

ших образа жизни, исключения триггеров-провокаторов приступов мигрени, не придерживаются временных правил купирования приступов, что приводит к неконтролируемому течению мигрени и способствует хронизации мигрени.

Организация специализированных неврологических приемов в области цефалгологии позволит повысить доступность специализированной медицинской помощи по вопросам головных болей и уровень знаний пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Leonardi, M. A narrative review on the burden of migraine: when the burden is the impact on peoples life / M. Leonardi, A. Raggi // J. Headache Pain. – 2019. – Т. 9. – № 20. – Vol. 1. – P. 41.
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // Lancet. – 2020. – Vol. 392, Issue 10159. – P. 1789–1858.
3. Преодолеваю барьеры на пути эффективного ведения пациентов с мигренью (заявление экспертной группы по оптимизации помощи пациентам с мигренью) / Г. Р. Табеева, А. Р. Артеменко, М. И. Корешкина [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2025. – Т. 17, № 2. – P. 4–14. – DOI: 10.14412/2074-2711-2025-2-4-14..

УДК 615.8

А. А. Змущко¹, Т. В. Дробова¹, М. Ф. Пальцева¹, Н. Н. Усова²

¹*Учреждение здравоохранения «Гомельская университетская клиника –
областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»*

²*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
Гомель, Республика Беларусь*

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ, ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ И РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Введение

Невропатия лучевого нерва является одним из самых распространенных периферических мононевропатий. Развитие лучевой невропатии является вторичным и связано с мышечными перегрузками и травмами. Топика поражения n. radialis сводится к трем основным уровням: в области подмышечной впадины, на уровне средней 1/3 плеча и в районе локтевого сустава. Лучевой нерв отвечает за иннервацию мышц: трехглавой мышцы плеча, разгибатели кисти и пальцев, мышц отводящих большой палец, а также за чувствительность тыльной поверхности кисти, плеча и предплечья, лучевую часть первого, второго и частично третьего пальцев. Возникающий парез правой кисти означает, что мышцы, отвечающие за разгибание кисти и пальцев, ослаблены, и пациент испытывает трудности при попытке разогнуть кисть и пальцы. Это может проявляться как «свисание кисти».

Цель

Представить клинический случай посттравматической невропатии лучевого нерва при комбинированном применении магнитной стимуляции, электростимуляции и рефлексотерапии.

Материалы и методы

Для анализа клинического случая пациента использовался архивный материал УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ». Ма-

териалом для исследования стала история болезни. Обработка данных осуществлялась с использованием программ Microsoft Word 2021 и Pages.

Результаты и их обсуждение

Пациент М., 24 года, 05.12.2024 г. поступил в отделение медицинской реабилитации пациентов неврологического профиля УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов ВОВ» с жалобами на свисание кисти, невозможность разгибания предплечья и кисти, отведение большого пальца, наложение среднего пальца на соседний, ослабление сгибания в локтевом суставе, нарушение чувствительности. Данные жалобы появились около трех месяцев назад после травмы.

В неврологическом статусе наблюдалось ограничение активных движений в правой верхней конечности, похудание мышц, выраженный парез разгибателей правой кисти. Снижение локтевого разгибательного и карпорадиального рефлексов, расстройство чувствительности. Глубокие рефлексы с рук D<S.

Установлен диагноз: Посттравматическая невропатия лучевого нерва справа, с выраженным парезом правой кисти, вегето-сосудистым синдромом, восстановительный период.

Пациент принят на курс периферической магнитной стимуляции, электростимуляции и рефлексотерапии с учетом сопутствующей патологии.

Использовалась программа периферической магнитной стимуляции: 3 Гц, трейн – 25 мин, пауза – 0 мин, уровень воздействия – верхняя трапециевидная мышца, время воздействия – 25 минут. Пройдено 10 сеансов ежедневно с перерывом на выходные дни.

Электростимуляцию точечным электродом гальваническим током на электродвигательные точки проводилась в течении 20 минут, трехкратно до 50 мышечных сокращений, в нисходящем направлении, сила тока до 25 мА, 30 процедур. Затем проводилась стимуляция синусоидальными модулированными токами, с параметрами: П р, П рр, 10Гц, 125 %, S 4/6, трехкратно по 4 минуты воздействия, перерыв 3 минуты, сила тока до 5 мА, 30 процедур.

При методике проведения рефлексотерапии использовались три основных момента: воздействие проводили на основные, специфические и точки широкого спектра действия; рефлексотерапию проводили по возбуждающему (тонизирующему) и переходному (гармонизирующему) методам; время воздействием на точки от 5 до 40 минут. Проведено было 10 сеансов, с чередованием точек. Можно выделить следующие группы точек: основные точки: GI 10, 11; TR 8, 10; P 7; специфические точки: P 8, 9, 11, MC 6, TR 5, GI 7, 10. Для анальгезирующего действия применялись: AT-13, 47, 48, 52, 55, 95 [1].

После начала комбинированного отпуска процедур пациент отметил улучшение состояния: уменьшилась слабость, стал увеличиваться объем активных движений, отвечающих за разгибание кисти и пальцев.

Курс терапии дополнялся занятиями лечебной гимнастикой, что в комплексе с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением помогло добиться быстрых и значительных результатов.

По данным ЭНМГ от 15.10.2024 (амбулаторно) заключение: при проведении стимуляционной ЭНМГ с дистальных отделов правого лучевого нерва моторный и сенсорный ответы не получены. При проведении игольчатой ЭНМГ выявлены денервационные изменения без признаков реиннервации в m. Extensor indicis, Radialis, в виде бурной спонтанной активности (ПФ, ПОВ), ПДЕ с выше указанной мышцы не зарегистрированы. С m.Brachioradialis, и m.Extensor digitorum, справа выявлены денервацион-

ные изменения в виде бурной спонтанной активности (ПФ, ПОВ), зарегистрированные единичные зарождающиеся ПДЕ, что может быть признаком ранней (начальной) реиннервации.

ЭНМГ от 20.12.2024 заключение: при проведении стимуляционной ЭНМГ с дистальных отделов (m.Extensor indicis) правого лучевого нерва моторный и сенсорный ответы не получены. Получен ответ с m.Brachioradialis, с m.Triceps brachii (положительная динамика с указанных мышц – увеличился М-ответ с m. Triceps brachii, появился минимальный М-ответ с m. Brachioradialis,).

При проведении игольчатой ЭНМГ выявлены денервационные изменения без признаков реиннервации в m. Extensor indicis, Radialis, в виде бурной спонтанной активности (ПФ, ПОВ), ПДЕ с выше указанной мышцы не зарегистрированы. С m.Brachioradialis, и m.Extensor digitorum, справа выявлены денервационные-реиннервационные изменения (на фоне спонтанной активности (ПОВ, ПФ), зарегистрированные зарождающиеся ПДЕ.

Состояние при выписке: в неврологическом статусе сохраняется выраженный парез разгибателей правой кисти. Соматически компенсирован, клинически улучшение. Частично увеличилась толерантность к физической нагрузке, улучшился стереотип движений, увеличился объем движений в правой кисти.

При повторной госпитализации жалобы на ослабление двигательной функции правой руки, трудности при попытке разогнуть кисть и пальцы, свисание кисти. В неврологическом статусе: Умеренное ограничение активных движений в правой верхней конечности, гипотрофия мышц задней поверхности предплечья, умеренный парез разгибателей правой кисти. СПР с рук D<S. Соматически компенсирован. Диагноз: Посттравматическая невропатия лучевого нерва справа с умеренным парезом разгибателей правой кисти, умеренные вегето-сосудистые нарушения, восстановительный период.

Пациент был принят на курс периферической магнитной стимуляции, электро-стимуляции и рефлексотерапии с учетом сопутствующей патологии. Данные параметров прежние.

ЭНМГ 31.03.2025 заключение: с дистальных мышц (m.Extensor indicis, Radialis m, Extensor digitorum) при стимуляции точек лучевого нерва моторный ответ не получен, но при стимуляции срединного нерва, получен моторный ответ с выше указанных мышц, что может свидетельствовать о реиннервации выше указанных мышц за счет анастомоза с n.interosseus anterior.

При игольчатой ЭНМГ с проксимальных мышц (Brachioradialis) иннервируемых лучевым нервом спонтанная активность не получена, получены ПДЕ, соответствующие нормальным значениям. С дистальных мышц (m.Extensor indicis, Radialis m, Extensor digitorum) отмечена положительная динамика, уменьшилось количество спонтанной активности, появились ПДЕ, что является признаками ранней реиннервации выше указанных мышц.

Состояние при выписке: в неврологическом статусе сохраняется умеренный парез разгибателей правой кисти. Соматически компенсирован, клинически улучшение, увеличилась толерантность к физической нагрузке, улучшился стереотип движений, увеличился объем движений в паретичной конечности.

Выводы

После начала комбинированного отпуска процедур пациент заметил улучшение состояния: уменьшилась слабость, стал увеличиваться объем активных движений, отвечающих за разгибание кисти и пальцев.

Основными направлениями в лечении лучевой невропатии являются: устранение этиопатогенетических факторов развития патологии, поддерживающая метаболическая и сосудистая терапия нерва, восстановление функции и силы пострадавших мышц.

В восстановительный период важно, чтобы пациент соблюдал все рекомендации врача, занимался лечебной физкультурой и проходил необходимые процедуры для ускорения выздоровления. В целом, данный диагноз указывает на необходимость продолжения лечения и реабилитации для восстановления функции кисти и устранения вегетативных нарушений.

Крайне важны методы реабилитации, такие как: лечебная гимнастика и физиотерапевтические процедуры, которые предупреждают развитие осложнений.

Невропатия лучевого нерва требует комплексного подхода в лечении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заневский, В. П. Основы акупунктуры / В. П. Заневский, А. Я. Жизневский, С. М. Манкевич, Л. В. Подсадчик. – Минск : БелМАПО, 2002. – 126 с.

УДК 616.832-004.2-073.758.8(476.2)

А. Н. Михуто¹, В. С. Смирнов¹, Е. И. Юрашкевич²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Гомель, Республика Беларусь

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

РЕЦИДИВИРУЮЩЕ-РЕМИТТИРУЮЩИЙ РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ. ЛОКАЛИЗАЦИЯ МРТ-ОЧАГОВ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРАЦИИ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Рассеянный склероз (РС) – это хроническое аутоиммунное заболевание центральной нервной системы, которое характеризуется воспалительной демиелинизацией и прогрессирующей нейродегенерацией[1].

Сложность диагностики демиелинизирующих заболеваний ЦНС обусловлена их полиморфизмом и низкой специфичностью симптоматики. Для правильной диагностики, кроме наличия типичных симптомов, существенное значение имеет отсутствие нетипичных признаков [2]. Магнитно-резонансная томография (МРТ) является одним из способов подтверждения диагноза, кроме того, она позволяет проводить дифференциальную диагностику с другими демиелинизирующими заболеваниями и исключать патологии, имитирующие РС. По данным литературных источников чувствительность метода составляет 89 %. При выполнении МРТ выявляются округлые очаги повышенной интенсивности сигнала в режимах T2-взвешенного изображения (T2-ВИ) и FLAIR (fluid-attenuated inversion recovery). В активных очагах может отмечаться накопление контрастного средства (КС) на T1-ВИ в течение первых 4–6 недель, что свидетельствует о периваскулярном воспалении и нарушении гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Примерно 80 % активных очагов имеют пониженную интенсивность сигнала на бесконтрастных T1-ВИ, а затем половина из них превращаются в «черные дыры», что отражает полную гибель аксонов. В процессе разрешения воспаления очаги становятся меньше на T2-ВИ, но по мере прогрессирования заболевания и появления новых очагов образуют диффузные зоны[3].