

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОМИДИНА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕЙРОПАТИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ЛЕГКИМИ И УМЕРЕННЫМИ ПАРЕЗАМИ

Бахтерева Е.В., Широков В.А., Лейдерман Е.Л.

ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики
и охраны здоровья рабочих промпредприятий», г. Екатеринбург

Фокальные нейропатии, включающие мононевропатии, радикулопатии, плексопатии, составляют в структуре заболеваний периферической нервной системы 22,6-35%. При этом распространенность в популяции, по данным зарубежных авторов, составляет от 1,55% до 10%.

Несмотря на то, что периферические невропатии не относятся к заболеваниям с высоким уровнем смертности, особенности их клинического течения, а именно, прогрессирующий характер заболевания, торпидность течения, резистентность к лечебному воздействию и склонность к рецидивированию, обуславливают необходимость повторных госпитализаций и ведут к длительной утрате трудоспособности. Это определяет медицинскую и экономическую актуальность проблемы.

Предложен новый способ введения ипидакрина техникой локальной инъекционной невралной терапии. Именно такое введение препарата оказывает комплексное воздействие на различные звенья патогенеза: на зону сегментарной и периферической иннервации (то есть максимально близко к патологическому очагу), сосудистое звено, стимуляцию периневральных структур, активацию межнейрональных связей. Последовательно, на пике максимального эффекта препарата (при парентеральном введении он достигается к 30-60 минуте), проводилась процедура электронейростимуляции прямоугольными токами, частотой 2 Гц. Предлагаемый комплекс способствует активации регенерационно-реиннервационных процессов нервных волокон и мышц, и как следствие восстановление утраченных функций нервно-мышечного аппарата.

Под наблюдением находились 58 пациентов в возрасте от 36 до 75 лет (24 мужчины и 34 женщины) с диагнозами: компрессионная срединная нейропатия, локтевая нейропатия, шейная радикулопатия, многоуровневая нейропатия (радикулопатия C₆₋₈ с дополнительной компрессией срединного нерва на уровне запястного канала). Средний возраст обследованных составил 52,6 ± 7,01 года.

Методом простой рандомизации пациенты были разделены на две группы. Пациенты первой группы (28 человек) получали нейромидин фирмы «Олайнфарма» (раствор, 15мг/1 мл), который вводили методом локальной инъекционной невралгической терапии, курс №10, ежедневно, с последующей, через 25-30 минут (на пике действия препарата), процедурой электростимуляции заинтересованных нервов и мышц, курс №10 ежедневно (с 2 выходными в неделю). Пациентам второй группы (30 человек) нейромидин (раствор, 15мг/1 мл) вводили традиционным способом – внутримышечно, курс №10, ежедневно (с 2 выходными в неделю) с последующей, через 30-45 мин. (на пике действия препарата), процедурой электростимуляции заинтересованных нервов и мышц, курс №10, ежедневно (с 2 выходными в неделю). Исследуемые группы были сопоставимы по полу, возрасту, степени выраженности клинических симптомов

Эффективность терапии оценивалась через 14 дней лечения и через 1 месяц с применением клинического и электронейрофизиологического обследования. Для статистической оценки динамики самые частые жалобы (онемение, нарушение ночного сна из-за онемения, парестезии, жжение, боль) были просуммированы до и после лечения. Всем больным проведено обследование неврологического статуса с определением чувствительности, мышечной силы верхних конечностей. Общая функция кисти оценивалась при помощи опросника «Возможности кисти» (Ability of Hand или ABILHAND) – наиболее простой вариант клинического инструмента для оценки функциональных возможностей кисти. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по 10-бальной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Оценка выраженности тревоги и депрессии оценивалась по Госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS в баллах. Верификация диагноза осуществлялась по данным электронейромиографиче-

ского исследования (ЭНМГ, аппарат Nicolet Vicing Quest). Статистическая обработка проводилась с помощью программного пакета SPSS 13,0.

Пациенты первой и второй группы при поступлении предъявляли жалобы на онемение в руке или пальцах кисти, парестезии в соответствующих дерматоммах, болевой синдром в шейном отделе с иррадиацией в руку, слабость и неловкость в кисти. Больные указывали также на наличие тревоги, снижение настроения и интереса к окружающему, что свидетельствовало о депрессивном компоненте. Исходные средние показатели по группам были сопоставимы: в первой группе тревога/депрессия – 10,1/8,4, во второй – 9,8/8,7 баллов соответственно (при норме до 7 баллов). После курса лечения отмечалось достоверное снижение уровня тревожности и депрессии у пациентов и в первой, и во второй группе до 6,9/7,2 и 7,8/7,2 соответственно.

Достоверно уменьшилось онемение в первой группе после лечения через 14 дней у 74%, через 1 месяц – у 87% ($p < 0,05$). Во второй группе онемение продолжало беспокоить после 14 дневного курса лечения 43% больных, через 1 месяц после лечения – 26% пациентов.

При оценке результатов лечения по опроснику «Возможности кисти» отмечалась положительная динамика. До лечения средний показатель составил в первой группе $59,45 \pm 3,91$ баллов и $59,85 \pm 3,62$ баллов во второй группе, что соответствовало критерию «удовлетворительно». После лечения показатели достоверно улучшились в обеих группах $74,4 \pm 4,23$ и $68,25 \pm 3,03$ баллов, что свидетельствовало об улучшении функции кисти у пациентов с фокальными нейропатиями.

При клинической оценке результатов применения нейромидина у больных с фокальными нейропатиями верхних конечностей мы отметили хорошую переносимость препарата, за исключением кратковременных тошноты у 2 пациентов второй группы в первые 2 дня лечения, купировавшихся самостоятельно и в дальнейшем не наблюдавшихся.

Исследование, продемонстрировавшее клиническую эффективность периневрального введения нейромидина с дальнейшей электронейростимуля-

цией при фокальных нейропатиях верхних конечностей, открывает новые возможности консервативной терапии этой категории больных.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ СПОНДИЛИТЫ КАК ПРИЧИНА БОЛЕЙ В ПОЗВОНОЧНИКЕ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Гончаров М.Ю., Сакович В.П.

Областная клиническая больница №1, г. Екатеринбург

По данным отечественной и зарубежной литературы в последнее время наблюдается увеличение количества воспалительных заболеваний позвоночника, в т.ч. и неспецифических бактериальных спондилитов и/или спондилодисцитов. Частота встречаемости составляет от 2.8-5,4 на 100 тыс. населения в год. Основной проблемой неспецифических спондилитов считают позднюю диагностику заболевания и большое количество осложненных форм спондилитов, приводящих к неврологическим и/или ортопедическим нарушениям. Процент диагностических ошибок очень высок и достигает, по различным данным, от 30 до 85%, а средние сроки выявления спондилитов составляют более 2-4 месяцев.

Целью нашей работы является улучшение качества и сокращение сроков диагностики неспецифических бактериальных спондилитов.

Материалы и методы. За период с 2005 по 2011 годы под наблюдением находилось 110 пациентов с верифицированным диагнозом неспецифический бактериальный спондилит и/или спондилодисцит. Поражение поясничного отдела позвоночника наблюдали чаще, чем шейного и грудного. Для постановки диагноза использовали современные методы нейровизуализации – КТ, МРТ. Большинство пациентов – 88 (80%) госпитализированы с уже имеющимся неврологическим дефицитом.

Результаты и обсуждение. При оценке анамнестических данных нами установлено, что у всех 110 (100%) пациентов первым и ведущим симптомом заболевания была боль в соответствующем отделе позвоночника. У 98 (89.1%)