

4. Миронович Н.И. Краткий очерк развития отечественной нейрохирургии. М.: Медицина, 1964. 164 с.
5. Курбангалеев С. М. радикальное хирургическое лечение невралгии тройничного нерва. Л.: Медгиз. Ленингр. отделение, 1961. 256 с.
6. Дьяконова И.Н., Попелянский Я.Ю., Чудновский В.С. История развития неврологии и психиатрии в Казани. Казань: Таткнигоиздат, 1974. 56 с.
7. Юрихин А.П. Профессор Василий Иванович Разумовский (к 130-летию со дня рождения) // Хирургия. 1987. № 10. С. 148–150.

Translit

1. Popeljanskij Ja. Ju. Professor Liverij Osipovich Darkshevich. Kazan': Tatknigoizdat, 1976. 215 s.

2. Razumovskij V.I. K voprosu o hirurgicheskom lechenii korkovoj jepilepsii (travmaticheskoi i netravnmaticheskoi) // Nevrol. vestn. 1913. № 3. S. 403–416.
3. Aminev A. M. 125 let so dnja rozhdenija Vasilija Ivanovicha Razumovskogo // Vestn. hirurgii. 1983. № 5. S. 137–139.
4. Mironovich N.I. Kratkij ocherk razvitija otechestvennoj nejrohirurgii. M.: Medicina, 1964. 164 s.
5. Kurbangaleev S.M. radikal'noe hirurgicheskoe lechenie nevralgii trojnichnogo nerva. L.: Medgiz. Leningr. otd-nie, 1961. 256 s.
6. D'jakonova I. N., Popeljanskij Ja. Ju., Chudnovskij V. S. Istoriya razvitija neurologii i psihiatrii v Kazani. Kazan': Tatknigoizdat, 1974. 56 s.
7. Jurihin A.P. Professor Vasilij Ivanovich Razumovskij (k 130-letiju so dnja rozhdenija) // Hirurgija. 1987. № 10. S. 148–150.

УДК: 616.89-02-616.831–005.4

Оригинальная статья

КЛИНИЧЕСКИЕ И ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Ю. В. Абраменко — ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, кафедра нервных болезней и восстановительной медицины ФГДО, доцент, кандидат медицинских наук; **Н. А. Яковлев** — ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, кафедра нервных болезней и восстановительной медицины ФГДО, профессор кафедры, профессор, доктор медицинских наук; **Т. А. Слюсарь** — ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздравсоцразвития России, кафедра нервных болезней и восстановительной медицины ФГДО, заведующая кафедрой, профессор доктор медицинских наук.

CLINICAL AND SONOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF HEADACHE IN MEN AND WOMEN WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA

U. V. Abramenko — Tver State Medical Academy, Neurology Department of the Postgraduate Education Faculty, Associate Professor, Candidate of Medical Science; **N. A. Yakovlev** — Tver State Medical Academy, the Neurology Department of the Postgraduate Education Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **T. A. Slyusar** — Tver State Medical Academy, Head of the Neurology Department of the Postgraduate Education Faculty, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 14.05.2012 г.

Дата поступления в печать — 28.05.2012 г.

Абраменко Ю. В., Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А. Клинические и доплерографические характеристики головной боли у мужчин и женщин с дисциркуляторной энцефалопатией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 368–371.

Цель: сравнительный анализ клинических проявлений и ультрасонографических характеристик у женщин и мужчин с головной болью на фоне дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ). **Материалы и методы.** Проведено комплексное неврологическое обследование 72 женщин (средний возраст 64,3 года) и 48 сопоставимых с ними по возрасту мужчин (средний возраст 65,0 года) с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I–II стадий с использованием диагностических критериев Международной классификации головной боли (МКГБ-2, 2003), дневника головной боли (ГБ) и Мак-Гилловского болевого опросника. Интенсивность ГБ оценивали по 10-балльной визуально-аналоговой шкале. Для исследования изменений церебральной гемодинамики проводили дуплексное сканирование магистральных сосудов головы и транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС). **Результаты:** Установлена большая представленность головной боли напряжения у женщин с ДЭ. Показатели частоты, длительности и интенсивности эпизодов ГБ у женщин также были выше, чем у пациентов-мужчин. С помощью ТКДС выявлено, что для женщин с ГБ на фоне ДЭ оказались характерны более выраженные доплерографические признаки нарушения венозного оттока из полости черепа. **Заключение:** Полученные данные могут иметь значение для планирования дифференцированных подходов к лечению ГБ у мужчин и женщин с ДЭ.

Ключевые слова: пол, головная боль, дисциркуляторная энцефалопатия, транскраниальное дуплексное сканирование, нарушение венозного оттока.

Abramenko U. V., Yakovlev N. A., Slyusar T. A. Clinical and dopplerographic characteristics of headache at men and women with discirculatory encephalopathy // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012. Vol. 8, № 2. P. 368–371.

The goal of the research was the comparative analysis of headache clinical implications and ultrasonographic characteristics at women and men with dyscirculatory encephalopathy (DE). 72 women (middle age 64.3) and 48 men with dyscirculatory encephalopathy (DE) of I–II stage comparable to their age (middle age 65.0) have been examined. The examinations were organized using diagnostic criteria of the International classification of headache disorders (ICDH — II, 2003), headache diary and the McGill Pain Questionnaire. Headache intensity was estimated by the Visual Analog Scale. Cerebral hemodynamics changes were examined by means of duplex ultrasound of cerebral great vessels and transcranial duplex scanning. The comparative analysis revealed the predomination of tension-type headache among women with DE. They also surpassed men-patients in the indicators of headache intensity, attack duration and frequency. With the help of transcranial duplex scanning (TCDS) was revealed that women with headache were characterized by more severe abnormal venous outflow from the brain. The received data may be important for individualization of therapeutic approaches at men and women with headache and DE.

Key words sex, headache, dyscirculatory encephalopathy, transcranial duplex scanning, abnormal venous outflow.

Ответственный автор — Абраменко Юлия Вячеславовна.
Адрес: 170001, Тверь, ул. Виноградова д. 10, кв. 345.
Тел.: +7 915-724-99-79.
E-mail: juliya-abramenko@rambler.ru

Введение. Головная боль (ГБ), являющаяся одной из наиболее частых жалоб пациентов на ранних стадиях дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), в настоящее время не считается проявлением хронического ишемического поражения головного мозга, поскольку последний, в отличие от миокарда, не имеет болевых рецепторов [1]. Поэтому ГБ у пациентов с ДЭ рассматривается как коморбидный синдром по отношению к ведущим (когнитивным и статико-локомоторным) проявлениям этого заболевания. В генезе ГБ у больных с ДЭ играют роль развивающаяся психологическая дезадаптация пациентов, дефект центральных противоболевых систем, коморбидные тревожно-депрессивные расстройства, а также, возможно, дегенеративные изменения в шейном отделе позвоночника и затруднение венозного оттока из полости черепа [2]. Хотя различные аспекты ДЭ в настоящее время интенсивно исследуются [3, 4], клинические особенности ГБ у мужчин и женщин с ДЭ, а также влияние фактора полового диморфизма на церебральную гемодинамику больных с ГБ на фоне ДЭ остаются мало изученными.

Цель исследования: сравнительный анализ клинических характеристик ГБ, а также изменений церебральной гемодинамики у мужчин и женщин с ГБ, развившейся на фоне ДЭ.

Методы. Обследовано 120 пациентов в возрасте 55–74 лет: 72 женщины (средний возраст $64,3 \pm 1,0$ года) и 48 мужчин (средний возраст $65,0 \pm 1,2$ года) с ДЭ, обусловленной артериальной гипертензией и ее сочетанием с атеросклерозом. Диагноз и стадии заболевания устанавливали на основании принятых в России критериев [2]. ДЭ I стадии диагностировали у 41,7% женщин и у 18,7% мужчин, ДЭ II стадии — соответственно у 58,3 и 81,3%. Критериями включения больных в исследование были: возраст от 55 (женщины) или 60 (мужчины) до 74 лет; наличие ДЭ I–II стадии гипертонического, атеросклеротического, смешанного генеза; информированное согласие на участие в исследовании; среднее или высшее образование. Критерии исключения: энцефалопатия не сосудистого генеза; тяжелые соматические, психические, эндокринные, гематологические, онкологические заболевания; васкулиты; перенесенные инсульты, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания ЦНС; применение в течение последних 6 месяцев терапии, способной исказить результаты обследования (анксиолитики, антидепрессанты).

Для выявления основных типов ГБ использовали международные диагностические критерии МКГБ-2 (2003). Интенсивность ГБ у мужчин и женщин оценивали в покое и в антиортостатической пробе по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), рассчитывали также ранговый индекс головной боли (РИГБ) по аффективной шкале Мак-Гилловского болевой опросника. При объективном обследовании пациентов пальпаторно определяли степень напряжения, а также болезненность перикраниальных мышц и мышц плечевого пояса, обращали внимание на наличие и выраженность клинических признаков венозного застоя в полости черепа.

Для исследования показателей кровотока в экстра- и интракраниальных сосудах проводили дуплексное сканирование (ДС) магистральных сосудов головы и транскраниальное дуплексное сканирование (ТКДС) по стандартной методике на аппарате ACUSON Sequoia-512 (Siemens, Германия) с использованием линейного и векторного датчиков частотой 10 и 2 МГц. При ТКДС глубоких внутричерепных вен

регистрировали среднюю линейную скорость (ЛСК) в среднем сегменте базальной вены и прямом синусе. Методом ДС экстракраниальных сосудов оценивали диаметр нижних луковок внутренних яремных вен (ВЯВ), двустороннее или одностороннее увеличение которого более 10 мм считали маркером нарушения югулярного венозного оттока из полости черепа.

Статистическую обработку количественных данных проводили с помощью стандартного пакета программ SPSS 13.0 for Windows; использовали критерии t и χ^2 для проверки гипотез о соотносительной значимости различия средних показателей. Связь параметров изучали с помощью непараметрического коэффициента ранговой корреляции Пирсона. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что женщины на ранних стадиях ДЭ отличались от пациентов-мужчин большей представленностью жалоб на головные боли (соответственно 90,3 и 72,9%, $p < 0,05$), которые при анализе их характеристик по критериям МКГБ-2 характеризовались клинической гетерогенностью у пациентов обоих полов. Основным типом ГБ на фоне ДЭ у 72,2% женщин и у 58,3% мужчин ($p < 0,05$) были головные боли напряжения (ГБН), доминирующий вариант которых — хроническая форма ГБН (ХГБН) — у пациентов женского пола (41,6%) встречался достоверно чаще ($p < 0,05$), чем у мужчин (29,2%). На ранних стадиях ДЭ практически с одинаковой частотой у мужчин и женщин выявлялись нечастая (соответственно 10,4 и 11,1%) и частая эпизодическая ГБН (18,8 и 19,4%), а также цервикогенная головная боль (ЦГБ) (14,6 и 15,3%). Наиболее редкой формой ГБ у обследованных больных была мигрень без ауры, которая диагностировалась у 2 женщин с ДЭ I стадии (6,7%) и представляла собой пролонгирование мигренозной цефалгии, дебютировавшей в молодом возрасте и сохранившейся после климакса.

Цефалгический синдром у женщин с ДЭ отличался от такового у мужчин разнообразием словесных дескрипторов; более высокими ($p < 0,05$) показателями частоты, длительности и интенсивности болевых эпизодов; большей величиной РИГБ по аффективной шкале опросника Мак-Гилла (соответственно $5,5 \pm 0,4$ и $3,0 \pm 0,2$ балла, $p < 0,01$). У женщин ГБН на фоне ДЭ в большинстве случаев сочеталась с напряжением перикраниальных и некоторых шейных мышц (41,7% при 20,8% у мужчин, $p < 0,05$) и коморбидными болевыми синдромами, среди которых преобладали арталгии (соответственно 36,1 и 20,8%, $p < 0,05$) и поясничные миофасциальные боли (13,9% и 8,3%).

Женщины с ХГБН на фоне ДЭ отличались от пациентов-мужчин большей представленностью ночной или утренней диффузной ГБ распирающего характера (соответственно 38,9 и 20,8%, $p < 0,05$), частым ее сочетанием с физикальными признаками нарушения венозного оттока из полости черепа (одутловатость лица после сна, пастозность век, особенно нижних, цианоз губ, слизистых носа и ротоглотки), а также более выраженным нарастанием интенсивности боли в антиортостатической пробе (соответственно на $2,3 \pm 0,3$ и $1,3 \pm 0,2$ балла, $p < 0,05$).

Ультразвуковое исследование показателей артериального и венозного контуров мозгового кровотока было проведено у 27 мужчин и у 38 женщин с ГБН на фоне ДЭ. Полученные результаты сравнивали с показателями кровотока практически здоровых лиц соответствующего возраста. При анализе скоростных параметров кровотока по экстра- и интракраниальным артериям достоверных половых различий

у обследованных пациентов не выявлено. При исследовании интракраниального венозного кровотока методом ТКДС установлено, что средняя ЛСК в среднем сегменте базальной вены и прямом синусе у женщин с ГБН на фоне ДЭ статистически значимо превышала таковую у мужчин (табл. 1).

При ангиосканировании внутренних яремных вен у обследованных пациентов обоего пола определялось достоверное, по сравнению с нормой (не > 10 мм), расширение обеих нижних луковок ($p < 0,05 - 0,01$). У женщин средняя величина диаметра обеих нижних луковок ВЯВ достоверно ($p < 0,05$) превышала аналогичный показатель у мужчин (табл. 2).

Выявлена корреляционная связь между средней ЛСК по базальной вене и средним баллом прироста интенсивности ГБ по ВАШ в антиортостатической пробе, которая оказалась более сильной у женщин с ДЭ ($r = 0,77$, $p < 0,01$), чем у мужчин ($r = 0,55$, $p < 0,05$). У женщин с ГБН на фоне ДЭ, в отличие от пациентов-мужчин, установлено наличие достоверных положительных корреляций между средним показателем ЛСК по базальным венам и РИГБ по аффективной шкале опросника Мак-Гилла ($r = 0,47$, $p < 0,05$), а также между средним диаметром нижней луковки ВЯВ и РИГБ ($r = 0,39$, $p < 0,05$).

Обсуждение. Выявленные половые различия в представленности и клинических характеристиках ГБ и коморбидных болевых синдромов на фоне ДЭ, вероятно, могут быть обусловлены сочетанием многих факторов: большей перцептуальной чувствительностью и более низкими болевыми порогами у женщин [5], гормональными влияниями, повышенной стрессодоступностью и эмоциональной уязвимостью женщин [6,7], различными требованиями общества к переносимости боли мужчинами и женщинами, которые побуждают мужчин отрицать наличие либо преуменьшать интенсивность и длительность болевых ощущений [6].

Согласно данным ультразвукового исследования, женщины с ГБ на фоне ДЭ, по сравнению с мужчина-

ми, характеризовались наличием более выраженных доплерографических признаков нарушения венозного оттока из полости черепа, что согласовывалось с преобладанием у них клинических маркеров венозной церебральной дисциркуляции и, вероятно, определяется комплексом различных факторов: возрастным и ассоциированным с АГ изменением концентрации основных женских половых гормонов, климактерическими и менопаузальными нарушениями сосудистой регуляции [8]; высокой представленностью у женщин депрессии, влияющей на церебральную гемодинамику, в частности венозную [9]; особенностями морфотипа (например, короткая шея), соматического статуса и поведения части обследованных женщин с ДЭ [10].

Выявленные корреляции показателей венозного мозгового кровотока с интенсивностью головной боли у пациентов с ДЭ (особенно женского пола) подтверждают мнение исследователей о клинической значимости венозной церебральной дисциркуляции для манифестации цефалгического синдрома у пациентов с ДЭ [3].

Заключение. Таким образом, головная боль у пациентов с ДЭ характеризуется клинической гетерогенностью с преобладанием в структуре хронической формы головной боли напряжения. Женщины с цефалгическим синдромом на фоне ДЭ отличаются от пациентов-мужчин более высокими показателями частоты, длительности и интенсивности болевых эпизодов, большей представленностью и выраженностью клинических маркеров венозной церебральной дисциркуляции, а также наличием более выраженных доплерографических признаков нарушения венозного оттока из полости черепа. Прямым показанием к доплерографическому исследованию венозного контура мозгового кровотока может служить наличие у больных, страдающих ГБ, клинических признаков венозного застоя в полости черепа. Выявленные половые различия клинических и доплерографических характеристик пациентов с ГБ на

Таблица 1

Показатели средней ЛСК в базальных венах и прямом синусе у мужчин и женщин с ГБ на фоне ДЭ по данным транскраниального дуплексного сканирования, см/с ($M \pm m$)

Локализация	Группы обследованных			
	ДЭ I стадии (n=15)		ДЭ II стадии (n=50)	
	Мужчины (n=4)	Женщины (n=11)	Мужчины (n=23)	Женщины (n=27)
Базальная вена:				
— D	13,1±1,2	13,8±1,0	23,2±1,0 [°]	26,6±1,0 ^{*,°}
— S	16,4±1,2	19,9±1,0*	25,2±1,0 [°]	28,6±1,0 ^{*,°}
Прямой синус	23,3±1,6	28,5±1,5*	28,9±1,0 [°]	32,3±1,0 ^{*,°}

Примечание: * — различия между мужчинами и женщинами (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$); ° — различия ДЭ I и II стадии (° $p < 0,05$; °° $p < 0,01$).

Таблица 2

Диаметр нижних луковок внутренних яремных вен у мужчин и женщин с ГБ на фоне ДЭ, мм ($M \pm m$)

Вена	Группы обследованных			
	ДЭ I стадии (n=15)		ДЭ II стадии (n=50)	
	Мужчины (n=4)	Женщины (n=11)	Мужчины (n=23)	Женщины (n=27)
D	10,5±0,8	13,2±0,8*	14,6±0,7 [°]	17,1±0,5 ^{**,°}
S	13,6±1,0	16,6±0,4*	15,1±0,6	18,3±0,5 ^{**,°}

фоне ДЭ целесообразно учитывать при комплексном обследовании и лечении пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью.

Конфликт интересов. Источник финансирования создания рукописи и предшествующего ей исследования — ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ. Организация-работодатель: ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ. Тип официального финансирования: НИР.

Библиографический список

1. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В., Манвелов Л. С. Справочник по головной боли. М.: Милкош, 2005.
2. Штульман Д. Р., Левин О. С. Неврология: справ. практ. врача. М., 2007.
3. Лавров А. В., Яхно Н. Н., Бузиашвили Ю. И., Шумилина М. В. Характеристика артериальной и венозной церебральной гемодинамики на разных стадиях дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Прил. «Инсульт». 2005. Вып. 15. С. 4–12.
4. Локшина А. Б., Захаров В. В. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии // Неврологический журнал. Прил. 1. 2006. С. 53–57.
5. Tassorelli C., Sandrini G. Changes in nociceptive flexion reflex threshold across the menstrual cycle in healthy woman // Psychosomat. Med. 2002. Vol. 64 (4). P. 621–626.
6. Голубев В. Л., Вейн А. М., Данилов Ал. Б. Гендер и боль // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2005. Т. 105, № 10. С. 72–74.
7. Kanner R. Pain in the elderly // Pain management secrets. Pub. Hanley & Belfus, 2003. P. 195–199.
8. Любарова И. Б., Тихоновская О. А., Алифирова В. М. Особенности клинического течения климактерического синдрома и способ коррекции вегетативных проявлений у женщин с хронической ишемией головного мозга // Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2008. № 3. С. 81–83.

9. Хабибрахманова Л. Х., Азин А. Л., Зефилов А. Л. Снижение реактивности артерий головного мозга на поздних этапах жизни // Успехи геронтологии. 2002. Вып. 10. С. 69–73.

10. Лечение больных с хронической ишемией мозга: ультразвуковой метод исследования в оценке эффективности ангиопротекторов / Иванов А. Ю., Панунцев В. С., Иванова Н. Е. [и др.] // Consilium medicum. 2007. Т. 9, № 8. С. 77–81.

Translit

1. Kadykov A. S., Shahparonova N. V., Manvelov L. S. Spravochnik po glavnoj boli. M.: Milkosh, 2005.
2. Shtul'man D. R., Levin O. S. Nevrologija: sprav. prakt. vracha. M., 2007.
3. Lavrov A. V., Jahno N. N., Buziashvili Ju. I., Shumilina M. V. Harakteristika arterial'noj i venoznoj cerebral'noj gemodinamiki na raznyh stadijah discirkuljatornoj jencefalopatii // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. Pril. «Insul't». 2005. Vyp. 15. S. 4–12.
4. Lokshina A. B., Zaharov V. V. Legkie i umerennye kognitivnye rasstrojstva pri discirkuljatornoj jencefalopatii // Nevrologicheskij zhurnal. Pril. 1. 2006. S. 53–57.
5. Tassorelli C., Sandrini G. Changes in nociceptive flexion reflex threshold across the menstrual cycle in healthy woman // Psychosomat. Med. 2002. Vol. 64 (4). R. 621–626.
6. Golubev V. L., Vejn A. M., Danilov Al. B. Gender i bol' // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. 2005. T. 105, № 10. S. 72–74.
7. Kanner R. Pain in the elderly // Pain management secrets. Pub. Hanley & Belfus, 2003. P. 195–199.
8. Ljubarova I. B., Tihonovskaja O. A., Alifirova V. M. Osobennosti klinicheskogo techenija klimaktericheskogo sindroma i sposob korrekcii vegetativnyh projavlenij u zhenwin s hronicheskoy ishemiesj golovnogogo mozga // Ros. vestn. akushera-ginekologa. 2008. № 3. S. 81–83.
9. Habibrahmanova L. H., Azin A. L., Zefirov A. L. Snizhenie reaktivnosti arterij golovnogogo mozga na pozdnyh jetapah zhizni // Uspehi gerontologii. 2002. Vyp. 10. S. 69–73.
10. Lechenie bol'nyh s hronicheskoy ishemiesj mozga: ul'trazvukovoj metod issledovanija v ocenke jeffektivnosti angioprotektorov / Ivanov A. Ju., Panuncev V. S., Ivanova N. E. [i dr.] // Consilium medicum. 2007. T. 9, № 8. S. 77–81.

УДК 616.833–001.35

Оригинальная статья

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ: ИНТЕГРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Г. О. Андреева — Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, ассистент кафедры нервных болезней, кандидат медицинских наук; **А. Ю. Емельянов** — Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, профессор кафедры нервных болезней, доктор медицинских наук.

CHRONIC PAINFUL SYNDROME AT TUNNEL NEUROPATHIES OF PERIPHERAL NERVES: INTEGRATIVE APPROACHES TO THERAPY

G. O. Andreyeva — Military Medical Academy n.a. S. M. Kirov, Neurology Department, Assistant, Candidate of Medical Science; **A. Y. Yemelyanov** — Military Medical Academy n.a. S. M. Kirov, Neurology Department, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 25.05.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.05.2012 г.

Андреева Г. О., Емельянов А. Ю. Хронический болевой синдром при компрессионно-ишемических невропатиях периферических нервов: интегративные подходы к терапии // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 371–374.

Течение хронических невропатий, сопровождающихся болевым синдромом, почти всегда связано с астеническими нарушениями и различной степенью тревожных и депрессивных расстройств. *Цель:* изучить распространенность и выраженность депрессивных и астенических нарушений у больных с хроническими болевыми компрессионно-ишемическими невропатиями и подобрать адекватную терапию. *Материал и методы.* Проведено обследование и лечение 54 больных с компрессионно-ишемическими невропатиями (35 (64,8%) мужчин, 19 (35,2%) женщин, средний возраст $39,7 \pm 10,9$ года). Применение различных методов иглотерапии в комплексном лечении сопровождалось положительной динамикой как субъективных, так и объективных данных неврологического статуса и психоземotionalного состояния. *Результаты.* Нарушения тревожного спектра выявлены у 79,6% больных, депрессивные расстройства — у 57,3%, астенический синдром — у 85,2% больных. Иглолтерапия хорошо переносится больными, сочетается с другими видами терапии, не имеет побочных эффектов. *Заключение.* Результаты исследования подтверждают предположение, что включение иглолтерапии в комплексное лечение хронических болевых компрессионно-ишемических невропатий позволяет добиться не только купирования или уменьшения болевого синдрома, но и нормализации показателей эмоционально-психической сферы, уменьшения выраженности астенического синдрома.

Ключевые слова: компрессионно-ишемические невропатии, депрессия, лечение, иглолтерапия.