

УДК 616.12-008.331.1+616.831-005]-085.838

К. Д. БАБОВ, О. А. ГОЖЕНКО, О. С. КРАМАРЕНКО, В. С. ВОЛЯНСЬКА

## Санаторно-курортне лікування хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію у поєднанні з дисциркуляторною енцефалопатією

ДУ «Український НДІ медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м. Одеса

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, дисциркуляторна енцефалопатія, санаторно-курортне лікування

*Исследование посвящено обоснованию комплексного санаторно-курортного лечения больных эссенциальной артериальной гипертензией с дисциркуляторной энцефалопатией с включением ультразвуковых ингаляций водного раствора аргинин глутамата, транскраниального электрофореза антиоксидантов синусоидально модулированными токами и гидрокинезотерапии. Эффективность предложенного комплексного подхода подтверждена положительным влиянием на общее состояние больных, когнитивно-мнестические функции, вегетокорригирующим эффектом, улучшением церебрального кровотока, нормализацией систолического и диастолического артериального давления, уменьшением среднесуточной и дневной вариабельности систолического артериального давления, улучшением качества жизни больных.*

Адекватне лікування пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) на 40—50 % знижує смертність від інсультів і на 15—20 % — від ішемічної хвороби серця (ІХС) за шкалою SCORE [10, 12, 19, 20]. Метою лікування есенціальної артеріальної гіпертензії (ЕАГ) у поєднанні з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) I—II стадії має бути не лише досягнення стійкого гіпотензивного ефекту, а й корекція та усунення факторів ризику (ФР) серцево-судинних ускладнень та уражень органів-мішеней, метаболічна корекція [1, 2, 7, 16]. На ранній стадії АГ з ДЕ переважають суб'єктивні скарги; явні неврологічні порушення ще відсутні, саме тому на санаторно-курортному етапі впроваджують заходи, що формують здоровий образ життя, сприяючи зниженню чинників ризику виникнення ускладнень захворювання. Ці заходи діють на саногенетичні механізми, які забезпечують активну адаптацію до змінених умов зовнішнього середовища, зберігаючи для суспільства здорового і працездатного індивідуума [15, 3, 8].

Серед фізичних чинників, які використовуються в реабілітації хворих з ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії розрізняють: патогенетичні, направлені на лікування основного захворювання та симптоматичні, спрямовані на усунення тих або інших клінічних симптомів [15, 9, 13]. Фізичні методи лікування хворих на ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії мають бути направлені на зменшення цефалгії методами, що підсилюють гальмівні процеси в центральній нервовій системі, корекцію АГ, зниження активності симпатико-адреналової системи [15, 4, 16]. Також слід зазначити, що використовувани фізичні чинники і бальнеотерапія у хворих з ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії повинні сприяти профілактиці реогострих судинних катастроф, сприяючи нормалізації реологічних властивостей крові [5, 14, 18].

Як за механізмом, так і за спектром фармакологічної дії у лікуванні ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії перспективним є використання СМС-електрофорез антиоксидантних та

метаболічних препаратів, механізм дії якого визначають перш за все його антиоксидантні властивості та метаболітотропні дії. Специфічність механізму виявляється у безпосередньому впливі на мозковий кровообіг, на фізико-хімічні властивості мембрани; вона підвищує рівень вмісту полярних фракцій ліпідів у мембрані, зменшує в'язкість ліпідного шару, збільшує текучість мембрани, покращує енергетичний обмін, приводить до вираженої міорелаксації гладенько-м'язових клітин медії мозкових артерій [15, 6, 5, 11, 14].

Для лікування кардіо-цереброваскулярних захворювань застосовують гідрокінезотерапію, яка є сучасним методом лікування хворих в басейні з теплою водою для досягнення найбільш повного розслаблення м'язів, що сприяє профілактиці гіподинамії. Дані методи позитивно впливають на периферичну і регіональну гемодинаміку, нервову систему. Гідрокінезотерапія впливає на всі ланки патогенезу АГ, нормалізуючи судинний тонус і серцеву діяльність, стан вищої нервової діяльності, будучи ефективним патогенетично обумовленим методом у даній категорії пацієнтів [2, 13, 9].

Серед сучасних методів фізіофармакотерапії привертають увагу ультразвукові інгаляції водного розчину аргінін глутамату. Лікарський розчин глутаргіну — джерело оксиду азоту (NO), який є епітелій-релаксуючим фактором, тобто призводить до відновлення фізіологічної рівноваги між пресорними і депресорними механізмами, впливає на ендотелій судин, відіграє важливу роль у регуляції серцево-судинних функцій, включаючи системний і локальний тонус, серцевий викид і проникність судинного русла [6, 17, 11].

Мета даної роботи: обґрунтування комплексного санаторно-курортного лікування (СКЛ) хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію у поєднанні з дисциркуляторною енцефалопатією із застосуванням методів кінезотерапії, фізіофармакотерапії та бальнеотерапії.

Матеріали та методи лікування. На етапі СКЛ під динамічним спостереженням знаходились 60 хворих. Жінок —

18, чоловіків — 42, середній вік ( $54,2 \pm 2,4$ ) роки. Хворі були рандомізовані на 2 групи — основну і контрольну по 30 чоловік. Санаторно-курортний комплекс лікування ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії включає дієту № 10, масаж коміркової ділянки (щодня), інгаляцію 4 %-го водного розчину глутаргіну в один день та СМС-електрофорез мексидолу на другий день разом із гідрокінезотерапією, загальний курс лікування — 21 день.

**Методика інгаляції 4 % водного розчину глутаргіну.** 2 ампули 4 % розчину глутаргіну (0,4 г у 10 мл) виливають в інгаляційну сміть ультразвукового інгалятора й додають до 20 мл 0,9 %-го розчину хлориду натрію. Лікарський розчин виготовляється безпосередньо перед інгаляцією, яка здійснюється один раз на день, через день, впродовж 10 хв, на курс 10—12 процедур; інгаляції глутаргіну чергують із СМС-електрофорезом мексидолу та гідрокінезотерапією.

**Методика гідрокінезотерапії.** Кожне заняття гідрокінезотерапії складається з трьох частин. У першій частині заняття проводять поступову підготовку організму до майбутньої м'язової діяльності; при цьому вправи призначають за принципом поступового навантаження, тобто підвищується інтенсивність, тривалість вправ, з чергуванням останніх на всі групи м'язів і суглобів, дихальні вправи для контролю за пульсом і АТ. Тривалість першої частини складає 15—20 % часу всього комплексу. У основній частині заняття витримується таке оптимальне дозування навантаження, яке у даного хворого викликало б максимальний терапевтичний ефект без проявів дискомфорту. Використовують всі навантаження, окрім силових, статичних і швидкісних. Від заняття до заняття збільшують якість і тривалість вправ, темп їх виконання, відсоток складних координованих вправ, а також прагнуть наблизити амплітуду рухів до повної (близько 100 % нормального об'єму руху). У завершальній частині занять підбирають вправи, які поступово спрощуються, з уповільненням темпу і амплітудою рухів для виведення організму з активного стану.

Процедури фізичних вправ повинні будуватися диференційовано. Для хворих з високою толерантністю до фізичного навантаження (750 кгм/хв), з порушеною вегетативною регуляцією серця, невротичним комплексом симптомів структура процедур повинна передбачати періоди релаксації (до відновлення частоти серцевих скорочень). Плавання у вільному режимі повинно проводитись так, щоб не викликати напруженої уваги хворого, стомлюваності. Тривалість процедур на початку лікування 15—20 хв, а починаючи з другої половини курсу — 20—25 і 30 хв. Процедури гідрокінезотерапії застосовують через день, на курс 10 процедур.

В день проведення гідрокінезотерапії проводиться СМС-електрофорез мексидолу. Його здійснюють від апарата «Ампліпульс-5» при лобно-соскоподібній локалізації електродів (прокладка катода — фільтрувальний папір — змочується 2,5 % розчином мексидолу) при випрямленому режимі СМС, частоті модуляції 30 Гц, глибини 75 %, I і IV P/P, тривалості напівперіодів 3 і 3 с, по 7,5 хв кожним родом роботи. Силу струму дозують за появою вираженого, але не боліс-

ного відчуття вібрації. На курс лікування 10 процедур (через день). Кількість сеансів — 8—12 на курс лікування.

Діагностика на санаторно-курортному етапі лікування включала: анамнез захворювання, порушення у когнітивній та емоційно-вольовій сферах, вестибулярні розлади, вегетосудинні порушення та інші прояви ДЕ. Лабораторні дослідження: загальні аналізи крові та сечі, цукор крові, коагулограма. Інструментальні дослідження: електрокардіографія у 12 відведеннях в динаміці, вимірювання АТ на обох руках та на нижніх кінцівках, вимірювання маси тіла та окружності талії, холтеровське добове моніторування АТ; дослідження очного дна; доплеросонографія, кардіоінтервалографія. Всім пацієнтам проводили оцінку якості життя.

**Результати СКЛ у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію у поєднанні з ДЕ I—II стадії.** Профілактика та лікування хворих на ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II ступеня включає вплив на судинні чинники ризику, корекцію підвищеного АТ, профілактику гострого порушення мозкового кровообігу, відновлення мозкового кровообігу та поліпшення церебрального метаболізму.

Проведені дослідження довели, що розроблений санаторно-курортний комплекс позитивно впливає на зниження систолічного та діастолічного АТ.

Добове моніторування АТ показало, що в динаміці лікування спостерігалось зниження середньоінтегральних показників АТ переважно в денні години; зменшення середньодобової і денної варіабельності систолічного АТ (САТ) до ( $6,5 \pm 0,7$ ) %; збільшення початково зниженого ступеня нічного АТ. Проведене лікування попереджало надмірний ранковий підйом АТ, не впливало на нормальний циркадний ритм («dipper») і нормалізувало порушений — «non-dipper», «over-dipper» і «night-peaker». Результат відновлювального лікування супроводжувався зменшенням швидкості і ступеня ранкового підйому АТ. Найбільшого зниження середньодобових величин АТ та показників «навантаження тиском» під впливом проведеного лікування виявлялося у хворих з АГ за типом добового профілю «dipper» та «non-dipper».

Динаміка скарг у пацієнтів, які отримали інгаляції глутаргіну та стандартне СКЛ, представлена у таблиці 1.

Застосування розробленого способу СКЛ призвело до вірогідного зниження цефалгії, тривожності, слабкості, втомлюваності, роздратованості, емоційної лабільності, серцебиття ( $P < 0,001$ ), кардіалгії ( $0,01 < P < 0,001$ ) та покращання пам'яті ( $P < 0,001$ ).

Результати нейропсихологічного тесту підтвердили позитивний вплив курсу на когнітивно-мнестичні функції пацієнтів: комплекс відновлювального лікування достовірно впливає на обсяг безпосереднього запам'ятовування запропонованого цифрового матеріалу ( $P < 0,05$ ).

При оцінці динаміки варіабельності серцевого ритму виявилися: підвищена активність симпатичного відділу нервової системи в 2,7 рази (за показником LF, підвищення рівня сумарного серцевого ритму (SDNN до ( $117,6 \pm 6,8$ ) мс), підвищення активності парасимпатичного відділу нервової системи (HF 3,2), нормалізація індексу вегетативного ба-

Таблиця 1  
Динаміка скарг у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію з дисциркуляторною енцефалопатією, (M±m)

Симптоми	P	Групи хворих			
		основна, n=30		контроль, n=30	
		до	після	до	після
Цефалгія	<0,001	2,62±0,09	0,52±0,09 <sup>♦♦</sup>	2,41±0,13	2,03±0,14
Головокружіння	>>0,1	2,14±0,11	1,86±0,12	2,24±0,09	1,97±0,12
Шум у голові	>>0,1	1,93±0,12	1,59±0,14	1,79±0,16	1,52±0,12
Зниження пам'яті	<0,001	1,90±0,10	0,48±0,09 <sup>♦♦</sup>	1,62±0,17	1,38±0,14
Зниження працездатності	<0,001	2,17±0,13	1,83±0,11	2,0±0,14	1,62±0,13
Підвищена тривожність	<0,001	2,10±0,13	0,59±0,09 <sup>♦♦</sup>	1,83±0,15	1,34±0,15*
Слабкість	<0,001	2,31±0,12	0,51±0,09 <sup>♦♦</sup>	2,41±0,12	2,03±0,14
Втомлюваність	<0,001	2,31±0,12	0,52±0,09 <sup>♦♦</sup>	2,10±0,11	1,21±0,13**
Порушення сну	=0,01	2,38±0,13	2,0±0,13	1,83±0,12	1,52±0,11
Роздратованість	<0,001	1,83±0,11	0,31±0,09 <sup>♦♦</sup>	2,10±0,17	1,24±0,15**
Емоційна лабільність	<0,001	1,62±0,12	0,24±0,08 <sup>♦♦</sup>	2,07±0,15	1,24±0,15**
Кардіалгія	<0,001	0,45±0,09	0,10±0,06 <sup>♦</sup>	1,52±0,19	1,03±0,13*
Серцебиття	<0,001	1,38±0,09	0,24±0,08 <sup>♦♦</sup>	1,93±0,20	1,31±0,16*

Примітка: P — вірогідність різниць між показниками в групах після лікування; ♦ — вірогідність різниць між показниками до та після лікування в основній групі, P<0,05; ♦♦ — між показниками до та після лікування в основній групі, P<0,001; \* — вірогідність різниць між показниками до та після лікування в групі контролю, P<0,05; \*\* — між показниками до та після лікування в групі контролю, P<0,001.

лансу LF/HF до 2,5±0,1 вдень та 1,6±0,08 вночі). Також позитивна динаміка відмічалася за даними реоенцефалографії: збільшення реографічного індексу, поліпшення діастолічного і дикротичного індексу, що приводило до покращання церебрального кровотоку у 78 % хворих. Разом із позитивною динамікою мозкового кровообігу у хворих на ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії поліпшувалися біохімічні показники крові: зменшувався рівень атерогенних фракцій ліпідів та індексу атерогенності, знижувався протромбіновий індекс (P<0,05).

Таким чином, комплекс санаторно-курортного лікування у хворих на ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії (дієта № 10, масаж комірцевої ділянки, СМС-електрофорез мексидолу, інгаляція 4 % водного розчину глутаргіну та гідрокінезотерапія) попереджує перехід у тяжку стадію АГ. Під дією зазначеного комплексу у хворих на ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії істотно знижується активність симпатичної регуляції серцевого ритму; за даними добового моніторингу знижується до нормальних цифр систолічний і діастолічний АТ (зниження середньоінтегральних показників АТ переважно в денні години; зменшення середньодобової і денної варіабельності САТ до (6,5 ± 0,7) %; збільшення початково зниженого ступеня нічного АТ), нормалізується судинний тонус і стан вищої нервової діяльності.

В основній групі вищезазначена комбінація фізіотерапевтичної та гідрокінезотерапії запобігає переходу на тяжку стадію АГ, знижує частоту розвитку серцево-судинних ускладнень та ураження органів-мішеней, підвищує працездатність, сприяє поліпшенню якості життя пацієнтів у 77 %, мозкового кровообігу — у 77 %, нормалізації добового профілю АТ у 93 %, зменшенню днів тимчасової непрацездатності у зв'язку з захворюванням протягом року у 73 % хворих.

## ЛІТЕРАТУРА

1. АБРАМОВИЧ С. Г. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2005. — № 4. — С. 14—17.
2. АЛЕКСЕЕВ В. В. // Consilium medicum. — 2008. — Т. 9, № 8. — С. 35—39.
3. АМРО ИСМАИЛ. // Теория і методика фізичного виховання і спорту. — 2008. — № 2. — С. 29—32.
4. АРОНОВ Д. // Медицинская газета. — 2006. — № 25. — С. 8—9.
5. АРСЕНЬЄВА К. Е. // Русск. мед. журнал. — 2007. — Т. 15, № 4. — С. 225—229.
6. БАБУШКИНА А. В. // Укр. мед. часопис. — 2009. — № 6. — С. 24—30.
7. БЕЛИКОВ А. В. // Практич. неврол. и нейрореабил. — 2007. — № 2. — С. 7—9.
8. ВАСИЛЕНКО Ф. И., БУРЦЕВА Т. А. // Вестн. восстановит. медицины. — 2008. — № 6. — С. 53—57.
9. ВЕЧЕРОВА С. А., ГИЛЬМУТДИНОВА Л. Т., ТАЛИСОВ Р. Ф. [и др.] // Вестн. восстановит. медицины. — 2007. — № 2. — С. 60—62.
10. ГЕНИК С. І., ГЕНИК С. М. // Кровообіг та гемостаз. — 2007. — № 2. — С. 53—59.
11. ГРИЦІВ О. В. // Мед. хімія. — 2005. — Т. 7, № 3. — С. 85—88.
12. Дисциркуляторная энцефалопатия: метод. реком. / под ред. Н. Н. ЯХНО. — М.: РКИ Соверо пресс, 2005. — 32 с.
13. КАЛАДЗЕ Н. Н., КРАДИНОВА Е. А., ЗЕМЛЯНОВА С. А., КУЛИК Е. И. // Вестн. физиотер. и курортол. — 2009. — № 2. — С. 88—92.
14. КИРОВА Б. Н., АСТЕЖНЕВА А. А. // Междунар. неврол. журнал. — 2009. — № 3. — С. 18—19.
15. ПОНОМАРЕВ В. А. // Вестн. физиотер. и курортол. — 2009. — № 2. — С. 34—36.
16. СКВОРЦОВА В. И., БОЦИНА А. Ю., КОЛЬЦОВА К. В. [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. — 2006. — № 10. — С. 68—76.

17. СТОЯНОВ А. Н., ВОЛОХОВА Г. А., ВАСТЬЯНОВ Р. С., ПРОКОПЕНКО Е. Б. // Вестн. физиотер. и курортол. — 2009. — № 2. — С. 37—39.

18. ЧУГУНОВ А. В., КАМЧАТНОВ П. Р., КАБАНОВ А. А., УМАРОВА Х. Я. // Consilium medicum. — 2009. — Т. 3, № 4. — С. 18—21.

19. DABIRIASKARIA, FEIHL F., WAEBER B. // *Revue medicale suisse*. — 2009. — Vol. 9, № 5 (216). — P. 1778—1780.

20. KANNEL W. B. // *Med. Clinics of North America*. — 2009. — № 93. — P. 541—558.

Надійшла 16.10.2012

## SANATORIAL RESORT TREATMENT OF PATIENTS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION COMBINED WITH DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

K. D. Babov, O. A. Gozhenko, O. S. Kramarenko, V. S. Volanska

*Public Institution «Ukrainian Scientific Research Institute of Medical Rehabilitation and Resort Therapy Ministry of Health care of Ukraine», Odessa*

### SUMMARY

*Basis of sanatorial resort treatment of patients with essential arterial hypertension with dyscirculatory encephalopathy using ultrasonic inhalations of arginine glutamate solution, transcranial SMC-electrophoresis of antioxidants and hydrokinesotherapy have been proposed. The effectiveness of treatment confirmed by the positive effect*

*on the overall condition of patients, cognitive-mnemonic functions, vegetative-correcting effect, improvement in cerebral blood flow, normalization of arterial blood pressure, improvement of the quality life of patients.*

**Key words:** arterial hypertension, dyscirculatory encephalopathy, sanatorial resort treatment.

УДК 616.12-005.4+616.12-008.331.1]-085.838

Е. А. УСЕНКО

## Эффективность комплексного санаторно-курортного лечения больных ишемической болезнью сердца, ассоциированной с артериальной гипертензией

*ГУ «Украинский НИИ медицинской реабилитации и курортологии МЗ Украины», г. Одесса*

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, санаторно-курортное лечение, «сухие» углекислые ванны, лечебная дозированная «нордическая ходьба».

*Установлено позитивний вплив комплексного санаторно-курортного лікування з включенням дієто-, кліматотерапії, лікувальної дозованої «нордичної ходи», психофізичної гімнастики, масажу комірцевої зони, «сухих» вуглекислих ванн та магнітотерапії на сегментарні зони серця хворих на ішемічну хворобу серця I—II ФК, асоційовану з артеріальною гіпертензією I—3 ступеня. Виявлено нормалізацію добового профілю артеріального тиску, покращання коронарного кровообігу, антиаритмічну дію, тренуючий вплив на серцево-судинну систему, що сприяє підвищенню фізичної працездатності та якості життя пацієнтів.*

Несмотря на огромные усилия исследователей и большие экономические затраты, направленные на лечение и профилактику, в структуре смертности среди взрослого населения в Украине болезни системы кровообращения занимают ведущее место — 55 % от общего числа умерших [6, 7, 13]. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) — наиболее распространенных болезней системы кровообращения — значительно повышает риск сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний и, согласно рекомендациям по лечению АГ ВОЗ и МОАГ (1999), такие пациенты отнесены к группе высокого и очень высокого риска осложнений [6, 12, 13].

Результаты многочисленных исследований доказали способность физических методов лечения оказывать благоприятное влияние на важные механизмы адаптации организма к физическим нагрузкам, стимулировать механизмы компенсации коронарной и сердечной недостаточности, нарушенную гемодинамику, улучшать состояние центральной и вегетативной нервной системы, психический статус больного. В связи с этим патогенетически обоснованным для больных ИБС, ассоциированной с АГ, является комплексное применение лечебных физических факторов, характеризующихся многоуровневым полисистемным воздействием на организм и

Таблиця 1  
Динаміка скарг у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію з дисциркуляторною енцефалопатією, (M±m)

Симптоми	Групи хворих				
	P	основна, n=30		контроль, n=30	
		до	після	до	після
Цефалгія	<0,001	2,62±0,09	0,52±0,09 <sup>♦♦</sup>	2,41±0,13	2,03±0,14
Головокружіння	>>0,1	2,14±0,11	1,86±0,12	2,24±0,09	1,97±0,12
Шум у голові	>>0,1	1,93±0,12	1,59±0,14	1,79±0,16	1,52±0,12
Зниження пам'яті	<0,001	1,90±0,10	0,48±0,09 <sup>♦♦</sup>	1,62±0,17	1,38±0,14
Зниження працездатності	<0,001	2,17±0,13	1,83±0,11	2,0±0,14	1,62±0,13
Підвищена тривожність	<0,001	2,10±0,13	0,59±0,09 <sup>♦♦</sup>	1,83±0,15	1,34±0,15*
Слабкість	<0,001	2,31±0,12	0,51±0,09 <sup>♦♦</sup>	2,41±0,12	2,03±0,14
Втомлюваність	<0,001	2,31±0,12	0,52±0,09 <sup>♦♦</sup>	2,10±0,11	1,21±0,13**
Порушення сну	=0,01	2,38±0,13	2,0±0,13	1,83±0,12	1,52±0,11
Роздратованість	<0,001	1,83±0,11	0,31±0,09 <sup>♦♦</sup>	2,10±0,17	1,24±0,15**
Емоційна лабільність	<0,001	1,62±0,12	0,24±0,08 <sup>♦♦</sup>	2,07±0,15	1,24±0,15**
Кардіалгія	<0,001	0,45±0,09	0,10±0,06 <sup>♦</sup>	1,52±0,19	1,03±0,13*
Серцебиття	<0,001	1,38±0,09	0,24±0,08 <sup>♦♦</sup>	1,93±0,20	1,31±0,16*

Примітка: P — вірогідність різниць між показниками в групах після лікування; ♦ — вірогідність різниць між показниками до та після лікування в основній групі, P<0,05; ♦♦ — між показниками до та після лікування в основній групі, P<0,001; \* — вірогідність різниць між показниками до та після лікування в групі контролю, P<0,05; \*\* — між показниками до та після лікування в групі контролю, P<0,001.

лансу LF/HF до 2,5±0,1 вдень та 1,6±0,08 вночі). Також позитивна динаміка відмічалася за даними реоенцефалографії: збільшення реографічного індексу, поліпшення діастолічного і дикротичного індексу, що приводило до покращання церебрального кровотоку у 78 % хворих. Разом із позитивною динамікою мозкового кровообігу у хворих на ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії поліпшувалися біохімічні показники крові: зменшувався рівень атерогенних фракцій ліпідів та індексу атерогенності, знижувався протромбіновий індекс (P<0,05).

Таким чином, комплекс санаторно-курортного лікування у хворих на ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії (дієта № 10, масаж комірцевої ділянки, СМС-електрофорез мексидолу, інгаляція 4 % водного розчину глутаргіну та гідрокінезотерапія) попереджує перехід у тяжку стадію АГ. Під дією зазначеного комплексу у хворих на ЕАГ у поєднанні з ДЕ I—II стадії істотно знижується активність симпатичної регуляції серцевого ритму; за даними добового моніторингу знижується до нормальних цифр систолічний і діастолічний АТ (зниження середньоінтегральних показників АТ переважно в денні години; зменшення середньодобової і денної варіабельності САТ до (6,5 ± 0,7) %; збільшення початково зниженого ступеня нічного АТ), нормалізується судинний тонус і стан вищої нервової діяльності.

В основній групі вищезазначена комбінація фізіофармакотерапії та гідрокінезотерапії запобігає переходу на тяжку стадію АГ, знижує частоту розвитку серцево-судинних ускладнень та ураження органів-мішеней, підвищує працездатність, сприяє поліпшенню якості життя пацієнтів у 77 %, мозкового кровообігу — у 77 %, нормалізації добового профілю АТ у 93 %, зменшенню днів тимчасової непрацездатності у зв'язку з захворюванням протягом року у 73 % хворих.

## ЛІТЕРАТУРА

1. АБРАМОВИЧ С. Г. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2005. — № 4. — С. 14—17.
2. АЛЕКСЕЕВ В. В. // Consilium medicum. — 2008. — Т. 9, № 8. — С. 35—39.
3. АМРО ИСМАИЛ. // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. — 2008. — № 2. — С. 29—32.
4. АРОНОВ Д. // Медицинская газета. — 2006. — № 25. — С. 8—9.
5. АРСЕНЬЄВА К. Е. // Русск. мед. журнал. — 2007. — Т. 15, № 4. — С. 225—229.
6. БАБУШКИНА А. В. // Укр. мед. часопис. — 2009. — № 6. — С. 24—30.
7. БЕЛИКОВ А. В. // Практич. неврол. и нейрореабил. — 2007. — № 2. — С. 7—9.
8. ВАСИЛЕНКО Ф. И., БУРЦЕВА Т. А. // Вестн. восстановит. медицины. — 2008. — № 6. — С. 53—57.
9. ВЕЧЕРОВА С. А., ГИЛЬМУТДИНОВА Л. Т., ТАЛИСОВ Р. Ф. [и др.] // Вестн. восстановит. медицины. — 2007. — № 2. — С. 60—62.
10. ГЕНИК С. І., ГЕНИК С. М. // Кровообіг та гемостаз. — 2007. — № 2. — С. 53—59.
11. ГРИЦІВ О. В. // Мед. хімія. — 2005. — Т. 7, № 3. — С. 85—88.
12. Дисциркуляторная энцефалопатия: метод. реком. / под ред. Н. Н. ЯХНО. — М.: РКИ Соверо пресс, 2005. — 32 с.
13. КАЛАДЗЕ Н. Н., КРАДИНОВА Е. А., ЗЕМЛЯНОВА С. А., КУЛИК Е. И. // Вестн. физиотер. и курортол. — 2009. — № 2. — С. 88—92.
14. КОНОВА Б. Н., АСТЕЖНЕВА А. А. // Междунар. неврол. журнал. — 2009. — № 3. — С. 18—19.
15. ПОНОМАРЕВ В. А. // Вестн. физиотер. и курортол. — 2009. — № 2. — С. 34—36.
16. СКВОРЦОВА В. И., БОЦИНА А. Ю., КОЛЬЦОВА К. В. [и др.] // Журн. неврол. и психиатр. — 2006. — № 10. — С. 68—76.