

корешковими синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков. Традиционно его эффективность оценивается с позиций влияния на клиничко-неврологические нарушения.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности комплексного консервативного лечения больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков, на основании показателей клиничко-неврологического исследования.

Под нашим наблюдением находились 171 больной, в возрасте от 23 до 62 лет с рефлекторными и компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами дисков, проходивших лечение в неврологическом и физиотерапевтическом отделениях Харьковской клинической больницы на железнодорожном транспорте № 1. Клиническая картина заболевания соответствовала компрессии корешка L4-L5 у 32%, L5-SI – у 43% больных, у 25% наблюдаемых имели место рефлекторные синдромы. Стадия обострения диагностирована у 74% обследованных.

Клиническая картина заболевания чаще соответствовала компрессии корешка SI – у 80 (46,2%) и L5 – у 66 (38,6%) Для объективизации степени выраженности болей наряду с традиционным клиничко-неврологическим исследованием использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ).

По данным КТ у 85(49,8%) больных определялись задние срединно-боковые, у 63(31,8%) – срединные, у 31(18,1%) – фораменальные грыжи нижних поясничных и пояснично-крестцового дисков, размеры которых колебались от 5 мм до 12 мм, а также протрузии 3-4 мм у 80(46,8%) на фоне остеохондроза (91,4%), спондилеза (76,9%), спондилоартроза (79,1%).

Лечение больных в условиях неврологического стационара было однотипным и включало назначение общепринятых медикаментозных препаратов, лечебную гимнастику, иглорефлексотерапию, низкочастотную магнитотерапию, а также, при выраженном болевом синдроме, электрофорез лонгокаина, при умеренной интенсивности болей – амплипульстерапию или электромиостимуляцию.

Анализ результатов лечения показал, что только у 50 (29,3%) наблюдаемых достигнут значимый клинический эффект при использовании одного курса, тогда как 121 (70,7%) больным проводилось 2-3-х кратное стационарное лечение с интервалом в 2-3мес. При этом отмечено значительное уменьшение интенсивности болей и снижение ВАШ в три раза – до $2,5 \pm 0,2$ баллов ($P < 0,001$), а также повышение сниженного тонуса мышц у 86% и увеличение силы разгибателей и сгибателей стопы у 73% больных.

Таким образом, традиционное консервативное лечение больных с компрессионно-корешковыми синдромами, вызванными грыжами межпозвоночных дисков, благоприятно влияет на клиническое течение заболевания.

Применение антигомотоксической терапии и электронейростимуляции при дорсопатиях

Чухраев Н.В.¹, Буцкая Л.В.², Данилова О.А.²

¹ НМЦ Мединтех, Киев, Украина

² Международная академия управления персоналом, Киев, Украина

Актуальность – повышение эффективности протоколов лечения болевых синдромов, сочетая двухуровневый подход, электронейростимуляцию, принципы биологической регулирующей терапии с минимальной медикаментозной нагрузкой.

Цель исследований: Исследование эффективности сочетанного двухуровневого подхода на основе электронейростимуляции и антигомотоксической терапии при лечении болевых синдромов. Задачи исследования: Разработка протокола электронейростимуляции в сочетании с антигомотоксической терапией при болевых синдромах.

Материалы и методы: Для определения наиболее эффективного протокола лечения больных дорсопатией поэтапно набиралась группа из 75 больных, которые были разделены на 3 группы по 25 больных случайным образом: 1 группа – выполнялось местное подкожное введение (МПВ) препарата Траумель С (амп.) в болевые БАТ и электронейростимуляция – плацебо. 2 группа – выполнялось МПВ препарата Траумель С в болевые БАТ и электронейростимуляция по двухуровневой методике. 3 группа – проводилась МПВ физиологического раствора в болевые БАТ и электронейростимуляция по двухуровневой методике. Параметры процедуры: аппарат МИТ-ЭФ2, индивидуальная терапевтическая частота повторения импульсов выбиралась по методу Самосюка-Чухраева и составляла $(9,4 \pm 0,94)$ Гц, длительность импульса – 0,5 мс, сила тока – до появления ощущения покалывания, время одной процедуры составляло 15 минут, курс лечения – 12 процедур, 3 раза в неделю. Электрод “+” 1 канала устанавливался с правой стороны позвоночника зоны боли, «-» на левую проекцию тройничного нерва. Электроды 2 канала устанавливаются ассиметрично 1 каналу. Модель исследования включала



ла клинико-неврологическую оценку, определение интенсивности боли до и после лечения, динамические общеклинические анализы. Оценка психофизического состояния проводилась на основе психометрических таблиц депрессии Бека и сочетанной методики акупунктурной диагностики по методу Буцкой Л.В.

Результаты исследований, на фоне общей положительной динамики, показали во второй группе достоверное снижение клинических проявления боли на $27,4 \pm 3,1\%$, уровня депрессии на $23,3 \pm 2,1$ у.е., Выраженный регресс симптомов вегетативной дисфункции объясняется активизацией трех механизмов противоболевой системы через два ее уровня: ретикулярную формацию ствола головного мозга, периферические образования, формирующие болевой синдром (рецепторы кожи, фасций, связочно-суставные образования) и зону диффузного ноцицептивного ингибирующего контроля посредством спинально-спинальных и спинально-стволово-спинальных связей. Более высокая скорость ликвидации болевого и депрессивного синдромов наблюдалась при параллельном использовании препарата Траумель С, который способен запускать иммунологический каскад реакций путем активирования клон Th3-лимфоцитов, восстанавливая нормальное соотношение между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами в зоне воспаления, уменьшая классические симптомы воспаления: боли, отек, покраснение, нарушение функции и электронейростимуляции паравертебральных и центральных зон боли, чем сопутствовал выраженный антидепрессивный эффект.

Выводы. Наиболее эффективным протоколом лечения дорсопатии, дополняемым антидепрессивным эффектом, является биопунктура болевых БАТ антигомтоксическими препаратами в сочетании с двухуровневой электронейростимуляцией на индивидуальной терапевтической частоте.

Дискинезии при акинетико-ригидной форме болезни Паркинсона. Пути решения проблемы

Юров И.В.

ЦПМСП № 4, Мариуполь, Украина

Целью данной работы явилась коррекция среднесуточной дозы препаратов заместительной и стимулирующей терапии для снижения риска развития дискинезий.

Методы и результаты исследования. Всем пациентам мы проводили клинико-неврологическое и нейропсихологическое исследование. По данным многих литературных источников популяционная структура синдрома паркинсонизма включает: болезнь Паркинсона – 69-76%, мультисистемную атрофию – до 4,5%, прогрессирующий супрануклеарный паралич – до 3%, кортико - базальную дегенерацию – до 1,5%, сосудистый «паркинсонизм» – до 3,5-4%, диагностически трудный эссенциальный тремор – до 10%, атипичный паркинсонизм – до 10%. На выполненном транскраниальном ангиосканировании в 94% выявлен умеренный дефицит кровотока в бассейне СМА, венозная гипертензия и дисциркуляция в бассейнах глубоких вен мозга обеих гемисфер головного мозга, признаки повышения экзогенности вещества головного мозга в области локализации substantia nigra с двух сторон. При МРТ головного мозга у 70% пациентов визуализировалась умеренная внутренняя гидроцефалия, у 77% больных отмечена субатрофия коры полушарий головного мозга и мозжечка. При оценке неврологического статуса у этих больных мы пользовались клиническими диагностическими критериями Банка мозга общества болезни Паркинсона Великобритании (1992), критериями шкалы UPDRS (1987), модифицированной шкалой оценки стадии заболевания по Hoehn & Yahr, шкалой MMSE, шкалой дневной активности (Schwab & England). У больных наблюдался акинетико-ригидный (65%) и дрожательно-ригидный (35%) синдромы, отмечались феномен «on-off» (35%), дискинезии пика дозы (30%), тремор, резистентный к препаратам леводопы (22%), была снижена дневная активность (78%), сенсорные жалобы и хроническая боль (в плече, шее, спине) 60-70% (King S.A., 2000). Представило интерес рассмотреть боль как мультифокальную проблему: болевой синдром, обусловленный БП (нарушение функции ноцицептивной системы, Fahn S. et al., 2003.), синдром беспокойных ног. По данным исследователей чувство боли возникает при тревожно-депрессивном синдроме; боль, связанная с ригидностью и гипокинезией в мышцах плечевого пояса и верхних конечностях, кроме этого, дофаминергический дефицит изменяет состояние ноцицептивной системы и приводит к снижению порога боли; ряд болезненных ощущений при мышечной дистонии, дискинезии. Отмечается гетерогенность боли при БП: нейромедиаторные изменения (гиподофаминергические и гипердофаминергические состояния, Tinazzi M. et al., 2006), последнее может быть обусловлено длительной терапией леводопой (моторные флюктуации, дискинезии, Bizgitta H., et al., 2004). Таким образом, боль – индикатор недостаточности эф-