

порушень за даними модифікованого менопаузального індексу Купермана.

Таким чином, проаналізовані результати консервативного лікування симпатико-адреналових кризів змішаного ґенезу ламотриджином, як у вигляді монотерапії, так і в поєднанні з ноофеном, свідчать про значне покращання стану пацієнтів, зменшення кількості кризових ситуацій, значне зменшення їх тривалості. Що, в свою чергу, є оправданим методом лікування, тому що скорочуються терміни лікування

вищеписаної категорії пацієнтів, зменшуються витрати на лікування та соціальне забезпечення та різко підвищується його ефективність.

Відсутність побічних ефектів та медикаментозної залежності дозволяють рекомендувати ламотриджин (Ламотрин) для застосування як амбулаторно, так і в доповнення до основної терапії вегетативних кризів різного ґенезу.

Надійшла до редакції 15.03.2006 р.

В. И. Тещук, В. В. Тещук, Ю. С. Филь

Опыт применения ламотриджина при лечении симпатико-адреналовых кризов

411 ЦВКГ ДОЗ МОУ (Одесса)

В данной статье рассматривается вопрос симпатико-адреналовых кризов различного происхождения. Вегетативные расстройства приводят к ухудшению течения соматических заболеваний. Таким образом создается серьезная медицинская и социальная проблема. Экономические потери общества за счет временной и (или) стойкой потери трудоспособности большого количества граждан являются чрезвычайно большими. Консервативное лечение данной патологии не всегда приводит к стойкому позитивному эффекту. Это вынудило нас проводить поиск новых лечебных средств.

В статье рассмотрены результаты применения ламотриджина (Ламотрин) у 72 больных с симпатико-адреналовыми кризами.

V. I. Teshchuk, V. V. Teshchuk, Yu. S. Fil'

Experience of Lamotrigine using in treatment sympathoadrenal crises

(Odesa)

This article is devoted to a question of sympathoadrenal crises of various etiologies. Vegetative disorders are leading to a worsening of a clinical course of somatic diseases, determining a serious medical and social problem. Scheduled costs of community caused by temporary and (or) persistent loss of working ability are extremely high.

Conservative treatment of patients suffering from this disease is not necessarily the case for a steady positive effect. Such circumstances force us to look for new therapeutic agents.

This article represents a result of use of Lamotrigine (Lamotrine, Lamictal) in 72 patients suffering from sympathoadrenal crises.

УДК 616.833–08–002.1

О. Л. Тондуй¹, канд. мед. наук, ассистент каф. невропатологии и детской неврологии ХМАПО, О. И. Тарасова², врач функциональной диагностики, О. В. Померанцева¹, канд. мед. наук, ассистент каф. невропатологии и детской неврологии ХМАПО

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования, ² Центральная клиническая больница Укрзаказниці (Харьков)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕЙРОМИДИНА

В структуре неврологической заболеваемости взрослого населения болезни периферической нервной системы занимают одно из ведущих мест [1, 3, 7]. По данным ряда авторов [3, 7], количество таких больных в неврологических стационарах достигает 65–80 %. В общей структуре причин временной утраты трудоспособности болезням периферической нервной системы принадлежит третье место после острых респираторных заболеваний и травматических повреждений [1, 7].

Среди заболеваний периферической нервной системы достаточно часто (до 25 %) встречаются компрессионно-ишемические невропатии, из них невропатии лучевого нерва (НЛН) — до 80 % [7]. Существуют отработанные схемы лечения поли- и мононевропатий, в частности НЛН [4]. Однако постоянно продолжается поиск новых методов, создание новых методик и формирование терапевтических комплексов.

Нами изучалось воздействие препарата Нейромидин (амиридин) производства Olain Farm, Латвия. В основе лечебного эффекта Нейромидина лежит комбинированное действие двух механизмов — блокада калиевой проницаемости мембраны и обратимое ингибирование холинэстеразы. Блокада калиевой проницаемости мембраны приводит к продлению реполяризационной фазы потенциала действия мем-

браны и повышению активности пресинаптического нервного волокна. Это сопровождается увеличением поступления ионов кальция в пресинаптическую терминаль и усилением выброса медиатора в синаптическую щель. Повышение концентрации медиатора в синаптической щели способствует усилению стимуляции постсинаптической клетки вследствие медиаторорецепторного взаимодействия. В холинэргических синапсах ингибирование холинэстеразы вызывает еще большее накопление нейромедиатора в синаптической щели и усиление функциональной активности постсинаптической клетки (сокращение, проведение возбуждения) [5, 6]. Исходя из механизмов действия, среди фармакологических эффектов Нейромидина отмечают следующие: стимуляция и восстановление нервно-мышечной передачи, восстановление проведения импульса по нервному волокну, анальгетический эффект и др. В связи с действием на миофибриллы, увеличивается сократительная активность мышц [5, 6].

Под нашим наблюдением в период с января 2004 г. по январь 2006 г. находилось 75 больных в возрасте от 18 до 65 лет с компрессионно-ишемической НЛН травматического генеза, давности заболевания составляла от нескольких часов (у 6 человек) до 10 дней. Диагноз устанавливался на основании клинических данных и результатов электронейромиографии (ЭНМГ) [1].

В неврологическом статусе имели место парез разгибателей кисти и пальцев легкой (сила 4 балла) и средней степени (3 балла) [2], соответственно у 21 и 54 человек, при длительности заболевания больше 2 месяцев — гипотрофия соответствующих мышц, гипестезия по тыльной поверхности предплечья (38 человек) и на тыльной поверхности лучевой половины кисти, включая проксимальные фаланги I–II пальцев (29 человек), парестезии и онемение по тыльно-лучевой поверхности кисти и в I–II пальцах (у 57 больных), снижение карпорадиального рефлекса (у 61 человека). В группу наблюдения не включались пациенты с сопутствующими сердечно-сосудистыми и бронхо-легочными заболеваниями. По данным ЭНМГ у всех больных из группы наблюдения до начала лечения имело место снижение скорости проведения по двигательным волокнам, М-ответ определялся в виде низкоамплитудных потенциалов.

Курс лечения составлял 18–21 день. Больные были произвольно разделены на три группы. 1-я группа — контрольная (19 человек) получала общепринятое лечение [4], включающее вазоактивные препараты, венотоники, витаминотерапию, физиотерапию — электростимуляция разгибателей кисти и пальцев, токи д'Арсонваля на тыльную поверхность кисти и предплечья, магнитотерапия и др., иглорефлексотерапию, щадящие массаж и ЛФК. В качестве антихолинэстеразного препарата назначался прозерин 0,05 % по 1 мл подкожно (курс 10–15 инъекций) или, при отказе пациентов от инъекций прозерина ввиду их болезненности, электрофорез прозерина (курс 10–15 процедур). После окончания курса прозерина больным назначался Нейромидин 20 мг 3 раза в день *per os* [5, 6]. 2-я группа (26 человек) наряду с традиционным терапевтическим комплексом получала Нейромидин *per os* в дозировке 20 мг 3 раза в день [5]. 3-я группа (30 больных) получала курс лечения с включением Нейромидина 1,5 % по 1 мл в виде внутримышечных инъекций (все 10) с последующим переходом на пероральный прием в вышеуказанной дозировке [5, 6].

Результаты лечения оценивались по клиническим данным (регресс двигательных и чувствительных расстройств) и по динамике ЭНМГ-картины. Нарастание силы в паретичных мышцах-разгибателях кисти и пальцев наблюдалось у всех 75 больных, из них у 29 человек прослеживалось полное восстановление двигательной функции (у 5 больных контрольной группы, 11 больных 2-й группы и 13 человек 3-й группы). У 61 больного уменьшились проявления расстройств чувствительности, в том числе у 11 человек наблюдался полный их регресс. Через 12–18 дней от начала курса лечения проводилось повторное ЭНМГ-исследование. У всех 75 больных отмечались увеличение вольтаж биопотенциалов мышц-разгибателей кисти и пальцев, увеличение их вызванных потенциалов, увеличение показателей скорости проведения импульса. В 3-й группе (использование инъекционного Нейромидина с дальнейшим переходом на пероральный его прием) наблюдался наиболее быстрый терапевтический эффект — на 10–12-й день от начала лечения. Во 2-й (прием Нейромидина *per os*) и контрольной группах регресс двигательных и чувствительных расстройств наблюдался несколько позднее — на 10–16-й и на 12–15-й день лечения. Больным из всех трех групп было рекомендовано

продолжить прием Нейромидина по 20 мг 3 раза в день в течение еще 2 недель. У 7 пациентов из 75 наблюдалось побочное действие Нейромидина в виде сонливости в первые 3–5 дней приема препарата с последующим ее регрессом.

Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод о том, что Нейромидин в разных лекарственных формах эффективен и не уступает ранее известным антихолинэстеразным препаратам, в частности, прозерину. Комбинированное действие Нейромидина, выраженный терапевтический эффект, редко встречающееся побочное действие при соблюдении правил приема препарата с учетом противопоказаний позволяют рекомендовать Нейромидин для широкого использования в комплексном лечении компрессионно-ишемических невропатий, в частности — невропатии лучевого нерва.

Список литературы

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. / Под ред. Яхно Н. Н., Штульмана Д. Р. — М.: Медицина, 2001. — Т. 1. — С. 85–95; 556–557.
2. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике: Методические рекомендации / Под ред. Г. М. Кушнир. — Симферополь, 2004. — 33 с.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: руководство для врачей / Под ред. Акимова Г. А., Одинака М. М. — СПб.: Гиппократ, 2001. — 664 с.
4. Карлов В. А. Терапия нервных болезней: Руководство для врачей. — М.: Шаг, 1996. — 653 с.
5. Лаврецкая Э. Ф. Нейромидин (амиридин). Новый тип лекарственных препаратов — стимуляторов нервной и мышечной систем // Серия «В помощь практическому врачу». Вып. 8. — К., 2002. — 39 с.
6. Парпалей И. А., Головченко Ю. И., Калищук-Слободин Т. Н. и др. Применение Нейромидина в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы // Украинський вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 1 (34). — С. 59–63.
7. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы. — М.: Медицина, 1989. — 464 с.

Надійшла до редакції 10.04.2006 р.

О. Л. Тондій, О. І. Тарасова, О. В. Померанцева*

Комплексне лікування компресійно-ішемічних невропатій променевого нерва з використанням нейромідину

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
* Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці (Харків)*

У 75 хворих з компресійно-ішемічними невропатіями променевого нерва вивчалась ефективність терапевтичного комплексу, в складі якого використовувався Нейромідин в різних формах. Отримані результати (досить швидкий регрес рухових та чутливих розладів, динаміка даних ЕНМГ) вказують на високу ефективність Нейромідину дякуючи його комбінованій дії.

О. Л. Tondiy, O. I. Tarasova, O. V. Pomerantseva* Usage of Neuromidin in a complex therapy of radial neuropathy

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education,
* Central clinical Hospital (Kharkiv)*

In the given article the comparative description of effective treatment of 75 patients with radial neuropathy with help of Neuromidin with the other method is given. In given study was compared therapeutic efficiency of Neuromidin and Proserin in treatment of radial neuropathy. It is shown that Neuromidin raises efficiency of the therapeutic complexes, due to more quick reconstruction a function of the damaged nerves.