

Оцінка якості життя хворих після хірургічних втручань з приводу ушкодження периферичних нервів та больових синдромів

Електрофізіологічні (ЕФ) критерії для оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування ушкоджень лицевого нерва

Чеботарьова Л.Л., Третякова А.І., Третяк І.Б.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМНУ м. Київ, 01050, Україна, Київ, вул. Мануїльського, 32, тел. 483-95-35, e-mail: alia_t@mail.ru

Мета. З метою об'єктивізації оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування ушкоджень лицевого нерва (ЛН) створити систему клініко-нейрофізіологічних критеріїв оцінки функціонального стану ЛН та мімічних м'язів (ММ) на етапах хірургічного та комплексного лікування.

Матеріали та методи. Дослідження виконано у 171 хворого з травматичними ураженнями ЛН та їх наслідками, з них 44 % чоловіків, 56 % жінок, у віці 1 міс — 73 роки, переважали (80 %) хворі 25—55 років. 18 % були з наслідками ЧМТ, 62,5 % — наслідки операції з приводу пухлини VIII нерва чи мосто-мозочкового кута, 4,5 % — з травмою ЛН та м'яких тканин обличчя, 3 % — з ятрогенним пошкодженням ЛН під час ЛОР операцій. Екстракраніальні травматичні ушкодження ЛН становили 10 %, інтракраніальні — 90 %. Використано методи діагностики: загальноклінічні; за показами, ретгенографія, КТ, МРТ; неврологічного дослідження з тестуванням функцій ЛН-ММ за шкалою House-Brackmann; ЕФ діагностики (ЕНМГ, голкової ЕМГ, мигального рефлексу (МР) тощо); статистичної обробки. 122 (71 %) хворих отримали оперативне лікування.

Результати та їх обговорення. I ступеню за House—Brackmann (клінічно норма, умовна оцінка функції 100 %) відповідали такі ЕФ показники: амплітуда М-відповіді (мкВ) 91,5—97,2%; латентний період компонентів МР R1psi 10,9±2,2мс, R2psi 33,7±4,9мс, R2contr 34,2±3,9мс. II ст. (незначна дисфункція, 99—75 %): амплітуда М 79,9%—83,4 %; R1psi 12,6±1,1мс, R2psi 40,7±3,8 мс, R2contr 37,7±4,5мс, постстимуляційна активність (ПСА) відсутня (-). III ст. (помірна дисфункція, 75—50 %): амплітуда М 52,4—61,9%; R1psi (-) або 13,3±0,9мс, R2psi (-) або 39±4,3мс, R2contr 39,5±4,2мс; ПСА (+); синкінезії ММ (±); коефіцієнт латенцій R1psi/M >4,6; спонтанна активність ММ (±). IV ст. (виражена дисфункція, 50—25 %): амплітуда М 29,4—43,5%; R1psi (-) або 14,7±0,7мс, R2psi (-) або 42,9±2,9мс, R2contr 37,5±4,7мс; коефіцієнт латенцій R1psi/M >4,6; ПСА (+); синкінезії ММ; спонтанна активність ММ. V ст. (тяжка дисфункція, 25—0 %): амплітуда М 0 або 17,5—28 %; відсутні R1psi, R2psi (або 45,2±2,8мс), R2contr (або 38,2±4,5мс); синкінезії ММ (±); спонтанна активність ММ. VI ст. (тотальний параліч, 0 %): відсутні М-відповіді, R1psi, R2psi (в окремих випадках 40,1±4,9 мс), R2contr (в окремих

випадках 39,3±3,1мс), ПСА, синкінезії та спонтанна активність ММ.

Висновки. За результатами порівняльного аналізу клініко-ЕФ даних на етапах хірургічного та відновного лікування ушкоджень ЛН систематизовано та уточнено об'єктивні кількісні критерії відповідно I—VI клінічними ступеням шкали House-Brackmann, що дозволило уточнити оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування.

Синдроми гіперактивної дисфункції черепно-мозкових нервів. Віддалені результати та функціональний стан

Федірко В.О.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ, вул. Мануїльського, 32, 04050, тел. 486-24-33, e-mail: fedirkovol@ukr.net

Мета. Синдроми гіперактивної дисфункції (СГД) черепно-мозкових нервів (ЧМН) (невралгія трійчастого (ТН) та язикового (ЯН) нервів, гемілицевий спазм (ГС), Меньєроподібний синдром (МС), та ін.) складають значну проблему з огляду на функціональну дезадаптацію пацієнтів як щодо порушення працездатності, так і суттєве зниження якості життя. Методи лікування, що застосовували досі, практично не покращували ситуацію. Метою роботи є проаналізувати результати хірургічного лікування СГД у віддалений термін огляду на функціональний стан.

Матеріали і методи. В Інституті нейрохірургії за період з 1996 по 2006 р. було прооперовано 300 пацієнтів із СГД ЧМН: 274 — з ТН, 14 — з ГС, 4 — з МС, 7 — ЯН, 12 — з артеріальною пароксизмальною гіпертензією (АГ).

Результати та їх обговорення. Віддалені результати, 1 рік і більше, після операції мікросудинної декомпресії (МСД) відповідного до синдрому черепно-мозкового нерва, чи видалення новоутворення в мосто-мозочковому куті, відомі щодо 207 пацієнтів (189 з ТН, 10 з ГС, 3 з МС, 5 з ЯН, 8 з АГ).

З 189 пацієнтів з ТН за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) розподіл був таким: 161 — «0» балів; 15 — «1—3» (з них 5 після видалення новоутворень в мостомозочковому куті); 9 — «4—6» (2 після видалення новоутворень); 2 — «7—10»; 1 помер від серцево-судинної недостатності, 1 від злоякісної пухлини внутрішніх органів у віддалений термін. З 5 пацієнтів з ЯН: 4 — оцінено як «0», 1 помер від новоутворення через 8 міс. З 10 з ГС 9 не мають проявів гемілицевого спазму, 1 помірно виражені прояви без прийому медикаментів (випадок ГС в результаті компресії нерва ліпоною). З 3 з МС 2 мають повний регрес проявів, в 1 — знижений слух з явищами шуму. З 8 пацієнтів з АГ в 3 тиск в межах норми без прийому медикаментів (140/90 мм. рт. ст.), 5 ко-

регулюють до норми гіпотензивними препаратами (до операції тиск був неконтрольований).

Висновки. Нейрохірургічне лікування направлене на усунення основного і найбільш поширеного етіологічного чинника — нейроваскулярної компресії відповідного черепно-мозкового нерва, дає високий відсоток усунення проявів СГД і змогу повернути пацієнтам попередній функціональний стан в переважній більшості випадків.

Microvascular decompression: Analysis of un-successful cases and long term outcome

Tetsuo KANNO

*Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN
TEL:+91-562-93-9253
FAX:+91-562-93-3118
E-mail: tkanno@fujita-hu. ac. jp*

Background. Microvascular decompression (MVD) is a well know surgical procedure with one of the best long term results in the therapy of trigeminal neuralgia.

It is a highly accepted and effective method in cases where vascular compression of a nerve is implicated in the pathogenesis of disease. In any surgical method applied, good outcome depends on proper diagnosis and patient selection.

Objective. To evaluate the long term results and un-successful cases of MVD in trigeminal neuralgia (TN) and hemifacial spasm (HFS), and to bring new insight about the role of case selection and surgical techniques have, in their management.

Material and Methods. The senior author (KN) analyzed approximately 900 cases of MVD: trigeminal neuralgia (313) and hemifacial spasm (587), whom he had surgically treated between 1980—2006. MVD was performed using Janetta's technique and endoscopic assistance was used in some cases. Intra-operative monitoring for facial nerve was done in all cases of HFS. The mean follow up was 10,5 years. The short and long term results were evaluated, along with the analysis of un-successful cases.

Outcome. Our results are comparable to other series published in literature.

Vascular compression was found to be the most common cause, usually the vessel being anterior inferior cerebellar artery for HFS and superior cerebellar artery in TN.

Complete short term pain relief was observed in 94% of the cases. Excellent long term results were observed in 100% cases in HFS and 92,3% in TN. There were no serious complications in our series and the surgical complications were not related to the age of the patient. The mortality rate was 0,1%. Three patients were re-operated for HFS.

Three patients had facial palsy, while 1 had mild hearing loss post-operatively, which gradually improved. Endoscope provided a clear visualization and better understanding of the lesion, leading to accuracy in surgery. Some of the most common causes for non-successful cases were: inappropriate «C» shaped skin incision; non-accurate or small craniotomy, intra operative disorientation regarding location of REZ,

excessive retraction or manipulation of the facial nerve.

Conclusion. According to our large experience with both open and endoscopic techniques, it seems that MVD is a good alternative strategy with low complication rates in comparison to ablative procedures. It is a safe and effective method of treatment. Proper surgical technique helps in reduction of un-successful cases and it should be proposed as first choice of surgery to all patients affected by trigeminal neuralgia and hemifacial spasm.

Алгоритм оценки эффективности микрохирургии поврежденных нервно- мышечного аппарата конечностей

*Лисайчук Ю.С., Гончарук О.А.,
Павличенко Л.Н., Четверус Р.В.,
Бовжун В.Н.*

*Медицинский институт УАНМ,
кафедра хирургических болезней
(зав. проф. Скиба В.В.), КМКЛ № 1
(гл. врач Салюта Н. Е), г. Киев, 02154,
Харьковское шоссе 121, каб. 205,
тел. 561-17-42, e-mail: lisaychuk@athena.com.ua*

Цель. Предложить алгоритм оценки эффективности микрохирургии поврежденных нервно-мышечного аппарата (НМА) конечностей по схеме M0-M5 и S0 — S4 и с учетом глубины и распространенности его разрушения и вида операции.

Материалы и методы. Достижением микрохирургии последних десятилетий можно считать внедрение целого ряда новых методик, к которым можно отнести аутонейропластику, ортотопическую невротизацию, «прямую» невротизацию, мионевротизацию, пересадку сложных лоскутов и мышц, шов нервов по типу конец в бок и другие. Современные методы оценки дооперационного состояния и эффективности лечения рассматривают нерв, как самостоятельную в анатомическом и функциональном плане единицу, не учитывая того, что он является звеном комплекса нерв-мышца и на возможность его эффективной работы влияет сохранность покровных тканей, и целая группа факторов, которыми мы определяли условия для регенерации элементов нервно-мышечного аппарата. По этой причине мы в нашей работе при оценке дооперационного статуса и эффективности операции рассматривали все элементы НМА, и прежде всего составляющие периферического нерва, состояние мышцы, сохранность покровных тканей. Кроме того ввели понятие «дефект», когда обязательной была пластика элементов НМА. Мы также обязательно учитывали состояния покровных тканей. Ожидаемый результат формировали с обязательным учетом вида восстановительной операции и условий для регенерации.

Результаты и их обсуждение. Оценивая результаты более 600 операций, мы выделили такой результат операции как полезное восстановление, когда оно было на M3 и S2. При этом для шва нерва это был минимальный уровень восстановления, то для, например, для прямой невротизации его считали отличным.

Заключение. При оценке результатов операций при повреждении периферических нервов необходимо учитывать вид и глубину повреждения НМА,

вид операции, условия для его регенерации и функционирования и при этом восстановление должно быть «полезным»

Эффективность невролиза при посттравматической периферической нейропатии

**Перцов В.И., Ивахненко Д.С.,
Дейниченко Ю.К.**

*Запорожский государственный медицинский университет кафедра медицины катастроф и военной медицины, г. Запорожье, Украина,
69000, ул. Маяковского, 26,
тел: +380679013701, факс (0612) 33-61-75,
e-mail: dimaneuro@list.ru*

Хроническая нейропатия при компрессионно-ишемических повреждениях периферической нервной системы возникает при продолжительной локальной болевой афферентации, развитии вторичной гипералгезии и аллодинии. Прерывание этого процесса хронизации болевого синдрома относится к трудноразрешимым задачам неврологии и нейрохирургии.

Цель. Исследовать эффективность невролиза при компрессионно-ишемических повреждениях периферических нервных стволов, сопровождающихся нейропатией.

Методы. В ходе клинического наблюдения появление нейропатии в зонах иннервации поврежденных нервных стволов отмечено у 18 больных в сроки до 1 месяца после травмы. По данным электромиографии ни у одного больного не зарегистрировано полного блока проведения по заинтересованным нервам. Интенсивность болевых проявлений оценивалась по 10-тибальной визуально аналоговой шкале (ВАШ). Продолжительность наблюдений составила 18 месяцев.

Гиперпатическая боль в диапазоне 4—10 баллов по ВАШ наиболее часто сопровождала закрытые повреждения седалищного нерва — 8 случаев, реже малоберцового — 4, большеберцового — 3, срединного — 3. Для начального болеутоляющего лечения применялся инъекционный ЦОГ-2 специфический анальгетик парекоксиб натрия (Династат) и местные инъекционные анестетики. При этом регресс гиперпатического синдрома был достигнут в 10 случаях. В остальных 8 случаях отмена анальгетиков приводила к возобновлению болей превышающих 4 балла, что послужило показанием к невролизу нервных стволов в сроки от одного до двух месяцев после травмы. При хирургической ревизии были выявлены выраженные рубцово-спаечные изменения по ходу сосудисто-нервных пучков, расширение периневральных вен, атрофия нервных стволов, внутриствольные кровоизлияния.

Результаты. В 6 наблюдениях ближайшие результаты хирургического лечения были положительными — 0 баллов по ВАШ. Болевой синдром возобновился у 2 пациентов, в анамнезе которых отмечено раннее систематическое применение опиоидных анальгетиков на основе трамадола гидрохлорида.

Выводы. Раннее применение безопасных ненаркотических анальгетиков и оперативное лечение, направленное на декомпрессию нервных стволов поз-

воляет останавливать механизмы, лежащие в основе появления периферической нейропатии в 89% (16 случаев из 18). Внутриствольный невролиз может является методом выбора при отсутствии противоболевого эффекта НПВП, при условии, что пациент не находится в терапевтической зависимости от психотропных и наркотических препаратов.

Оценка качества жизни больных с хроническими невропатическими болевыми синдромами

Сапон Н.А., Цымбалюк В.И.

*Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины,
04050, г. Киев, ул. Мануильского, 32,
тел. (044) 483-91-98, sapon@neuro.kiev.ua*

Целью исследования было определение качества жизни больных с неврогенными болевыми синдромами в ходе проводимого лечения.

Материалы и методы. В качестве оценочного критерия использовали модифицированную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), в которой интенсивность боли оценивалась по 10-балльной системе. Выраженность болевого синдрома в 1—3 балла соответствовал умеренному снижению качества жизни. Пациенты изредка прибегали к помощи обезболивающих средств, боль не оказывала существенного влияния на выполнение профессиональных обязанностей или работы по дому. Болевой синдром выраженностью в 4—6 баллов соответствовал средней степени снижения качества жизни, что проявлялось необходимостью постоянного приема анальгетиков в возрастающих дозах и оказывало влияние на качество выполнения работы в быту и на производстве. Боль силой 7—10 баллов значительно снижала качество жизни больных, делая невозможным или существенно затрудняя выполнение профессиональных и бытовых обязанностей. Интенсивность боли заставляет пациентов прибегать к любым методам, способным снизить боль.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования 259 пациентов с болевыми нейропатиями травматического генеза умеренное снижение качества жизни отмечено у 96 больных, среднее — у 132, выраженное — у 31. Через 6 месяцев после выполнения противоболевых инвазивных вмешательств отсутствие боли отметил 101 пациент, легкие болевые ощущения — 108, боль средней степени — 45, сильную боль — 5 больных. Согласно опросу по ВАШ до операции средний уровень боли составил $6,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$), через 3 мес после выполнения противоболевых инвазивных вмешательств — $4,1 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$), через 6 мес — $2,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$).

Выводы. 1. Визуальная аналоговая шкала в модифицированном варианте обладает достаточной валидностью для определения качества жизни.

2. Предпринятые методы лечения позволили добиться повышения качества жизни у 94,9% больных.

Розширення функціональних можливостей верхньої кінцівки при тяжких ушкодженнях плечового сплетення

Третяк І.Б.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, вул. Мануїльського, 32, 04050,
тел. (044) 483-12-53,
e-mail: anna.tretyak@gmail.com

Вивчено результати лікування 148 хворих з тяжкими ушкодженнями плечового сплетення, середній вік котрих становив 31, 2 роки. Чоловіків було 133 (89,9%), жінок — 15 (10,3%). Побутова травма відмічена у 50 потерпілих (33,8%), виробнича — у 31 (21%), в інших 67 випадках (45,3%) — мала місце травма плечового сплетення в результаті дорожньої — транспортної пригоди. Тотальний варіант ушкодження мав місце у 96 випадках (64,9%), переважно верхній тип ураження плечового сплетення відмічено у 22 випадках (14,9%), 12 хворих (8,1%) було із ушкодженням переважно нижніх стовбурів та 18 (12,1%) із різними поєднаннями середнього з верхнім та нижнім стовбурів.

Оцінка ступеня неврологічного розладу у хворих із травмою нервів проводилась Ленінградською шкалою, чи за шкалою Комітету медичних досліджень (Van der Ploeg 1984) М 0—5; S 0—4; Також оцінювалась інтегральна функція кінцівки з використанням адаптованого тесту щоденної активності за схемою Американської асоціації хірургів кисті.

З метою відновлення функції верхньої кінцівки проводилось хірургічне лікування з використанням методик орто — та гетеротопічної невротизації, аутонейропластики нервів та транспозиції сухожилків та складних м'язово-шкірних комплексів.

Інтегральна функція кінцівки збільшилась на 30—60% (До S2—S3 та M3—M4). Результат суттєво залежав від характеру ушкодження структур плечового сплетення своєчасності та адекватності проведеного хірургічного лікування.

Вплив комплексного лікування карпального та кубітального тунельних синдромів на підвищення якості життя хворих.

Цимбалюк В.І., Цимбалюк Ю.В.

Інститут нейрохірургії АМНУ
ім. А.П. Ромоданова, м. Київ

Мета. Підвищення якості життя у пацієнтів з карпальним та кубітальним тунельними синдромами.

Матеріали та методи. В клініці відновної нейрохірургії було прооперовано 46 пацієнтів з кубітальним та карпальним тунельними синдромами.

Пацієнти були розділені на дві групи: перша (20 пацієнтів), в якій в післяопераційному періоді до загального відновного лікування додатково призначався препарат нейромідин внутрішньом'язово по 1 мл 1,5% розчину, двічі на добу — 10 діб та в подальшому по 1 таблетці тричі на день — 20 діб. Друга (26 пацієнтів) група, контрольна, в якій

пацієнти отримували традиційну відновну терапію (електростимуляцію, парафін-озокерит, фонофарез вітаміни групи В). В процесі лікування хворі спостерігались та проходили електронейроміографічні обстеження.

Результати та їх обговорення. Нами отримано такі результати (спостереження в катамнезі до шести місяців після оперативного втручання): першими регресували симптоми чутливих розладів від S 1—2, до S 3—4, пізніше, через 3—6 тижнів відновлювалась рухова функція кінцівки від M 2—3 до M 4—5. Порівняно з другою групою в першій відновлення втрачених функцій відбувалось на два-три тижні раніше ніж у контрольній групі. Відсоток хороших результатів там де відновлення спостерігали до рівня S 3—4 та M 4—5), склав в першій групі 65%, задовільних — 40% (до рівня S 2—3 та M 3—4), без змін — 5%. В контрольній групі хороші результати спостерігали в 56%, задовільні в 36%, без змін — 8%.

Висновки. Таким чином застосування нейромідину в комплексному лікуванні пацієнтів з тунельними невротіями ліктового та серединного нервів, дає змогу підвищити якість життя хворих. Відсоток позитивних результатів (хороший ступень відновлення до рівня M 4—5, S 3—4 — 65% та 56% в контрольній групі, задовільний відповідно до рівня S 2—3, M 2—3 — 40% та 36%, без змін — 5% та 8%); — застосування нейромідину дало змогу відновити функцію ураженої кінцівки в середньому на два тижні раніше, ніж у контрольній групі.

Восстановительное лечение больных с последствиями травматического повреждения периферической нервной системы

Вербицкая Г.Д., Касьянов В.А.,
Корченков И.С., Зинченко В.Г.,
Кузьмищенко Ю.В.

КРУ «Клиническая больница
им. Н.А. Семашко», ул. Киевская, 69,
г. Симферополь, АР Крым, 95017,
тел. 8 0652 24-75-89, 24-74-24,
e-mail: kasyanovv@ukr.net

Цель. Повышение качества жизни больных с последствиями травм периферических нервов с использованием восстановительного лечения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Работа основана на результатах лечения 132 пациентов с последствиями повреждения периферических нервов в разные сроки (от 6 ч до 9 мес) после травмы.

Результаты и их обсуждение. При травматических невротиях во время операций применялось субэпинеуральное введение нейромидина и лидазы в окружающие рубцовые ткани. В послеоперационном периоде всем больным проводилось медикаментозное лечение (берлитион, нейромидин, витамины, сосудистые препараты, рассасывающие средства), применялись физиотерапия, электростимуляция, электрофорез, магнитотерапия, а также санаторно-курортное лечение. Эффективность восстановительного лечения зависела от характера и уровня поражения, количества поврежденных периферических нервов, времени, прошедшего после травмы.

Состояние пациентов до и после лечения оценивали по шкале Комитета медицинских исследований (КМИ) (Van der Ploeg, 1984) и по шкале социально-психологической адаптации (СПА).

Заключение. Согласно результатов исследования, количество пациентов с выраженным неврологическим дефицитом в результате травм периферических нервов (М — 0-1, S — 0-1 по шкале КМИ) после проведенного нами комплексного лечения уменьшилось с 43,9 до 14,4%, у 74 больных практически нормализовались двигательная и чувствительная функции; также возрос (с 77,2 до 92,4) процент больных с высоким и средним уровнем СПА. Менее благоприятные результаты были получены при высоком и множественном повреждении структур периферической нервной системы — у 18,9% больных имело место незначительное восстановление двигательной и чувствительной функций (по шкале КМИ от М — 0-1, S — 0-1 до М — 1-2, S — 1-3), у 7,6% после комплексного лечения изменений в неврологическом статусе не отмечено. Соблюдение принципов комплексного лечения и реабилитации у пациентов с последствиями травматического повреждения периферических нервов позволяет у большинства из них добиться восстановления нарушенных функций, профессиональной деятельности, социально-психологической адаптации и, следовательно, качества жизни.

Индуктотермофорез хондропротектором в комплексном лечении больных с хроническим болем в спине

**Жданова В. М., Трибель О. В.,
Богомаз Г. И., Грабарчук О. Ю.**

*Институт нейрохирургии им. акад. А. П.
Ромоданова АМН Украины, м.Київ, 04050, вул.
Мануйльського, 32, т.484-18-75, E-mail: brain@
neuro.kiev.ua*

Мета роботи. Визначити ефективність індуктотермофореза хондропротектором в комплексному лікуванні пацієнтів з хронічним болем у спині.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 62 хворих. У 38 пацієнтів (основна група) в комплексі лікування застосовувався індуктотермофорез хондропротектором. Групи формувались таким чином, щоб розподіл по вираженості клінічних проявів, віку та статі були ідентичними. По даним МРТ у 6 хворих виявлені грижі міжхребцевих дисків на рівні LIII-LIV, у 17 — LIV-LV, у 39 — LV-SI, медіанна — 17 парамедіанна — 36, форамінальна — 9. Інструментом оцінки динаміки лікування була Шкала оцінки болю, функціонального та економічного статусу при хронічному болю в спині (Assesment of Pain, Functional and Econovsc Status in Chronic Back Patients).

Результати та їх обговорення. На початок лікування оцінка порушень життєдіяльності у всіх хворих сумарно виражалась 9-10 балами. При динамічній оцінці вираженості больового синдрому, побутової та соціальної активності відмічено достовірне покращення показників у хворих основної контрольної груп. Однак, при застосуванні індуктотермофореза в комплексному лікуванні відмічено, що больовий синдром регресував швидше і в більшій мірі у хворих основної групи, позитивна динаміка спостерігалась з 3-4 дня лікування. В контрольній групі аналогічні зміни були на 5-7 день. В кінці лікування порушення життєдіяльності сумарно виражалось 2-3 балами, що оцінювалось, як дуже хороший результат у 5 хворих основної та у 1 - контрольної групи; 4-5 балами - хороший результат - відповідно у 19 та у 14 пацієнтів; 6-7 балами - задовільний - у 15 та 8.

Висновки. Індуктотермофорез хондропротектором рекомендовано призначати в комплексному лікуванні хворих з хронічним болем у спині. Він сприяє зменшенню вираженості больового синдрому, покращує побутову та соціальну активність.