

спинного мозга и периферических нервов) определяли скорость проведения импульса по двигательным волокнам периферических нервов конечностей, оценивали Н-рефлекс и F-волну.

**Результаты исследований.** У больных детским церебральным параличом независимо от формы заболевания выявлено нарушение супрасегментарных влияний, что проявляется повышением амплитуды М-ответа, увеличением Н/М отношения, увеличением амплитуды F-волны. При длительно существующих грубых эквиноварусных деформациях стоп может иметь место аксональное поражение малоберцового нерва в дистальной части, что электромиографически выявляется снижением амплитуды М-ответа при его регистрации с короткого разгибателя пальцев.

У части больных со спастической диплегией с постепенным усугублением деформаций нижних конечностей имеет место поражение мотонейронов спинного мозга на уровне пояснично-крестцового утолщения (миелодисплазия), что по миографическим показателям данной работы можно предположить по Н/М отношению и амплитуде F-волны.

**Заключение.** У больных спастической диплегией могут выявляться нарушения не только центральных структур двигательного анализатора, но и сегментарных образований, связанных с поражением мотонейронов спинного мозга.

Использование «поздних» ответов, Н-рефлекса и F-волны, позволяет точнее оценить степень супрасегментарных нарушений у больных ДЦП, а также помогает в ранней диагностике заболеваний, первично поражающих сегментарный отдел нервной системы.

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО  
СИНДРОМА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ  
АМПУТАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ И  
ТРАВМЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ**  
**Васильев А.С., Шмырев В.И., Васильева В.В.**

*Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,  
Центральная клиническая больница с поликлиникой»  
УД Президента РФ, Москва*

Нейропатические болевые синдромы («фантомная» боль и др.) являются частым следствием ампутаций конечностей и травм периферических нервов. Их наличие серьезно снижает качество жизни и работоспособность пациента, часто требует длительного лечения или оперативного вмешательства.

Нами обследовано 29 больных с нейропатическими болевыми синдромами, развившимися после ампутации конечностей и травмы периферических нервов, из них 18 перенесли ампутации конечностей (12 с осложнениями сахарного диабета, 5 с патологией магистральных артерий конечностей, 1 – вследствие травмы) и 11 – травмы крупных нервных стволов на конечностях.

Наряду со стандартным неврологическим и нейрофизиологическим обследованием, мы применяли мягкотканую мануальную диагностику для выявления локальных периневральных изменений и 10-балльную визуально-аналоговую шкалу для мониторинга эффективности проводимого лечения.

При проведении мануальной диагностики у всех больных отмечено наличие рубцово-спаечных изменений, способных формировать компрессионно-невральные синдромы.

При выявлении в зоне вызывания нейропатического болевого ответа периневральных рубцовых и спаечных изменений осуществлялась их мобилизация с применением мягкотканых мануальных техник (МФР, КФР, МИТТ, периферические кранио-сакральные техники). Одновременно у пациентов с резко выраженным болевым синдромом для его снижения назначалась Лирика в дозе 75-300 мг в сутки, начало приема за 3-7 дней до первой процедуры мануальной коррекции, суммарная продолжительность курса 1-2 месяца. При наличии выраженного локального отека применялась магнитотерапия.

Средний уровень болевого синдрома составил до лечения  $7,04 \pm 0,75$  баллов, после первой процедуры он достоверно ( $p < 0,001$ ) снизился до  $4,10 \pm 0,55$ , а к концу курса до  $2,86 \pm 0,43$ . Только у одного пациента болевой синдром сохранился в полном объеме. В остальных случаях уже после первой процедуры МТ отмечалось существенное снижение выраженности болевого синдрома, а в ряде случаев – полное его купирование. При этом обратило на себя внимание то, что снижение болевого синдрома отмечалось именно после успешного мануального устранения компрессии нервного ствола. Пациентами отмечалось облегчение самообслуживания, в том числе и пользования протезом.

Таким образом, дополнение стандартной схемы ведения больных с нейропатическими болевыми синдромами, обусловленными ампутацией конечности и травмой периферического нерва, мануальной диагностикой и коррекцией позволяет существенно улучшить качество жизни и реабилитационный прогноз.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
НЕЙРОПРОТЕКТОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ  
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

**Волохова Г.А., Стоянова А.Н., Токман Е.П.**  
*Одесский государственный медицинский университет,  
Одесса, Национальный медицинский университет  
им. А.А. Богомольца, Киев, Украина*

Черепно-мозговая травма часто приводит к формированию стойких органофункциональных симптомов поражения нервной системы. Посттравматический эпилептический синдром от-