синдрома и климактерических нарушений у женщин в постменопаузальном периоде 105

Поворознюк В. В., Карасевская Т. А.
Изучение эффективности и безопасности препарата Ассаликс в лечении хронической боли в спине у больных различного возраста с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника 108

Подчуфарова Е. В., Разумов Д. В., Яхно Н. Н.
Влияние кинезиофобии на состояние паравертебральных мышц при хронической боли пояснично-крестцовой локализации.....110

Саковец Т. Г., Хусаинова Э. Р.,
Сибгатуллин М. М., Алтунбаев Р. А.
Особенности клинического регресса при вертеброгенном поражении корешков пояснично-крестцового уровня в условиях центрального стеноза позвоночного канала 112

Самойлова Н. В., Гнездилов А. В., Загорулько О. И.
Лечение хронического болевого синдрома у пациентов с заболеваниями позвоночника и суставов 115

Третьяков В. П., Третьяков А. В.
Дифференцированное лечение компрессионно-ишемических пояснично-крестцовых радикулопатий в зависимости от механизма стеноза позвоночного канала.....117

Федина С. А.
Комплексное лечение неврологических проявлений остеохондроза с применением медикаментозных блокад препаратом «Мидокалм».....120

Худяев А. Т., Прудникова О. Г., Мещерягина И. А.
Лечение больных с посттравматической кокцигодинией 122

Худяев А. Т., Мещерягина И. А.,
Прудникова О. Г., Люлин С. В.
Купирование болевого синдрома при пояснично-крестцовых радикулопатиях 123

Шеин А. П., Скрипников А. А.,
Криворучко Г. А., Люлин С. В.
Электронейромиографические признаки выраженности болевого синдрома у лиц с грыжами межпозвонкового диска в поясничном отделе позвоночника 125

Шмидт И. Р., Сарыглар Э. Д.,
Саяпин В. С., Киселев Д. С.
Патогенетические варианты боли при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника у жителей Республики Тыва 128

IV. СУСТАВНЫЕ И МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ БОЛИ

Герасимов А. А.
Новое физиотеравтическое лечение болевого синдрома тазобедренного сустава 132

Калинина О. С., Петров К. Б.
Купирование болевых мышечных синдромов при помощи методики биосинхронизированных синусоидальных модулированных токов 134

Каркавина А. Н., Кулишова Т. В.,
Кожанова Т. Б., Злобинская Л. М.
Динамика боли у пожилых больных гонартрозом на фоне общей магнитотерапии 137

Королева С. В., Львов С. Е.
Системные реакции при остеоартрозе коленных суставов 139

Ким С. Р., Пак П. Г., Шмидт И. Р., Когай С. М.
Оценка эффективности применения рефлексотерапии при тонических нарушениях в передней большеберцовой мышце 143

Мустафаев Н. Р., Любарский М. С., Алтухов И. А.
Возможности купирования болевого синдрома при гонартрозе, осложненном синовитом 145

Пак П. Г., Ван Л. В., Когай С. М., Ким С. Р.
Оценка эффективности рефлексотерапии и мануальной терапии при тонических нарушениях в ишиокруральных мышцах бедра 147

Поворознюк В. В., Дзерович Н. И.
Эффективность препарата Терафлекс-адванс в лечении болевого синдрома при остеоартрозе коленных суставов 149

Поворознюк В. В., Григорьева Н. В., Орлик Т. В.
Влияние различных форм препарата «Терафлекс» на болевой синдром и функциональное состояние коленных суставов у пациентов с остеоартрозом 153

Шевцов В. И., Меньщикова И. А.,
Очеретина И. Г., Степанова Г. А., Ершов Э. В.
Способы инактивации миофасциального болевого синдрома у больных ортопедо-травматологического профиля 154

Шперлинг Л. П.
Лечение спастической кривошеи ботулотоксином 158

Шубина О. С., Уколова Л. А., Шабанова Н. А.
Психосоматические аспекты хронического суставного синдрома.....159

V. БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ, В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Акарачкова Е. С., Соловьева А. Д.,
Ищенко А. И., Абдуллаева У. А.
Хронические тазовые боли и их лечение антидепрессантом Симбалтой ..162

Беляев А. Ф., Ширяева Е. Е.,
Карпенко Н. А., Киселева Е. П.
Лечение болевых синдромов у беременных.....165

Голуб И. Е., Новиков А. Ю., Майстровский К. В.
Лечение хронического болевого синдрома у больных с критической ишемией нижних конечностей 168

Гулик В. Ф., Неретин К. Н., Кодзоева Э. Б.,
Гулик М. В., Левченко В. Г. Сафронова С. К.
Боль в структуре системных паттернов организации состояний беременности и родов.....169

Гулик В. Ф., Гулик М. В.,
Неретин К. Н., Кодзоева Э. Б.
Природа боли в вероятностях взаимодействий сетевых познавательных и саморегулирующих механизмов (паттернов организации) организма (методологическиеческие подходы к изучению боли) 172

Гулик В. Ф., Гулик М. В., Окунева Г. В.
Создание неустойчивости в структуре медленных колебаний гемодинамики (МКГ) — как один из способов контроля и снятия болевого реагирования 174

Егорова Л. С., Кондратьева О. В.
Диагностические особенности интерпретации болевой симптоматики у больных с хронической патологией желчевыделительных путей 176

Крупина Н. А., Малахова Е. В.,
Лоранская И. Д., Кукушкин М. Л.
Анализ когерентности ЭЭГ у пациентов с болевыми дискинезиями желчевыводящих путей 180

Тулеусаринов А. М.
Акупунктура при лечении острого панкреатита.....183

Черемхин К. Ю., Власов А. А., Умникова М. В., Сафронов А. А., Николаева Н. Б., Кутлубаев З. Я., Пономаренко Л. И.
К вопросу об эффективности применения динамической электронейростимуляции в терапии болевого синдрома у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза 186

VI. НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ. НЕЙРОХИРУРГИЯ БОЛИ

Аль-Замиль М. Х., Брежнева Е. В., Мансур Н.
Применение периостальных и периневральных блокад в лечении болевого синдрома у пациентов с диабетической полиневропатией.....188

Аль-Замиль М. Х., Брежнева Е. В.
Эффективность препарата Симбалта в лечении болевого синдрома при дистальной сенсорной полиневропатии нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом 189

Аль-Замиль М. Х., Мансур Н.
Эффективность применения препарата Мовалис при лечении пациентов с посттравматическим плекситом 191

Ахмеджанова Л. Т., Строков И. А., Яхно Н. Н.
Невропатическая боль при хронических воспалительных демиелинизирующих полиневропатиях 192

Баринов А. Н.
Оптимизация терапии невропатических болевых синдромов в зависимости от нейрофизиологических особенностей состояния афферентной соматосенсорной системы 194

Грибова Н. П., Галицкая О. С.
Болевой синдром при нейропатии лицевого нерва у детей (клинико-электронейромиографический и психологический анализ). Подходы в лечении 197

Древаль О. Н., Черных И. А., Басков А. В., Боев М. В., Цуладзе И. И., Лисицкий И. Ю.
Хирургическое лечение спастичности и боли у больных после тяжёлой позвоночно-спинномозговой травмы.....199

Игонькина С. И., Кукушкин М. Л., Чурюканов В. В., Чурюканов М. В., Бобров М. Ю., Безуглов В. В., Грецкая Н. М.
Центральный болевой синдром и каннабиноиды.....200

Игонькина С. И., Ветрилэ Л. А., Трекова Н. А.,
Кукушкин М. Л., Евсеев В. А.
Роль антител к глутамату и ГАМК в механизмах развития нейрогенной боли 202

Мегдятов Р. С., Махмутова А. Ф.
Является ли развитие тригеминальной невралгии следствием воспалительных заболеваний придаточных пазух носа? 204

Панкова Н. Б., Крупина Н. А.,
Графова В. Н., Смирнова В. С.,
Орлова И. Н., Хлебникова Н. Н.
Изменения электрофизиологических показателей головного мозга в динамике развития неврогенного болевого синдрома после перерезки седалищного нерва у крыс 207

Петровская А. С., Кривошапкин А. Л., Мелиди Е. Г.
Дисфункция антиноцицептивной системы ствола мозга при хроническом болевом синдроме на примере невралгии тройничного нерва 211

Протасова О. В., Протасов А. В.
Характеристика болевых ощущений при дистальной симметричной полиневропатии у больных с ВИЧ-инфекцией и возможности комплексной коррекции.....214

Пятко В. Э., Щербаносова Т. А.
Монотерапия тебантином постампутационного фантомно-болевого синдрома 216

Пятко В. Э., Сапега В. Н.
Профилактика постампутационного фантомного болевого синдрома.....219

Семенова Е. Н., Багирь В. Н., Солдатова О. А.
Болевые синдромы при рассеянном склерозе 221

Спасова А. П.
Возможности габапентина (тебантина) в лечении хронических послеоперационных болевых синдромов 223

Тюрников В. М., Добжанский Н. В.
Чрескожная высокочастотная селективная ризотомия при невралгии тройничного нерва 225

Худяев А. Т., Мещерягина И. А.,
Прудникова О. Г., Россик О. С.
Проблема болевого синдрома при повреждении периферических нервов...226

Худяев А. Т., Мещерягина И. А.,
Прудникова О. Г., Машуков Ю. С.
Применение электростимуляции для купирования болевого синдрома при тракционном повреждении плечевых сплетений 227

Шабалов В. А., Исагулян Э. Д.,
Буклина С. Б., Гаврилов В. М.
Предварительные результаты эпидуральной электростимуляции моторной коры головного мозга в лечении хронических нейрогенных болевых синдромов.....229

Шетекаури С. А., Каверина В. М., Масленникова Л. М.
Опыт применения тебантина при хронических болевых синдромах 232

VII. БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В ОНКОЛОГИИ И ХИРУРГИИ

Абузарова Г. Р., Фетисова Е. В.
Применение неопиоидного анальгетика катадолона у онкологических больных.....235

Березуцкий С. Н., Кокорина В. Э.
Применение транскраниальной электроанельгезии после реконструирующих лоскутных операций при сочетанных повреждениях пальцев кисти.....237

Березуцкий С. Н., Кокорина В. Э.
Применение транскраниальной электростимуляции при послеоперационных невритах после острого расширения нервного пучка 239

Коваленко П. А.
Болевые синдромы при метастазах в позвоночник и спинной мозг.....240

Кокорина В. Э.
Методика послеоперационной анальгезии при расширенных операциях на гортани 242

Смирнов М. В., Панкратов А. В.
Продленная эпидуральная блокада опиоидами при распространенном метастатическом поражении позвоночника 244

Смирнов М. В. Панкратов А. В.
Современные подходы к лечению хронического болевого синдрома в онкологической практике 247

Тулеусаринов А. М., Султаналиев Т. А.
Гемодинамические расстройства на препараты наркоза.....250

Тулеусаринов А. М.
Определение адекватности обезболивания по динамике стрессорных гормонов во время операции 252

VIII. ИЗМЕРЕНИЕ И ОЦЕНКА БОЛИ

Адашинская Г. А., Фадеев А. А., Мейзеров Е. Е.
Применение результатов кросскультурного исследования по восприятию боли и цвета при создании экспертной ситемы «antiPAIN» 256

Волчков В. А., Игнатов Ю. Д., Бедров А. Я., Давыденко Т. Е., Курков А. А.
Интегральная оценка интенсивности ишемического болевого синдрома, вызванного облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей 258

Герасимов А. А.
Способ диагностики степени интенсивности боли при заболеваниях позвоночника и суставов 262

Колотилова А. Б., Гузеватых Л. С., Валуйских Д. В., Емельянова Т. Г.
Зависимость болевой чувствительности от температуры окружающей среды 264

Пронин О. В., Пронин С. В., Пронин В. С., Пронина Л. В.
Оценка факторов влияющих на восприятие боли у неврологических больных 266

IX. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Азимова Ю. Э., Табеева Г. Р.
Клинико-психологические особенности пациентов с синдромом хронической ежедневной головной боли.....270

Бабурин И. Н.
Эффективность психотерапевтической методики «Ролевое переключение» при лечении больных с хроническим болевым синдромом, обусловленным остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника 273

Бондаренко Р. В., Жила Н. Г., Петров Г. Г.
Восприятие боли пациента 276

Картавенко С. С., Загорулько О. И., Гнездилов А. В., Медведева Л. А.
Интегративные технологии в терапии болевых синдромов и функциональной реабилитации, их аппаратурное обеспечение 277

Корнетов Н. А.
Боль и депрессия в психоневрологической практике.....279

Сухова Т. В., Лемецкая Т. И., Рослякова О. В.,
Гришина Н. В., Сухов В. Д.
Психологические особенности пациентов с некоторыми видами болей в орофациальной области.....282

Сухова Т. В., Зыкова А. А.,
Лавренова Н. Ю., Сухов В. Д.
Особенности психологических характеристик пациентов с ишемической болезнью сердца.....285

Сухова Т. В., Рабинович С. А., Таптунова Г. Г,
Турбин А. В., Штанг О. М., Новикова С. Г.,
Сухов В. Д., Зиновьев И. А.
Особенности эмоционально-личностной сферы пациентов с хроническими болевыми синдромами в челюстно-лицевой области.....288

Федянин С. А., Шумахер Г. И., Федянин А. С.,
Быкодаров А. В., Кац А. Л.
Некоторые особенности Психологического статуса у больных в отдаленном периоде, после удаления грыж межпозвонковых дисков.....291

Федянин С. А., Федянин А. С., Шумахер Г. И.,
Красноперова Н. Ю., Быкодаров А. В., Кац А. Л.
Фармакологическая коррекция депрессивных расстройств у больных с «синдромом неудачной операции на спине» 293

Шмунк Е. В., Корнетов Н. А.
Догоспитальный период пациентов, страдающих депрессивными расстройствами с болевыми синдромами.....296

Шубина О. С., Филатова О. В.
Температурно-электромиографическое биоуправление при лечении больных с различными видами цефалгий 300

Юдин А. В., Фатхуллина Н. А.
Опыт применения прибора DFR/DZ «домашний врач» в неврологии 302

X. ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ФАРМАКОЭКОНОМИКА И ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Бабичева Н. А., Скальский С. В.
Аутоанальгезия болевого синдрома в режиме ответственного самолечения.....304

Гузеватых Л. С., Воронина Т. А., Емельянова Т. Г.,
Андреева Л. А., Мясоедов Н. Ф.
Анальгетическая активность дипептида TYR-PRO 306

Исакова М. Е., Брюзгин В. В., Павлова З. В.
Трансдермальная система опиоидов в терапии хронической боли онкологического и неонкологического генеза.....309

Коваленко А. П.
Атаракс в лечении хронических болевых синдромов 310

Моисеева Л. М., Лукьянова М. С., Колтунова А. А.
Перспективы создания новых комбинированных анальгетических средств на основе просидола 311

Пронин С. В., Пронина Н. А., Пронин В. С.
Взаимосвязь структуры потребления психоактивных веществ (ПАВ) с болевой симптоматикой при состоянии отмены у больных опийной наркоманей.....314

Пчелинцев М. В., Звартау Э. Э., Кубынин А. Н.
Исследование практики назначения наркотических анальгетиков онкологическим больным на амбулаторном этапе лечения в ряде районов Санкт-Петербурга в период 2001–2005 гг. 318

Пчелинцев М. В., Звартау Э. Э., Кубынин А. Н.
Фармакоэпидемиологическое исследование длительности паллиативного лечения наркотическими аналгетиками амбулаторных онкологических больных на основании анализа рецептов, выписанных на препараты этой группы в ряде районов Санкт-Петербурга в период 2001–2005 гг. 320

Пчелинцев М. В., Звартау Э. Э., Громова Л. Ю.
Фармакоэпидемиологическое исследование качественной и количественной структуры отпуска наркотических анальгетиков в Санкт-Петербурге гражданам, имеющим право на льготу за период 2001–2005 гг. 323

Рачин А. П., Юдельсон Я. Б.
Анализ применения анальгетиков при головных болях с позиций Фармакоэпидемиологии 325

ХРОНИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ РОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

23–25 мая 2007 года

АВТОРСКАЯ РЕДАКЦИЯ

Компьютерная верстка: *А. Н. Бельц*
Дизайн обложки: *Ю. В. Студеникина*

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 54. НК.05.953. П.000153.10.03 от 30.10.2003 г.

Подписано в печать 26.04.2007. Формат 60×84/16
Бумага офсетная. Гарнитура Times. Ризография
Усл. печ. л. 20,6. Тираж 300 экз. Изд. № 36п/07. Заказ № 156п.

Оригинал-макет изготовлен издательством «Сибмедиздат» НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29. E-mail: sibmedizdat@yandex.ru

Отпечатано в типографии НГМУ
Новосибирск, Залесского, 4
Тел.: (383) 225-24-29