

содержание серотонина сыворотки крови определяли методом ИФА с помощью набора реактивов «Serotonin ELISA» (IBL, Hamburg) до и после лечения.

Результаты. При оценке визуально-аналоговой шкалы у больных с синдромами цервикальной дорсопатии наиболее часто встречались боли умеренной интенсивности (среднее значение до лечения составило $76,2 \pm 12,1$ мм). До лечения у всех групп больных отмечалось снижение количества сывороточного серотонина в среднем до $188,7 \pm 54,2$ нг/мл относительно показателей контрольной группы ($256,4 \pm 63,1$ нг/мл). До курсовой терапии у больных цервикальной дорсопатией наблюдалось снижение качества жизни в среднем до $48,2 \pm 13,9\%$. Статистически значимых различий по уровню гуморального серотонина и интенсивности боли до лечения между группами не выявлено.

После курса бальнеогрязелечения на курорте «Ключи» практически у всех больных отмечалась значительная редукция болевого синдрома, средний балл по ВАШ боли снизился в группе в целом до $23,8 \pm 11,8$ мм. Качество жизни пациентов после проведения традиционного курса лечения значительно улучшилось и составило $28,2 \pm 7,6\%$. Наиболее значимо уровень болевого синдрома снизился при проведении трехнедельного курса базисной терапии в первой группе наблюдения до $16,7 \pm 5,2$ мм. Определение количественных запасов серотонина в сыворотке крови выявило четкую тенденцию к повышению уровня нейромедиатора также в группе больных, получающих базисное лечение в течение 21 дня с $184,05 \pm 78,6$ до $213,3 \pm 109,8$ нг/мл.

Полученная тенденция изменений уровня нейромедиатора в крови может быть объективным маркером интенсивности болевого синдрома и эффективности проводимого санаторно-курортного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЯГОДИЧНЫХ МЫШЦ

Куликова О.В., Безгодков Ю.А.

*Российский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена,
Санкт-Петербург*

Компьютерная оптическая топография (КОМОТ) - неинвазивный безлучевой метод обследования, который обеспечивает получение полного количественного описания дорзальных параметров туловища в трехмерной системе координат. Эта новая компьютерная диагностика мало знакома неврологам, так как изначально была разработана для скрининга и мониторинга деформации позвоночника. Этот метод дает возможность выявить даже самые незначительные отклонения позвоночника, асимметрию плечевого пояса и положения таза, которые могут быть незаметны при

осмотре. Одним из этиологических факторов нарушений осанки является слабость мышечного корсета, которая может быть обусловлена и неврологической патологией. В частности, проблема ранней диагностики нарушения функции ягодичных мышц актуальна и до настоящего времени полностью не решена.

В настоящее время в РНИИТО им.Р.Р.Вредена накоплен значительный научный материал по данной тематике, который находится в процессе обобщения и анализа. Нами предложены новые тесты, с помощью которых расширен диагностический диапазон компьютерной оптической топографии в части выявления визуально недоступного нарушения функции ягодичных мышц. Это достигается с помощью модификации известного клинического феномена Дюшена-Тренделенбурга. Вместо осмотра ягодичных складок выполняется высокоточное измерение величины перекаса таза в градусах во фронтальной плоскости по отмеченным точкам, соответствующим задним верхним остям седалищных костей (spina iliaca posterior superior). По предложенным нами формулам вычисляется разница величин перекаса таза в статическом и в двух функциональных положениях. Величина этой разницы выявляет скрытую патологию, которая может быть определена только предлагаемым способом. Это позволило выявить субклиническую функциональную недостаточность ягодичных мышц, начиная с пятилетнего возраста, сформировать группы риска, проводить наблюдение за пациентами в динамике.

Предложенные нами тесты позволяют активно использовать КОМОТ не только для больных травматолого - ортопедического профиля, но и выявить группу риска пациентов по неврологическим заболеваниям и направить их для более углубленного обследования (ЭМГ и ЭНМГ). Это может оказать существенную помощь неврологам в обследовании и лечении пациентов различных возрастных групп.

ТАРЗАЛЬНЫЙ ТУННЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ: НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Лаукарт Е.Б., Шмырев В.И., Васильев А.С.

*Центральная клиническая больница с поликлиникой
УД Президента РФ, Москва*

Тарзальный туннельный синдром (ТТС) (синдром тарзального канала, синдром пяточного канала Рише, пяточно-большеберцовая невропатия, синдром ущемления дистальных отделов большеберцового нерва) был описан в 60-х годах Koppel H.P., Thompson W.A.L.

Механизм сдавления большеберцового нерва осуществляется поперечной связкой тарзального канала и retinaculum flexorum в канале Рише на медиальной поверхности голеностопного сустава. ТТС чаще развивается на фоне вертебральной патологии, плоскост-