

нарушенного двигательного стереотипа (сенсомоторная активация) является основой лечебной тактики. При ПФ выраженной тяжести в первую очередь должны устраняться депрессия и диссомнические расстройства с последующим проведением лечебных комплексов по перестройке двигательного стереотипа и релаксации миофасциальных гипертонусов.



## ИЗДЕРЖКИ СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИЧЕСКОЙ НЕВРОЛОГИИ

**М. Ф. Исмагилов**

Казанский государственный медицинский университет

Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) — самые распространенные хронические заболевания человека. По данным статистики ВОЗ, 80% населения страдает клиническими проявлениями патологии опорно-двигательного аппарата (позвоночника, суставов, связок, мышц). Этими заболеваниями страдают лица наиболее трудоспособного возраста (от 30 до 50 лет). В Российской Федерации большую часть амбулаторного приема неврологов занимают болезни позвоночника и суставов.

*Цель исследования, материал и методы.* В целях уточнения значимости этой патологии в деятельности неврологов Республики Татарстан нами проанализированы данные годовых отчетов амбулаторно-поликлинической неврологической службы регионов РТ и структура госпитальной заболеваемости неврологических отделений Казани и республиканских больниц Минздрава РТ за 2002 г.

*Результаты исследования.* Клинические синдромы дегенеративно-дистрофических процессов ПДС шейного (25%) и пояснично-грудного (57%) уровней составляют 83% случаев всех синдромов периферической нервной системы (ПНС), Лишь в 17% случаев синдром ПНС имеет инфекционную, токсико-гипоксическую и травматическую этиологию. В подавляющем большинстве наблюдений вертеброгенные синдромы расценены как альгические (цервикалгия, торакалгия, люмбагия, брахиалгия и т.д.) или как рефлекторные (плечелопаточный периартроз, синдромы грушевидной, грудной, переднелестничной и других мышц, синдром плечо-кость и т.д.) без признаков вовлечения структур нервной системы в патологический процесс. По отчетным данным, эти синдромы составляют 66% всех случаев заболеваний ПНС.

Изучение структуры госпитальной заболеваемости в 11 казанских городских и 3 республиканских больницах показало, что во многих неврологических отделениях от 30 до 36% больных лечатся по поводу синдромов костно-мышечной системы и соединительной ткани — спондилопатии, люмбагии, торакалгии,

цервикобрахиалгии, коксалгии, плечелопаточного периартроза и т.п.

*Заключение.* Проведенное исследование показывает, что значительную долю пациентов врачей-неврологов как в амбулаторно-поликлинических учреждениях, так и в неврологических стационарах составляют лица, страдающие синдромами опорно-двигательного аппарата. По существу своего страдания эти больные остро нуждаются в медицинской помощи, прерогатива которой должна принадлежать либо ортопедам, либо специально подготовленным врачам по мануальной терапии.

Для неврологов больные этой категории в своем большинстве являются непрофильными. Следовательно, врач-невролог значительную часть рабочего времени (в поликлиниках до 65—70%, стационарах до 30—36%) использует в ущерб своей профессиональной деятельности, в ущерб интересам больных неврологического профиля. Это, несомненно, является издержкой неврологической службы.

Данная ситуация нуждается в тщательном осмыслении и принятии конкретных практических шагов в организационном плане.

Проблема непрофильных больных в неврологических отделениях республики автоматически решится при создании кабинетов мануальной терапии в соответствии с приказами Минздрава Российской Федерации (№ 39 от 10.02.98 и № 337 от 27.08.99). Согласно этим приказам во всех регионах России в амбулаторно-поликлинических учреждениях городской и сельской местности должны быть созданы кабинеты (отделения) мануальной терапии в расчете 1 кабинет на 15 тыс. населения. Кабинеты должны осуществлять лечебно-диагностическую, консультативную помощь больным с вертеброгенной патологией и другими синдромами опорно-двигательного аппарата. При необходимости больные должны быть госпитализированы в специально профилированные стационары. Кабинеты организуют учет и диспансеризацию больных и оказывают методическую помощь по организации профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата.



## СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО РЕГИОНАРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА И АЛЬГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СПИНАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ

**А. Р. Кабиров, Э. И. Богданов**

Казанский государственный медицинский университет

Согласно диагностическим критериям Международной ассоциации по изучению боли комплексный