

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

«ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ КОЖНО – ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЦЕНТР
ДЕРМАТОЛОГИИ, ДЕРМАТООНКОЛОГИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ «МЕДИДЕРМ»»

СОГЛАСОВАНО

Заместитель директора по
лечебной Центр дерматологии, дермато-
онкологии и медицинской косметологии
«Медидерм»», главный внештатный
специалист по детской дерматовенерологии
Министерства здравоохранения Рязанской
области, заведующая Детским клинико –
диагностическим центром ГБУ РО
«ОККВД»;

« 20 » сентября 2015 года

И.Р. Фадеева
И.Р. Фадеева

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель главного врача
ГБУ РО «Областной клинический кожно –
венерологический диспансер», директор
ООО «Центр дерматологии, дермато-
онкологии и медицинской косметологии
«Медидерм»», Председатель РРО МОО
«Общество специалистов доказательной
медицины», член Правления РРО ООО
«Российское общество дерматовенерологов
и косметологов»;

« 20 » сентября 2015 года

М.В. Жучков
М.В. Жучков

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОЧАСТОТНОЙ
МАГНИТОТЕРАПИИ «БЕГУЩИМ» МАГНИТНЫМ ПОЛЕМ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ У
БОЛЬНЫХ ОПОЯСЫВАЮЩИМ ЛИШАЕМ

Методическое пособие

Рязань
2015

Актуальность проблемы. В настоящее время от 2% до 40% людей в мире страдают хронической болью. По патогенезу хроническая боль подразделяется на: нейропатическую, ноцицептивную и психогенную.

Нейропатическая боль – это боль, возникающая в результате повреждения или изменений в соматосенсорной (периферической и/или центральной) нервной системе. Характерными чертами нейропатической боли являются: характер - жгучая, стреляющая; неэффективность традиционных анальгетиков; возникновение при наличии неврологического дефицита (инсульт, травма НС и т.д.); отсутствуют симптомы текущего поражения тканей организма; локализация в зоне сенсорного дефицита (гипестезии); сочетание с вегетативной симптоматикой и моторными расстройствами. Согласно современным рекомендациям по терапии нейропатической боли препаратами выбора являются: антидепрессанты, антиконвульсанты; комбинированные анальгетики, местные анестетики. Однако, лечение нейропатии представляет значительные трудности, что определяет актуальность поиска методов, повышающих результативность терапии. Это и определило цель настоящей работы.

Цель исследования

Оценить эффективность низкочастотной магнитотерапии «бегущим» магнитным полем в лечении нейропатической боли у больных опоясывающим герпесом.

Материал и методы

Обследовано 59 пациентов, страдающих опоясывающим герпесом. Все больные находились на лечении и были осмотрены дерматологом и неврологом. Группу I (n=20) составили больные herpes zoster (HZ), получавшие стандартную терапию, группу II (n=16) – больные herpes zoster, которым была назначена стандартная терапия и магнитотерапия от аппарата «АЛМАГ-01». Катодную группу аппарата «АЛМАГ-01» накладывали по ходу межреберий пораженных нервов. Время процедуры – 15 минут, один раз в день. На курс – 10 процедур. В группу III (n=23) вошли пациенты получавшие стандартную терапию и плацебо-магнитотерапию, которая проводилась по той же методике, но аппарат хоть и был подключен к сети электропитания, но не работал.

Диагноз herpes zoster во всех случаях верифицирован данными осмотра дерматологом, характер неврологических расстройств уточнял невролог.

В ходе исследования оценивали пол и возраст пациентов, длительность периода от момента возникновения боли до появления высыпаний, длительность периода от момента начала заболевания до госпитализации, длительность пребывания в стационаре, число пораженных сегментов, локализацию высыпаний. Учитывали наличие неврологических расстройств (нарушения чувствительности, двигательные нарушения, другие очаговые

нарушения, «общемозговые» симптомы, менингеальные симптомы), наличие сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, других нарушений обмена, полинейропатии, токсического поражения нервной системы, других неврологических нарушений, а так же других заболеваний). Велся контроль за назначенными препаратами из группы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), противовирусных препаратов, антибиотиков, антигистаминных, нейропротективных, противовирусных препаратов, доз указанных препаратов, выраженность боли до начала лечения и через 10 дней после терапии. Для исследования уровня боли использовались визуально-аналоговая шкала (visual analogue scale, VAS).

Результаты

В группе I преобладали мужчины (60%), средний возраст составил $63,5 \pm 15,2$ лет. В группе II преобладали женщины (69%), средний возраст составил $59,2 \pm 16,4$ лет. В группе III незначительно преобладали женщины (56%), средний возраст составил $51,3 \pm 20,2$ лет. Пациенты группы I отмечали появление боли в среднем за 1,3 дня до кожных высыпаний, длительность периода до назначения адекватной терапии составила 7,5 дней, В группе II эти показатели были чуть выше (2,0 и 8,2 соответственно), а группе III – чуть ниже (1,0 и 5,6 соответственно). Длительность пребывания в стационаре существенно не отличалась, но была несколько ниже в группах I и II (13,6 и 15,8 дня соответственно) по сравнению с III (16,3 дня). На момент госпитализации выраженность боли у пациентов I и II групп была выше (в среднем – 5,3 балла), нежели у больных III группы (в среднем – 4,0 балла). При анализе данных анамнеза, оценке неврологического статуса, локализации и распространенности герпетической инфекции достоверных различий не обнаружено. Стандартная терапия (противовирусные препараты, антибиотики, антигистаминные, нейропротективные препараты, НПВС) во всех трех группах была аналогичной и назначалась в одни и те же сроки.

До начала лечения в группе I слабая или умеренная боль (от 0 до 3 баллов) отмечалась у 5% больных, сильная или очень сильная (от 4 до 7 баллов) – у 95% пациентов. После лечения у 70% больных боль исчезла или почти исчезла (от 0 до 1 балла), у 30% выявлялась слабая или умеренная боль (от 0 до 3 баллов). В целом, в данной группе установлено снижение уровня боли в ходе лечения в среднем с 5,4 до 0,8 баллов. Пациентами группы II выраженность боли до начала лечения обычно (94%) оценивалась как сильная или очень сильная, у 6% больных наблюдалась слабая или умеренная боль. В результате лечения уменьшение боли до 0-1 баллов выявлено у 94% больных, боль интенсивностью 2-3 балла отмечена 6,2% пациентов. В целом, в данной группе установлено снижение боли в ходе лечения в среднем с 5,3 до 0,4 баллов. Среди

пациентов группы III наблюдалось меньшее число лиц, страдающих от сильной или очень сильной боли (74 %), слабая или умеренная боль отмечалась у 26% больных. После лечения у 74% пациентов выраженность боли снизилась до 0-1 баллов, а у 26% больных оставалась на уровне 2-3 баллов. В целом, в данной группе установлено менее значительное снижение боли в ходе лечения (в среднем с 4,0 до 0,8 баллов).

Заключение

В ходе исследования установлена высокая эффективность комплексной терапии, сочетавшей применение стандартных лекарственных препаратов в сочетании с магнитотерапией с целью купирования нейропатической боли у больных опоясывающим герпесом. При назначении этого сочетания достигается более надёжный анальгетический эффект уже спустя 10 дней терапии.

Назначение магнитотерапии показано во всех случаях herpes zoster при отсутствии противопоказаний (высокая температура, наличие вторичной инфекции, кардиостимулятор в месте воздействия и т.д.), особенно при уровне боли больше 5 баллов по VAS. Полученные результаты показывают, что включение низкочастотной магнитотерапии в комплекс лечения постгерпетической нейропатии существенно повышает его эффективность.