

УДК 615.844.6.03:616.831-005

Застосування ендоназального електрофорезу нейромідину в лікуванні хворих на дисциркуляторну енцефалопатію

Е. В. СЕРАФІМОВА, П. Є. КОРЕЦЬКИЙ, А. О. ДЕРЕГЛАЗОВА, К. В. ВАСІНА

Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса

Мета дослідження — підвищити ефективність відновлювального лікування хворих із дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) шляхом застосування ендоназального електрофорезу нейромідину.

Проведене клініко-інструментальне обстеження 88 хворих на ДЕ I та II ст. атеросклеротичного і змішаного генезу обох статей віком від 38 до 77 років, що надійшли на відновлювальне лікування в неврологічне відділення Університетської клініки Одеського національного медичного університету.

До початку лікування динаміку мозкового кровообігу оцінювали за результатами УЗДГ, реєстрували ЕКГ в 12 загальноприйнятих відведеннях за Небом, вивчали стан ліпідного обміну та реологічні властивості крові. Безпосередні результати лікування оцінювалися відповідно до рекомендованих стандартних критеріїв ефективності лікування хворих із цереброваскулярними захворюваннями.

Хворих було представлено 2 групами. 1-а група (49 осіб) одержувала лікувальний комплекс, що включає діету (стіл № 10), щадно-тренуючий руховий режим і медикаментозну терапію (мілдронат, актовегін, кардіомагніл, аторвастатин, L-лізін есцинат, нейрорубін). 2-й групі (39 осіб) у комплексі з дієто- і медикаментозною терапією призначали ендоназальний електрофорез нейромідину, щодня, на курс 10 процедур. Методика лікування: 1 мл 0,5 %-го розчину нейромідину в 2 мл фізіологічного розчину наносили на анодну прокладку, яку вводили в носові ходи. Катод накладали на шийно-потиличну ділянку. Сила струму дозувалася поступово від 0,1 до 0,7 мА. Тривалість процедури від 5 до 10 хв, щодня, на курс 10–15 процедур. Використовували апарат «Потік-1».

За даними попередньої комп'ютерної томографії (КТ) головного мозку, у всіх хворих (100 %) було наявно КТ-ознаки судинної енцефалопатії. Дослідження когнітивних ВП (P300) показало, що такі показники, як Л P300, Л P300 ускл. (латентність) статистично значущо вищі, а швидкість сенсомоторної реакції (ШСМР) нижча у хворих на ДЕ II ст., що характеризує зниження когнітивних функцій при більш вираженій судинній мозковій недостатності (зниження об'єму оперативної пам'яті, порушення процесів розпізнавання і диференціації). Отримані результати відбивають наявність гіперперфузії у всіх судинних басейнах, підвищення периферичного судинного опору і наявність асиметрій кровотоку в судинах головного мозку у хворих на ДЕ I та II ст. Найбільш істотні статистично значущі, порівняно з нормою, зрушення фіксувалися у хворих на ДЕ II ст. За даними ЕКГ-досліджень у хворих реєструвалися порушення процесів реполяризації

(у вигляді депресії сегмента S–T й інверсії зубця T) – в 79,0 % і гіпертрофія міокарда лівого шлуночка – у 76,6 %. Тісну залежність від стадії порушення мозкового кровообігу мала частота показників ЕКГ.

Результати біохімічних досліджень свідчать, що у 75,0 % хворих наявні різні порушення ліпідного обміну, а у 40,3 % — показників згортальної і фібринолітичної систем крові. При ДЕ II ст. реєструвалися більш виражені відхилення рівнів вищезазначених показників. Після лікування за скаргами у хворих на ДЕ I та II ст. при застосуванні ендоназального електрофорезу нейромідину наближалися до таких при використанні медикаментозної терапії. Водночас, слід підкреслити, що при використанні ендоназального електрофорезу нейромідину у хворих на ДЕ I ст. скарги на головний біль, стомлюваність, дратівливість зменшилися у 1,9 рази, на запаморочення, метеолабільність, кардіалгії — у 2,5 рази, на шум у вухах і голові, зниження пам'яті, порушення сну знизилась у 5 разів. Ендоназальний електрофорез нейромідину приводив до позитивних змін неврологічного статусу. Отримані значення когнітивних ВП (P300) за даними Л P300 і Л P300 ускл. при застосуванні ендоназального електрофорезу нейромідину були істотно значущими порівняно з досягнутими результатами від медикаментозної терапії у хворих на ДЕ I ст., за даними ШСМР — у хворих на ДЕ II ст. При аналізі показників УЗДГ під впливом ендоназального електрофорезу нейромідину спостерігалось поліпшення мозкової гемодинаміки у хворих на ДЕ I та II ст. внаслідок позитивних зсувів таких показників: збільшення лінійної швидкості кровотоку (ЛШК), зниження пульсативного (Pi) і резистивного (Ri) індексів, які були вищі порівняно з показниками при використанні медикаментозної терапії.

За даними ЕКГ позитивна динаміка характеризувалася збільшенням амплітуди зубця T і зменшенням депресії сегмента ST. Застосування ендоназального електрофорезу нейромідину статистично вірогідно ефективніше медикаментозної терапії щодо впливу на загальний холестерин, β -ліпопротеїди, холестерин-ліпопротеїди низької щільності. Аналізуючи досягнуті значення показників коагулограми, слід зазначити перевагу впливу ендоназального електрофорезу нейромідину, порівняно з медикаментозною терапією, на рівень протромбінового індексу і фібринолітичну активність у хворих із ДЕ I ст.

Застосування ендоназального електрофорезу нейромідину відразу після лікування статистично значуще перевершувало результати медикаментозної терапії у хворих на ДЕ I ст. за показниками загального самопочуття і супроводжувалося позитивною тенденцією поліпшення ін-

телектуально-мнестичних функцій, а у хворих на ДЕ II ст. — за показниками працездатності, загального самопочуття, поліпшення сприйняття зовнішньої інформації, соціальної інтеграції й пам'яті., що приводило до підвищення ефективності лікування та проявлялося зростанням благополучних як безпосередніх, так і віддалених.

Таким чином, застосування ендоназального електрофорезу нейромідину на стаціонарному етапі лікування хворих на ДЕ приводить до поліпшення стану хворих, дозволяє домогтися більш значущих безпосередніх і віддалених результатів лікування, поліпшити якість життя хворих порівняно з медикаментозною терапією.

УДК 616.831-005+616.839-008.6]-085.849.11

Корекція вегетативних дисфункцій у хворих на церебральну ангіодистонію

В. Й. ТЕЩУК¹, О. М. СТОЯНОВ, Н. В. ТЕЩУК, А. О. СТОЯНОВ, О. О. КОЛЕСНИК

¹*Військовий медичний клінічний центр Південного регіону;*
²*Одеський національний медичний університет*

Обстежено 52 пацієнтів з церебральною ангіодистонією (ЦА) та наявністю вегетативної дисфункції (ВД).

З метою корекції ВД застосовано специфічні шляхи впливу на надсегментарні утворення вегетативної системи шляхом призначення резонансної магніто-квантової терапії локальним чи багаторівневим методом на точки акупунктури T23, T22, T21, T4, TR20, VB17 протягом 1 — 2 хвилин, поступово збільшуючи частоту модуляції від 7,5 до 9,6 Гц, тривалість впливу від 5 до 9 хвилин, потужність світлового потоку при цьому (50 ± 10) мВт, максимальне значення магнітної індукції від 20 до 30 мТл, експозицією 15 — 20 хвилин, щодня, курсом 10 — 15 процедур. Після чого додатково застосовують аурикулотерапію за допомогою акупресурної мікроголки

для забезпечення постійної та рівномірного тиску протягом першої доби почергово: на нульову, першу та другу симпатичні точки мозку та точки судинно-рухового центру ретикулярної формації.

Вищеописана комплексна терапія сприяла регресу больових синдромів, надавала сано- і патогенетичний вплив, що підтверджено поліпшенням вегетативного та клініко-неврологічного статусу, церебрального та периферичного кровообігу за рахунок безпосереднього впливу на гіпоталамус, як центр вегетативної кореляції, що коригує стан функціонування сегментарних і периферичних вегетативних утворень, синокаротидних вузлів, симпатичних стовбурів, ангіомоторних апаратів.

УДК 616-056.5+615.82

Вібро-вакуумний масаж в лікуванні хворих на ожиріння та надлишкову масу тіла

І. П. ШМАКОВА, Т. В. ЛИСЕНКО

Одеський національний медичний університет МОЗ України

За даними ВООЗ, до 30 % жителів планети мають надлишкову масу тіла і кожні 10 років чисельність таких осіб збільшується. Основна небезпека ожиріння пов'язана з виникненням супутніх захворювань та ускладненнями, які є основними причинами смертності. Відомо, що більше 90 % пацієнтів з цукровим діабетом страждають ожирінням. В осіб з підвищеною масою тіла ймовірність

розвитку артеріальної гіпертензії на 50 % вище, ніж при його нормальній масі.

Враховуючи вищевикладене, проблема ожиріння й надлишкової маси тіла є актуальною та вимагає розробки адекватних підходів щодо профілактики й лікування з використанням комплексу медикаментозних препаратів та фізичних факторів.