

НЕВРОЛОГІЯ

УДК 616.85:616-009.17-08

*В.В. Криничко**Медичний центр «Інтермед», м. Харків***ДИНАМІКА СУБ'ЄКТИВНИХ І ОБ'ЄКТИВНИХ ПОКАЗНИКІВ
У ХВОРИХ З СІАЛОАДЕНІТОМ ДО ТА ПІСЛЯ
ПРОГРАМОВАНОЇ СЕНСОРНОЇ ДЕПРИВАЦІЇ**

У статті наведено основні суб'єктивні й об'єктивні відхилення, що спостерігаються у хворих з сіалоаденітом. Показано позитивний вплив програмованої сенсорної депривації на перебіг даного захворювання та обґрунтовано механізм саногенезу за запропонованого методу лікування.

Ключові слова: сіалоаденіт, програмована сенсорна депривація.

Діагноз захворювання слинних залоз кожного року виставляють близько 200 тис. людей. А з погіршенням екологічної обстановки, тривалими психоемоційними стресами кількість хворих з цією патологією невпинно збільшується [1]. Стає очевидним, що проблема хронічних запальних захворювань слинних залоз має важливе медичне та соціально-економічне значення [2]. Лікування хворих цієї групи потребує великого набору медикаментозних препаратів різної направленості, але якщо врахувати ще й їхню високу вартість, діапазон протипоказань та побічних реакцій, то закономірно виникає потреба в їх заміщенні [3]. Для вирішення цієї проблеми нами вперше в Україні був запропонований метод програмованої сенсорної депривації [4].

Мета роботи – вивчити суб'єктивні й об'єктивні показники у хворих з сіалоаденітом до та після програмованої сенсорної депривації.

Матеріал і методи. Обстежено 79 чоловік у стадії клінічного вираження симптоматики віком від 25 до 40 років (жінок – 47, чоловіків – 32), що звернулися за медичною допомогою зі скаргами на сухість у роті, періодичні головні болі, порушення сну, зниження пам'яті, працездатності, швидку втомлюва-

ність, роздратованість та підвищену пітливість. Усі хворі до цього неодноразово проходили курси медикаментозного лікування за місцем проживання з короткочасним позитивним ефектом або без нього. Погіршення свого стану вони пов'язували з тривалими психоемоційними стресами на роботі (можливість звільнення з роботи, «закінчувати роботу через 2 години після офіційного, запланованого кінця роботи, яка не оплачувалася»), нестачею фінансових засобів (неможливість оплатити послуги, повноцінно відпочити у відпустці з сім'єю, оплатити навчання дитини і т. д.), зміною погодних метеофакторів, переохолодженням, після перенесеної гострої респіраторної інфекції [3, 5].

Лікування проводили у флоат-камері, яка являє собою кімнату, повністю ізольовану від навколишніх звукових подразників, довжиною 3 м, шириною та висотою по 2 м. Температура всередині постійно підтримується на рівні 35,0 °С. Посеред кімнати знаходиться ванна висотою 30 см, яка заповнена рідиною, насиченою сіллю Епсона, що дозволяє пацієнту знаходитися на поверхні, у стані, наближеному до невагомості [6, 7].

Перед першим заходом до камери хворого оглядає невролог та проводиться психо-

© В.В. Криничко, 2015

тренінг з психотерапевтом: пацієнта вчать, як правильно дихати, на чому потрібно сконцентрувати увагу та думки, що особливо важливо на початку лікування в камері сенсорної депривації, тобто відбувається психологічне програмування пацієнта [8, 9].

Після закінчення сеансу хворий змиває під душем залишки сольового розчину з тіла. Черговий проводить очищення води (три ступені механічної фільтрації, вісім ступенів очистки за допомогою ультрафіолетових фільтрів та один ступінь адсорбції) [10].

Результати та їх обговорення. Основними скаргами на початку лікування були погане самопочуття та порушення сну – у (86±4) % (p<0,001), знижені активність – у (84±4) % (p<0,001), настрій – у (77±5) % (p<0,001) та працездатність – у (73±5) % (p<0,01). На головний біль скаржилися (64±5) % хворих при первинному огляді (p<0,01). Цей біль був, як правило, періодичним та виникав переважно у другій половині дня. У деяких пацієнтів він спостерігався навіть і після пробудження, що спонукало їх приймати самостійно анальгетики.

Біль у шийному відділі хребта був переважно у хворих, які більшість робочого часу проводили за комп'ютером. Пальпаторно у них було виявлено постійне напруження м'язів плечового поясу, тобто сформувався нейромускульний замок. Поряд з тим порушення режиму харчування, постійне психоемоційне напруження, часте вживання кави та міцного чаю погіршувало стан хворих. Усе це в подальшому знижувало активність та працездатність, наростала втома, відпочинок у вихідні дні не давав змоги відновити задо-

вільне самопочуття. У 34 [(44±6) %] хворих відмічали підвищення артеріального тиску до 150/100 мм рт. ст., яке після відпочинку приходило до норми.

На порушення сну, яке проявлялося відчуттям утомленості після нічного сну та тяжкістю засинання, сонливістю протягом дня, скаржилися до лікування більшість обстежених – (86±4) % (p<0,001). У таких хворих, відповідно, мало місце відхилення у емоційно-вольовій сфері, що виражалося в підвищеній подразливості, емоційній лабільності, перепадах настрою та тривозі.

Після лікування суб'єктивний стан хворих у більшості випадків значно покращився (табл. 1). Як видно з даних табл. 1, кількість пацієнтів, що відчували головний біль, достовірно зменшилась із (64±5) до (16±4) %. Тут потрібно відмітити, що у тих хворих, у яких головний біль після лікування мав місце, він був не такий виражений, тривав не більше 5–10 хв на день. Покращання сну, настрою, підвищення працездатності та настрою відмічалось у більшості хворих після програмованої сенсорної депривації.

Частота об'єктивних клінічних ознак у хворих із сіалоаденітом до та після лікування подана в табл. 2. Співставлення цих даних з такими до лікування показує позитивну динаміку по шести об'єктивних ознаках. Після лікування в порівнянні із даними до лікування достовірно зменшилась кількість хворих з асиметрією обличчя, яка була зумовлена збільшенням слинних залоз, – відповідно 49 [(62±6) %] і 12 [(15±4) %] хворих (p<0,01); кількість обстежених із сухістю слизової роти – 60 [(76±5) %] і 18 [(23±5) %]

Таблиця 1. Динаміка суб'єктивних проявів у хворих із сіалоаденітом до та після програмованої сенсорної депривації

Симптоми	До лікування		Після лікування	
	абс.	%	абс.	%
Головний біль	51	64±5	13	16±4*
Біль у ший	39	49±6	11	14±4
Запаморочення	44	56±6	17	22±5*
Погане самопочуття	68	86±4	20	25±5*
Знижений настрій	61	77±5	22	28±5*
Понижена працездатність	58	73±5	19	24±5*
Активність	67	84±4	24	30±5*
Сонливість протягом дня	44	56±6	9	11±4*
Порушення сну	68	86±4	14	18±4*

* p<0,05–0,01. Тут і в табл. 2.

Таблиця 2. Частота основних об'єктивних клінічних ознак у хворих з сіалоаденітом до та після програмованої сенсорної депривації

Ознаки	До лікування		Після лікування	
	абс.	%	абс.	%
Асиметрія обличчя	49	62±6	12	15±4*
Сухість слизової роти	60	76±5	18	23±5*
Колір слизової роти				
гіперемована	33	42±6	13	16±4*
бліда	28	35±5	12	15±4
Порушення конвергенції	54	68±5	38	48±6
Сухожильна анізорефлексія	41	51±6	24	30±5*
Тремор повік, пальців рук	73	92±3	17	22±5*
Вегетативні порушення	60	76±5	31	39±6*

($p < 0,01$); з сухожильною анізорефлексією – 41 [(51±6) %] і 24 [(30±5) %] ($p < 0,05$); із тремором повік та витягнутих уперед пальців рук – 73 [(92±3) %] і 17 [(22±5) %] ($p < 0,001$); з вегетативними порушеннями – 60 [(76±5) %] і 31 [(39±6) %] ($p < 0,01$). Одержані дані свідчать про нормалізацію вегетативних порушень, які проявлялися підвищеним гіпергідрозом кистей рук і ступнів, мраморністю шкірних покривів кистей рук та періодичною тахікардією [11]. Поряд з тим після лікування відмічається зменшення кількості хворих з сухожильною анізорефлексією, що підтверджує позитивний терапевтичний вплив програмованої сенсорної депривації при вертеброгенній патології.

Висновки

Перебування хворого в камері сенсорної депривації з імітацією штучної невагомості здійснює позитивний лікувальний вплив на гіпоталамо-гіпофізарну систему, лімбіко-ретиккулярний комплекс, вестибулярну та судин-

ну системи. Відбувається збалансованість симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи.

При будь-якій тривалій стресовій ситуації виникає нейромускульний замок, який характеризується підвищеним гіпертонусом м'язів тіла (у наших хворих переважно верхнього плечового поясу та верхніх кінцівок). Зняття стресового фактора у хворих під час перебування в камері сенсорної депривації сприяє зняттю цього нейромускульного замка, який є проявом емоційного стресу. Зниження потоків сенсорної імпульсації зовні під час перебування в камері сенсорної депривації нормалізує потоки низхідної імпульсації до підкірково-стовбурових структур, що приводить до збалансованості та синхронізації діяльності підкіркових структур надсегментарних центрів вегетативної системи. А оптимізація діяльності останніх зумовлює відновлення оптимальної активності функціонування організму.

Список літератури

1. Ткач Т. В. Морфофункційна картина малих та великих слинних залоз хворих на хронічні сіалоаденіти вірусної етіології / Т. В. Ткач // Нові технології в медицині : наук.-практ. конференція молодих вчених Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, 25 грудня 2001 р. : матеріали конф. – Харків, 2001. – С. 77–78.
2. Дизрегуляционная патология нервной системы / под ред. Е. И. Гусева, Г. Н. Крыжановского. – М. : ООО «МИА», 2009. – 512 с.
3. Насібуллін Б. А. Обґрунтування застосування методу сенсорної депривації для корегування астеноневротичних розладів / Б. А. Насібуллін, В. О. Коршняк // Вісник наукових досліджень. – 2014. – № 77. – С. 13–15.
4. Чернявский Д. С. Синергетика и информация. Динамическая теория информации / Д. С. Чернявский. – М., 2004. – 288 с.
5. Насібуллін Б. А. Реабілітація хворих з наслідками перенесених грипозних нейроінфекцій / Б. А. Насібуллін, В. О. Коршняк. – Харків : Інжек, 2015. – С. 73–84.

6. *Криничко В. В.* Нейрофізіологічні механізми програмованої сенсорної депривації / В. В. Криничко, В. О. Коршняк // *Експериментальна і клінічна медицина*. – 2015. – № 4 (69). – С. 94–99.
7. *Григорьев А. И.* Человек в длительном космическом полете / А. И. Григорьев, А. Д. Егоров // *Вестник РАМН*. – 1987. – № 6. – С. 54–56.
8. *Прибрам К.* Языки мозга / К. Прибрам. – М. : Прогресс, 1975. – 464 с.
9. *Вегетативные расстройства* / под ред. А. М. Вейна. – М. : Мед. информ. агентство, 2003. – 752 с.
10. *Гоженко А. И.* Очерки теории болезни / А. И. Гоженко. – Одесса : Астропринт, 2010. – 24 с.
11. *Физиология человека* : в 3 т. / под ред. Р. Шмидта, Г. Тевса ; пер. с англ. – М. : Мир, 1996. – Т. 1. – 323 с.

В.В. Криничко

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ СУБЪЕКТИВНЫХ И ОБЪЕКТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С СИАЛОАДЕНИТОМ ДО И ПОСЛЕ ПРОГРАММИРУЕМОЙ СЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

В статье приведены основные субъективные и объективные отклонения, которые наблюдаются у больных с сиалоаденитом. Показано положительное влияние программируемой сенсорной депривации на течение данного заболевания и обоснованы механизмы саногенеза данного метода лечения.

Ключевые слова: сиалоаденит, программируемая сенсорная депривация.

V.V. Krinichko

DYNAMICS OF SUBJECTIVE AND OBJECTIVE INDICATORS IN PATIENTS WITH SIALOADENIT BEFORE AND AFTER THE PROGRAMMED SENSORY DEPRIVATION

In the article the main subjective and objective deviations that observed in patients with sialoadenite have been produced. Positive influence programmed sensory deprivation on the course of this disease has been presented and substantiated sanogenesis mechanism of treatment has been wellgrounded.

Keywords: sialoadenit, programmed sensory deprivation.

Поступила 14.12.15