

Заключение. Результаты проведенной трансплантации МСК в варианте сочетанного локального и системного их применения двум пациентам с рецидивирующе-ремиттирующим РС и с двухсторонним РБН в анамнезе и атрофией ЗН свидетельствуют об эффективности, безопасности и хорошей переносимости данного метода лечения. В связи с малым количеством пациентов, более детальное и аргументированное представление об оптимально эффективной дозе МСК, кратности и общей длительности терапии МСК требует дальнейших исследований.

КОРРЕКЦИЯ МЫШЕЧНОЙ СПАСТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Кривецкая И.И., Яремчук О.Б., Филипец Е.А., Жуковский А.О.

БГМУ,

г. Черновцы, Украина

У больных с рассеянным склерозом (РС) очень часто двигательные нарушения значительно усугубляются повышением мышечного тонуса в паретических конечностях за типом спастичности. Спастичность ограничивает объём движений в конечностях и передвижение больных.

В настоящее время спастичность связывают с нарушением нейрофизиологических механизмов и, в частности, нарушением дифференцированной регуляции альфа – и гамма – мотонейронов, гипервозбудимостью спинальных альфа – мотонейронов, уменьшением активности некоторых ингибиторных механизмов.

Основными препаратами для снижения мышечного тонуса, являются миорелаксанты. При выраженной спастичности приходится использовать высокие дозы миорелаксантов, что часто осложняется развитием побочных явлений.

Цель. Изучение эффективности терапии повышенного мышечного тонуса у больных на РС с использованием комбинации тизанидина и лиорезала в средних терапевтических дозах в сравнении с монотерапией тизанидином.

Материал и методы. В исследование было включено 20 больных с ремиттирующим рецидивирующим РС (РРРС) и вторично-прогрессирующим РС (ВПРС), среди них – 12 женщин и 8 мужчин. Средний возраст составил 43 года.

Больные были распределены на две группы гомогенные по возрасту, полу и за степенью повышения мышечного тонуса. Для оценки мышечного тонуса использовали модифицированную шкалу Ашфорт (Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity) – в каждую группу вошли по 5 больных с мышечным тонусом 3 бала и 5 больных с 4 балами – по 35 баллов в каждой.

Результаты и обсуждение. Больные I группы получали тизанидин в дозе 12 мг/добу в три приема, больные II группы тизанидин 12 мг/сутки в три приема и лиорезал в дозе 20 мг/сутки в три приема.

Все пациенты начали терапию тизанидином в дозе 4 мг/сутки, которую за семь дней, постепенно увеличивая на 2 мг/сутки, довели до средней терапевтической дозы – 12 мг/сутки. С 17 дня пациенты II группы начали принимать в комбинации с тизанидином лиорезал в дозе 2,5 мг/сутки, которую за семь дней, постепенно повышая на 2,5 мг в сутки, довели до 20 мг/сутки. Пациенты каждой группы продолжали лечение еще 10 дней. Оценку спастичности проводили перед назначением терапии, на 17 - й и 34 - й дни.

ма и клинического течения ОНМК, с одной стороны, и возрастом пациентов, с другой стороны.

Заключение. У пациентов, перенесших инсульт, интенсивность головной боли выше при локализации очага в вертебро-базиллярном бассейне. Характеристики цефалгического синдрома у пациентов с ОНМК статистически значимо коррелируют с уровнем общего холестерина в сыворотке крови.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ L-ЛИЗИНА-ЭСЦИНАТА В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ДОРСАЛГИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Васильева Н.В.¹, Пашковский В.М.¹, Мудрик З.А.², Мельник А.И.³

¹*БГМУ,*

²*Черновицкая ОПБ,*

³*ОМДЦ,*

г. Черновцы, Украина

Основной причиной дорсалгий являются дегенеративно-дистрофические изменения в позвонках, которые приводят к нарушению функционирования одного или нескольких позвоночно-двигательных сегментов и обуславливают появление мышечно-тонических или миофасциальных болевых синдромов.

Цель: определение эффективности L-лизина эсцината в комплексной терапии вертеброгенных дорсалгий, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы: обследовано 37 стационарных пациентов в возрасте от 35 до 60 лет с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза. Соответственно классификации Антонова И.П. были выставлены следующие диагнозы: радикулопатия (18 пациентов), радикулоишемия (12 пациентов) и миелопатия (7 пациентов). При изучении неврологического статуса особое внимание уделялось объему активных и пассивных движений в поясничном отделе позвоночника, степени напряжения паравертебральных мышц, высчитывали коэффициент вертебрального синдрома (КВС), коэффициенты сгибания и разгибания позвоночника. Интенсивность болевого синдрома определяли в баллах соответственно рекомендаций Антонова И.П., а также определяли изменения в чувствительной и двигательной сферах. С целью объективизации болевого синдрома и контроля за эффективностью терапии по его ликвидации использовали оценку выраженности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), шкале вербальных оценок (ШВО). Диагноз подтверждали с помощью рентгенографического обследования пояснично-крестцового отдела позвоночника в двух проекциях, КТ или МРТ.

В 1-ю (контрольную) группу включили 15 пациентов, которые получали НПВС, миорелаксанты, витаминотерапию, мочегонные препараты. 20 пациентов 2-й (основной) группы вместо мочегонных препаратов в течение 10 дней получали 10 мл L-лизина эсцината в/венно капельно в 150 мл физиологического раствора хлорида натрия 1 раз в сутки.

Результаты и обсуждение: В результате терапии удалось достичь значительного улучшения у 81% пациентов 2-й группы и 67,5% пациентов 1-й группы, но наилучшие результаты были получены у пациентов с радикулопатией. Болевой синдром полностью