Використання препарату «ФЛЕБОДІА» в комплексній терапії дисциркуляторних розладів при остеохондрозі шийного відділу хребта

Стегній С.А., Бублік Л.О., Митюшин І.І.

НДІ травматології і ортопедії ДонНМУ ім. М.Горького
Донецьк
Україна
(062) 207-36-54
stegniy-sa@rambler.ru

Мета роботи. На основі вивчення особливостей вегетативних проявів у хворих з нейрорефлекторными проявами остеохондрозу шийного відділу хребта удосконалити діагностику і лікування захворювання з використанням венотоника і ангіопротектора «ФЛЕБОДІА».

Матеріали і методи. У відділі вертебрології НДІТО обстежено 268 пацієнтів з остеохондрозом шийного відділу хребта, які були розбиті на 2 групи: перша група – пацієнти з переважанням вертебробазилярної недостатності, друга група – пацієнти з переважанням м'язово-тонічного синдрому.

Результати і обговорення. Всім хворим виділених груп з остеохондрозом шийного відділу хребта і венозною дисциркуляторною патологією був проведен курс комплексної терапії. На підставі проведеного обстеження і з'ясування домінуючих розладів з урахуванням отриманих даних в комплексну терапію включали: НПЗП, вітаміни групи В, міорелаксанти, ноотропні препарати, немедикаментозні методи лікування (масаж воротникової зони з використанням ПІР-терапії, електрофорез на воротникову зону з йодистим калієм в чергуванні із струмами д'Арсонваля і магнітотерапією). У 112 пацієнтів з дисциркуляторными розладами, у яких провідним компонентом був венозний стаз, призначався венотоник і ангіопротектор «ФЛЕБОДІА» в дозуванні 0,6 г x 2 р./добу 2-3 дні. При позитивній суб'єктивній і об'єктивній динаміці хворим проводилася корекція дозування до 0,6 г/добу 3-4 тижні. У всіх хворих, яким проведений курс лікування з використанням «ФЛЕБОДІЇ», за візуально-аналоговою шкалою відмічено зменшення проявів вегетативних дисфункцій і больового синдрому, на контрольних РЕГ знизилася амплітуда дикротичної хвилі із збільшенням загальної амплітуди, що свідчить на користь поліпшення мікроциркуляції. Застосування «ФЛЕБОДІЇ» приводить (за даними РЕГ) до поліпшення венозного відтоку і тонусу вен: диастоличний індекс достовірніше знижується у пацієнтів з ортостатичними розладами, а у хворих у віці 45-59 років відмічена тенденція до зниження вказаного показника. Дікротічній індекс і індекс пружності достовірніше знижувався після лікування препаратом «ФЛЕБОДІА» у жінок середнього та похилого віку, особливо за наявності варікозної хвороби. Аналіз динаміки показників РЕГ у хворих з нормотоничним, парасимпатичним і симпатичним типами регуляції, указує на те, що венозний відтік після завершення лікування «ФЛЕБОДІА» поліпшується у всіх обстежених.

Висновки. На підставі позитивних результатів в комплексному лікуванні з використанням препарату «ФЛЕБОДІА» у 112 пацієнтів дозволяє рекомендувати даний препарат для застосування в лікуванні хворих з переважанням венозної дисциркуляторної патології при остеохондрозі шийного відділу хребта.

Психоемоційні розлади у хворих з аневризмами судин головного мозку

Степаненко І.В., Цімейко О.А., Бондар Т.С., Попова І.Ю., Лихачова Т.А., Аббасзаде Е.З.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ
Україна
(044) 483-82-19
reabilit10@mail.ru

Мета роботи: дослідити стан психоемоційних розладів у хворих з субарахноїдальними крововиливами (САК) внаслідок розриву аневризм судин головного мозку та у хворих з кліпуванням аневризм в процесі відновного лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 52 хворих, яких поділено на дві групи: I група (n=25) – пацієнти з нерозірваними аневризмами судин головного мозку, II група (n=27) – пацієнти з розривом аневризм, що супроводжувались САК. Дослідження психоемоційного стану з метою встановлення прихованих психоемоційних розладів проводили за допомогою комп'ютеризованих нейропсихологічних тестів на виявлення тривожності, депресивної симптоматики, порушень пам'яті, уваги, мислення. Використовували тести Спілбергера, Люшера, Бека та Гамільтона. Тестування проводилось двічі: через 10 днів після операції та через 2 місяці після перенесеного оперативного втручання.

Результати дослідження. На етапі відновного лікування у хворих обстеженої групи загальномозкова симптоматика регресувала, а гемодинамічні показники стабілізувались. Дослідження встановило, що практично всі обстежені мали підвищений рівень тривожності, депресивну симптоматику середнього та високого ступеню, незалежно від локалізації аневризми, однак вираженість їх була більшою у хворих з аневризмами ПСА та ПМА та при латералізації аневризм справа. Крім того, у хворих із аневризмами, що розірвались, був значно вищий як рівень тривожності, так і депресивна симптоматика тяжкого ступеню, тоді як у пацієнтів із аневризмами, що не розірвались, ці показники були середнього ступеню вираженості. Тому всім пацієнтам, в залежності від ступеню тяжкості виявлених психоемоційних розладів, в курс відновного лікування включали психокорегуючі методи та психофармакологічні препарати. При повторному обстеженні було встановлено, що зникнення психоемоційних розладів проходить повільніше в II групі хворих, та при латералізації аневризм справа, що вказує на більш тяжкий емоційний стрес та більш повільне відновлення психологічного стану у пацієнтів, які перенесли розриви аневризм, що потребує більш ретельного їх лікування.

Висновки. У пацієнтів, оперованих з приводу аневризм головного мозку з САК та у пацієнтів із аневризмами, які не були розірвані, виникають приховані психоемоційні розлади, які без відповідного лікування можуть перейти в стійкі психопатологічні стани. Тому важливо вже на ранньому етапі реабілітації діагностувати такі розлади та проводити відповідне психокорегуюче лікування, що в значній мірі прискорює зникнення психоемоційних розладів і позитивно впливає на подальший соціальний статус та якість життя таких хворих.