УДК 616.711.1-053.7:616.13:001.8

Тягнирядко А. К., Дубенко А. Е.***
КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница»,*
*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»** (г. Харьков)*

ВЛИЯНИЕ МЕТОДОВ ПОСТИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ РЕЛАКСАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Цель работы: исследовать состояние венозной церебральной гемодинамики при наличии нестабильности шейного отдела позвоночника как до, так и после курса постизометрической релаксации.

Было обследовано 80 человек в возрасте от 18 до 44 лет с рентгенологически подтверждённой нестабильностью шейного отдела позвоночника. Состояние церебральной венозной гемодинамики определялось методом транскраниальной допплерографии. Проводилось исследование систолической линейной скорости кровотока в глазничных, позвоночных венах и прямом синусе до лечения и после проведения курса постизометрической релаксации. При изучении кровотока в глазных венах определяли направление потока в покое и при проведении компрессии лицевой вены (проба Миллера), в позвоночных венах изучали кровоток при проведении ротационных проб.

В связи с тем, что у всех больных чётко прослеживались признаки мышечно-тонического компонента и симптомы раздражения корешков, всем больным был проведен курс постизометрической релаксации. Количество и длительность сеансов подбирали индивидуально. При этом медикаментозные препараты больным не назначали.

Неизменённый кровоток (14—27 см/с) в прямом синусе до лечения отмечался у 28 больных (35 %), а усиление скорости кровотока до 35—70 см/с — у 52 больных (65 %), после проведенного курса постизометрической релаксации неизменённый кровоток отмечался у 56 человек (70 %), а усиление скорости кровотока — у 24 (30 %).

В позвоночных венах до лечения неизменённый кровоток (9—25 см/с) отмечался у 13 человек (16 %), одностороннее усиление кровотока до 26—55 см/с — у 49 человек (62 %) и двустороннее усиление кровотока до 26—50 см/с — у 17 человек (22 %), после лечения неизменённый кровоток отмечался у 43 человек (54 %), одностороннее усиление — у 22 человек (27 %) и двустороннее усиление — у 15 человек (19 %).

При проведении ротационных проб: до лечения неизменённый кровоток отмечался у 47 человек (59 %), одностороннее усиление кровотока — у 20 человек (25 %), двустороннее усиление кровотока — у 13 человек (16 %), после проведенного лечения нормализация кровотока была отмечена у 74 человек (92 %), в то время как одностороннее усиление кровотока отмечалось у 3 человек (4 %), у такого же количества больных отмечалось двустороннее усиление кровотока.

В глазничных венах до лечения физиологический кровоток отмечался у 12 человек (15 %), реверс кровотока с положительной пробой Миллера отмечался у 47 человек (59 %), а реверс кровотока с отрицательной пробой Миллера — у 21 человека (26 %). После проведенного курса постизометрической релаксации физиологический кровоток отмечался у 41 человека (51 %), реверс кровотока с положительной пробой Миллера — у 24 человек (30 %), реверс кровотока с отрицательной пробой Миллера — у 15 человек (19 %).

Таким образом, нестабильность шейного отдела позвоночника оказывает серьёзное влияние на состояние венозной церебральной гемодинамики, а постизометрическая релаксация является одним из основных методов коррекции венозной церебральной гемодинамики, позволяющим снизить медикаментозную нагрузку на больного, а в некоторых случаях вообще обходиться без применения медикаментов.

УДК 616.832-004.2:617.56:617.743

Федосєєв С. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У СПИНІ ТА ШИЇ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ: КЛІНІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Багаторічні спостереження за хворими на розсіяний склероз (РС) та дослідження, що були проведені нами раніше, дозволили виявити значну представленість серед хворих тих, що мають хронічні болі у спині та шиї. Ці хронічні больові прояви значно погіршують стан хворих на РС, сприяють підвищенню рівня інвалідизації та зниженню якості життя хворих вказаного контингенту.

Метою даного дослідження було вивчення клінічних особливостей та перебігу болю у спині та шиї у хворих на РС. Робота проводилась у рамках комплексної теми «Вивчити нейробіологічні механізми гендерних особливостей дебюту і перебігу розсіяного склерозу в клініці і експерименті» (Шифр АМН. РС. Ф.09, № держ. реєстрації 0109U001174).

Для досягнення поставленої мети був впроваджений клініко-анамнестичний метод. Основою діагностики, поряд із загальноприйнятими методами клінічної діагностики, було анкетування хворих за розробленою анкетою (Патент на корисну модель № 53783, опубліковано 25.10.2010, бюл. № 20). Усі обстежені хворі мали вірогідний РС згідно з критеріями, що запропоновані G. Schumacher і співавт. у 1965 році та критеріями McDonald, що рекомендовані Міжнародною експертною групою у 2001 році, уточнені у 2005 та 2010 роках.

Методом випадкової вибірки проведено обстеження 60 хворих на РС, що перебували на лікуванні у клініці Інституту. Із обстежених хворих 24 були чоловіки, 36 — жінки. Середній вік хворих в групі обстежених склав 35,72 років.

Встановлено, що біль шийної локалізації був притаманний для 16 (26,6 %) хворих, грудної — для 15 (25,0 %) хворих, попереково-крижової локалізації — для 27 (45,0 %) хворих. Таким чином, хворі на РС мали разом 58 локалізацій болю. З урахуванням того, що 14 хворих мали дві локалізації болю з наведених вище, 5 хворих мали три локалізації болю, загальна кількість хворих з болем у спині та/або шиї склала 34 особи (56,6 % обстежених).

З усіх випадків болю у спині та шиї у хворих на РС у 13 випадках біль був до появи симптомів РС, з приєднанням РС не змінився, у 13 випадках — був до появи симптомів РС, з приєднанням РС посилився, став більш частим та тривалим, у 28 випадках — появився в дебюті чи при подальшому перебігу РС, у 4 випадках за період існування РС біль зменшився. Зменшення больових проявів у 4 хворих, скоріше за все пов'язане із зменшенням навантаження опорно-рухової системи внаслідок інвалідизації та зміни способу життя. Проведений аналіз співвідношень РС з варіантами болю у спині та шиї підтверджує роль РС в формуванні та хронізації больових синдромів. За отриманими даними, у 41 з 58 (70,6 %) випадків наявності болю тієї чи іншої локалізації, хворі вказали на посилення болю з приєднанням симптомів РС, появу болю в дебюті чи при подальшому перебігу РС. Терапія, що спрямована на лікування РС, у 19 випадках сприяла зменшенню болю, у 34 випадках — не впливала на біль, у 5 випадках хворі не змогли визначитися з цього питання.

Існують певні гендерні відмінності, щодо сприйняття болю. Так, у чоловіків, за даними візуальної аналогової шкали (ВАШ), інтенсивність болю відповідала середньому значенню 31 мм або 3,1 бали, переносимість болю — 32 мм або 3,2 бали. У жінок інтенсивність болю відповідала середньому значенню 55 мм (5,5 бали), переносимість болю — 51 мм (5,1 бали). Тобто хворі на РС жіночої статі сприймали біль як більш важкий і переносили його гірше у порівнянні з чоловіками.

Вивчення клінічних особливостей болю у хворих на РС є одним з етапів більш поглибленого вивчення цієї проблеми. Перспективи дослідження у обраному напрямку пов'язані з вивченням патогенетичних механізмів болю у цього контингенту хворих.

УДК 617.711:616.8-009.1-08

Федосєєв С. В., Назарчук І. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ВЕРТЕБРОГЕННИМИ ТА МІОФАСЦІАЛЬНИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ — ПОГЛЯД З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ І СИСТЕМНОГО ПІДХОДУ

Під мануальною терапією (МТ) мається на увазі комплекс прийомів ручного впливу, спрямований на оптимізацію та нормалізацію функціонування опорно-рухового апарату, усунення патологічних симптомів, що обумовлені його порушеннями. МТ належить до так званої нетрадиційної (альтернативної) медицини, доказова база якої спирається насамперед на клінічні дані і більшістю фахівців вважається недостатньою. Основою доказової медицини є результати не тільки спостережень за хворими у процесі лікування зі складанням відповідних звітів, але й результати спеціально організованих, складних