

УДК: 616.13-004.6:612.821-036.66:«313»

Ежова В. А., Цар'єв А. Ю., Куницяна Л. А., Словеснов С. В.,
Мирзоян С. А., Колесникова Е. Ю., Желдаков А. М.

Крымское республиканское учреждение
«НИИ физических методов лечения и медицинской
климатологии им. И. М. Сеченова» (г. Ялта)

ПСИХОФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ: ИТОГИ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Цель: Клинико-физиологическое обоснование разработки новых технологий психического реабилитации (ПФР), группового тренинга (ГТ) в сочетании с ароматерапией, низкоэнергетической физиотерапией.

Обобщены материалы одноцентрового, рандомизированного, контролируемого клинического исследования 400 больных с хронической ишемией мозга (ХИМ) I, II ст., проявлявшейся церебральным атеросклерозом (ЦА), средний возраст — $52,3 \pm 1,2$ лет.

Базисный лечебный комплекс включал сезонную климатобальне-, кинезотерапию, стандартные медикаментозные препараты (Волошин П. В., Мищенко Т. С., 2010).

Использовались опросники SF-36, MMSE, ЛОБИ, А. М. Вейна, мотиваций, приверженности к немедикаментозным методам (модификация Morisky), Бека, Спилбергера, когнитивных функций (Н. Н. Яхно). В лечебный комплекс групп сравнения (по 40 пациентов в каждой) включались новые технологии лечебной гимнастики, группового тренинга к формированию у пациентов устойчивых мотиваций и приверженности к немедикаментозным методам, коррекции факторов риска, нарушений поведенческого и двигательного стереотипов, а при воздействии низкоэнергетической физиотерапии — (электромагнитного излучения милли- и нанометрового диапазона, ультразвука импульсного режима) использовали транскраниальные точки акупунктуры, рефлексогенные зоны височной, позвоночной артерий, синокаротидного синуса с предварительным точечным ароматомассажем композиции эфирных масел Крыма (лаванды, розы, шалфея, кориандра).

К концу пребывания пациентов на курорте отмечена статистически достоверная благоприятная динамика нарушенных показателей, подтвержденная данными катмнеза спустя 1 год после лечения. Разработаны дифференцированные показания, подготовлены 2 методических пособия.

Необходимы дальнейшие исследования по разработке программ этапной реабилитации больных с ХИМ различного генеза, перенесших ТИА, «малый инсульт», операции на магистральных артериях головы и шеи с включением климатотерапии, новых технологий ПФР, физиотерапии.

Необходима подготовка научных обоснований для интеграции лечебной, профилактической и оздоровительной медицины, необходимой для поддержания на должном уровне общественного и индивидуального здоровья населения страны, снижения смертности, инвалидизации, заболеваемости, профилактики мозгового инсульта, деменции.

УДК 618.11-006:616.89-02

Єгоров О. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Дорожня
клінічна лікарня станції Харків (м. Харків)

НЕРВОВО-ПСИХІЧНИЙ СТАН ЖІНОК ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Великий інтерес становить питання про нервово-психічний стан хворих з пухлинами жіночих статевих органів. Проте невиченим залишається питання про наявність нервово-психічних розладів після органозберігаючого лікування ранньої онкологічної патології геніталій.

Метою дослідження було вивчення нервово-психічного стану жінок після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку шийки матки. У першу групу увійшли 40 хворих із цервікальною інтраепітеліальною неоплазією III ступеня та раком шийки матки T_{15} і $T_{1a1}N_0M_0$, яким проведена електроексцизія шийки матки. Другу групу склали 40 хворих із цервікальною інтраепітеліальною неоплазією III ступеня та раком шийки матки T_{15} і $T_{1a1}N_0M_0$, яким була виконана пангістеректомія. Для виявлення актуального психічного стану, акцентування рис особистості і типів реагування на стрес використовували модифікований метод багатобічного дослідження особистості, розроблений Ф. Б. Березінін. Особистісну і реактивну тривожність оцінювали за шкалою Ю. Л. Ханіна.

Після радикального лікування з приводу передраку і початкових форм злоякісних пухлин шийки матки у хворих другої групи розвиваються нервово-психічні розлади, акцентуація характеру — в 77,5 %, відсутність відхилень спостерігалася лише у 22,5 % пацієнток. Причому розлади афективного характеру виявляються в 37,5 % хворих, неврозоподібного — в 32,5 %, психопатоподібного — 30,0 %.

Серед афективних синдромів в 17,5 % випадків спостерігалися гіпоманіакальні стани з психопатоподібною поведінкою, в 27,5 % — «безрадісні» гіпоманії, в 20,0 % — астенічна депресія, в 22,5 % — апатичні (зазвичай адинамічні) депресивні і субдепресивні стани, в 12,5 % — субдепресія циклотимоподібного типу. На тлі пониженого настрою відзначені різної виразності тривожні розлади.

Із вищеведеного видно, що у великій кількості жінок, які страждають на передрак і початковий рак шийки матки, після радикального лікування спостерігаються нервово-психічні розлади різного ступеня виразності.

Проведене психічне обстеження жінок першої групи після органозберігаючого лікування ранньої онкологічної патології шийки матки не виявило значного підвищення тривожності, занепокоєння за стан свого фізичного здоров'я (іпохондричного неврозу) у 87,5 % жінок. Крім того, органозберігаюче лікування шийки матки не призводило до зниження рівня соціальних контактів, комунікабельності, здатності підтримувати колишні і заводити нові соціальні контакти. Лише у 12,5 % пацієнток після органозберігаючого лікування при психологічному обстеженні було виявлено підвищення занепокоєння до фізичного здоров'я, нав'язливі страхи (іпохондричний невроз).

Таким чином, можна зробити висновок про те, що органозберігаюче лікування передраку і початкового раку шийки матки, на відміну від радикального, не справляє негативного впливу на нервово-психічний стан хворих.

УДК 616.831-001-036.1-092.4-085.214.31

Жил'яєв С. О., Штриголь С. Ю.

Національний фармацевтичний університет (м. Харків)

ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТІВ КВЕРЦЕТИНУ (КОРВІТИНУ ТА ЛІПОФЛАВОНУ) В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ТЯЖКОЇ ЦЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

У структурі загального травматизму на черепно-мозкову травму (ЧМТ) припадає 60 % усіх випадків, а серед причин інвалідизації 25—30 %. Тяжкі форми ізольованої ЧМТ спостерігаються у 40 % випадків і смертність сягає 50 %, а при поєднаній — до 68 %. Лише у 7 % постраждалих результат лікування може бути визнано як одужання (Гарус А., 2004; Крылов В., 2004). Сучасна концепція лікування ЧМТ базується на попередженні розвитку вторинного пошкодження нервової тканини, основу якого складає ішемія та пероксидне окислення ліпідів (Bramlett H. et al., 2006; Беленичев И. Ф., 2010). Привертають увагу препарати кверцетину, ефективність яких доведена в експерименті при ішемічному ураженні внутрішніх органів — гострій нирковій недостатності, ішемічному інсульті, ушкодженні периферійних нервів (Слесарчук В. Ю., Мамчур В. Й., 2005; Горошко О. М., 2010; Чайковский Ю. В., 2010) і в клінічній практиці при інфаркті міокарда (Ватутін Т. М., 2005). На вітчизняному фармацевтичному ринку наявні різні лікарські форми кверцетину: водорозчинна (корвітин) та ліпосомальна (ліпофлавіон), які мають широкий спектр терапевтичної дії.

Мета дослідження — з'ясувати ефективність впливу корвітину та ліпофлавіону на перебіг експериментальної травматичної хвороби головного мозку тяжкого ступеня з використанням фармакологічних (тести відкритого поля, обертового стрижня, плавання з навантаженням, екстраполяційного позбавлення) та біохімічних методів (вміст у головному мозку аденозинтрифосфату (АТФ), дієнових кон'югатів (ДК), малонного діальдегіду (МДА), активність супероксиддисмутазу (СОД)).

ЧМТ відтворювали у статевозрілих щурів самців масою 180—220 г шляхом удару по склепінню черепа з енергією 0,425 Дж під легким ефірним наркозом (Ельський В. Н., Зяблицев С. В., 2008). Препарати вводили за 30 хв до нанесення травми у дозах 10 та 15 мг/кг за кверцетином (для корвітину відповідно 100 та 150 мг/кг, для ліпофлавіону — 366 та 570 мг/кг). Референс-препаратом обрано пірацетам (200 мг/кг). При відтворенні ЧМТ летальних випадків в жодній групі не було. У групах ліпофлавіону мало місце прискорене відновлення рухових функцій (66 % та 61 % відносно контролю), дещо поступався йому корвітин (53,5 %

та 58 %). Пірацетам, навпаки, сприяв подовженню непритомного стану на 64 %. Найменший регрес показників суми всіх активностей у тесті відкритого поля (ВП) спостерігався у групах корвітину та ліпофлавану у дозі 15 мг/кг за кверцетином (-25,5 % та -21,4 % відповідно), дещо їм поступалися обидва препарати в дозах 10 мг/кг (-42,1 % та -34,1 % відповідно). Найгірші показники тесту ВП зафіксовано у групах контрольної патології (КП) та пірацетаму: відповідно -61,3 % -53,8 %. Найменші порушення координації рухів зареєстровано у групах корвітину (15 мг/кг за кверцетином) та ліпофлавану (10 мг/кг): відповідно -5,6 % та -4,4 % відносно контролю. На тлі корвітину в дозі 10 мг/кг та ліпофлавану 15 мг/кг за кверцетином були мінімальними зміни фізичної витривалості (-8,1 % та -7,4 % відповідно). Подовження терміну екстраполяційного позбавлення порівняно з вихідним станом у групах препаратів кверцетину коливалися від 6,9 % до 10 %, у групі КП воно склало 25,3 %, на тлі пірацетаму — 27,8 %. Препарати корвітину у дозах 10 та 15 мг/кг за кверцетином збільшували вміст АТФ у головному мозку ($p < 0,05$ відносно груп КП та пірацетаму). Відмічено зниження вмісту ДК у групах корвітину та ліпофлавану в обох дозах ($p < 0,05$ відносно груп КП та пірацетаму). Проте при введенні корвітину та ліпофлавану у дозі 10 мг/кг за кверцетином зафіксовано збільшення вмісту кінцевого продукту ПОЛ — МДА ($p < 0,05$ відносно ефекту пірацетаму). Також на тлі обох доз корвітину і ліпофлавану (10 мг/кг) збільшувалася активність СОД у головному мозку ($p < 0,05$ проти показника групи пірацетаму, де активність ферменту, навпаки, знижалася).

Препарати кверцетину ліпофлаван та корвітин реалізують церебропротективну активність в умовах ЧМТ за рахунок стимуляції антиоксидантного захисту та підвищення енергопродукції у головному мозку.

УДК 615.322:615.217.35

Завальня Е. П., Тондий О. Л.*, Тесленко Е. Б.**,
Трибун С. І.***, Павлова О. П.***

**Харьковская медицинская академия последипломного образования, **Центральная клиническая больница
«Укрзалізниці» (г. Харьков)*

МОНОТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТАМИ ГИНГКО БИЛОБЫ В ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТАТИВНО-СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПРЕ- И МЕНОПАУЗЫ

Как известно из данных литературы и клинического опыта, препараты Гингко Билобы влияют на процессы обмена веществ в клетках, реологические свойства крови и микроциркуляцию, а также на вазомоторные реакции крупных кровеносных сосудов; улучшает мозговое кровообращение и снабжение мозга кислородом и глюкозой; обладает сосудорасширяющим действием, препятствует агрегации тромбоцитов; нормализует метаболические процессы, оказывает антигипоксическое действие на ткани; препятствует перекисному окислению липидов и образованию свободных радикалов клеточных мембран; оказывает выраженное противоотечное действие на уровень головного мозга и в периферических тканях; при различных патологических состояниях предотвращает усиление протеолитической активности сыворотки.

Цель: изучение вегетотропного действия производных Гингко Билобы в различных терапевтических дозах и дозозависимости эффекта у женщин в период пре- и менопаузы.

Нами было обследовано 36 женщин в возрасте от 41 до 55 лет с диагнозом: Дисциркуляторная энцефалопатия I стадии с ликворно-венозной дистензией, вегетососудистой дистонией, вестибуло-атактическим синдромом. Пациентки постоянно наблюдались у кардиолога с диагнозом «дисгормональная пре- или климактерическая гипертензия». Всем пациенткам проводилось комплексное клиничко-параклиничское обследование: неврологический осмотр, клинические шкалы и опросники (опросник вегетативных дисфункций по А. М. Вейну (1998 г.), шкала общего клинического впечатления), с помощью которых проводилась количественная оценка субъективных и объективных неврологических симптомов, а также ЭЭГ, ЭКГ, УЗДГ. При необходимости проводились МРТ или КТ головного мозга. В том числе, всем пациенткам проводился осмотр гинеколога с исследованием гормонального фона, который соотноствовался пре- и менопаузе.

Все обследованные женщины были произвольно разделены на две группы. В первую группу вошли 17 человек (47,2 %), которые принимали препараты Гингко Билобы (билобид, гингофар, танакан, мемоплант и др.) в дозе 120 мг в сутки. Вторую группу составили 19 женщин (52,8 %), которые принимали те же препараты Гингко Билобы в дозе 240 мг в сутки. Курс лечения

составлял 3 месяца. Эффективность препарата оценивали на 8-й и 12-й неделе применения. Все пациентки были повторно обследованы через 6 месяцев после начала лечения для изучения стойкости и продолжительности клинического эффекта.

До начала лечения все обследуемые предъявляли жалобы на головные боли, тяжесть в голове, головокружения, нестабильные показатели артериального давления, общую слабость, повышенную утомляемость, чувство жара или озноба, потливость, склонность к пастозности или отечности, длительные приливы, эмоциональную лабильность, провоцирующиеся физическими и эмоциональными нагрузками, метеофакторами, снижение концентрации внимания, нарушение сна.

Исходя из данных обследования, все пациентки I группы отмечали положительную динамику в лечении на 8-й и 12-й неделе приема препаратов. Из 17 пациенток 8 человек (47,1 %) отмечали уменьшение шума в ушах, 11 человек (64,7 %) — регресс головокружения, 10 пациенток (58,8 %) — уменьшение выраженности головных болей, улучшение памяти — 9 человек (52,9 %), нормализация сна — 7 человек (41,2 %).

У 6 пациенток (35,3 %) из первой группы состояние было без существенной динамики. Головные боли, головокружения, эмоциональная лабильность, выраженные приливы сохранялись до 12-й недели исследования.

Во второй группе обследуемых у 17 пациенток, принимавших 240 мг препарата в сутки, отмечалась более выраженная положительная динамика в виде уменьшения интенсивности головных болей (89,5 %), головокружений — 18 человек (94,7 %), шума в ушах — 14 человек (73,7 %), появилась «свежесть в голове» — 17 чел. (89,5 %), стабилизировались показатели артериального давления — 12 чел. (63,2 %), уменьшилась выраженность и длительность приливов — 16 чел. (84,2 %), что подтверждает антигипоксический, антигипоксический, антиоксидантный и вазотропный эффект препаратов Гингко Билобы.

У 17-ти пациенток во II группе субъективно улучшилось настроение, менее выраженной стала эмоциональная лабильность, улучшились работоспособность и общее самочувствие (100 %), нормализовался сон (11 чел. — 57,9 %), что, по-видимому, связано с влиянием Гингко Билобы на обмен норадреналина, серотонина и дофамина, за счет чего препараты данной группы оказывают антидепрессивный эффект.

Учитывая данные дополнительных нейрофизиологических методов исследования, следует отметить улучшение показателей мозговой гемодинамики по данным УЗДГ сосудов дуги аорты (увеличение линейной скорости кровотока, нормализация качественных показателей кривой, индексов пульсации и циркуляторного сопротивления) преимущественно в вертебробазиллярном бассейне, подтверждающая вазоактивный и вентонизирующий эффекты Гингко Билобы. Данные изменения прослеживались у 32 пациенток (88,9 %).

Через 6 месяцев после начала лечения все пациентки прошли повторное обследование. Исходя из данных обследования, в I группе общее состояние оставалось стабильным у 8 пациенток (47,1 %), 9 пациенток (52,9 %) отмечали минимальный эффект. Характерным явился тот факт, что те пациентки, которые во время лечения не отмечали выраженной положительной симптоматики, через 6 месяцев отметили уменьшение интенсивности вегетативных проявлений и длительность приливов. Из пациенток II группы стойкости и продолжительность клинического эффекта отмечали 17 женщин (89,5 %), что подтверждалось стабильными показателями нейрофизиологического обследования, данными опросника вегетативных дисфункций по Вейну, шкале общего клинического впечатления и др.

Следует отметить, что длительный прием препаратов Гингко Билобы не имел выраженных побочных явлений. У 3 пациенток во II группе отмечалась кожная аллергическая реакция, которая регрессировала после снижения дозировки до 120 мг в сутки. Незначительное количество пациенток (2 человека в I группе и 5 человек во II группе) отмечали нежелательные явления в виде тяжести в правом подреберье, дискомфорт в эпигастрии и сухость во рту, которые наблюдались во время приема препарата. При заключительной оценке жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта и аллергических реакций у обследуемых не наблюдалось.

Таким образом, учитывая наши данные, можно предположить, что кроме ранее известных механизмов действия (вазоактивного, гемореологического, антиоксидантного, нейропластического, метаболического и др.), препараты Гингко Билобы при длительном приеме в высоких дозировках обладают выраженным и достаточно стойким вегетостабилизирующим эффектом, а также имеют минимальное количество побочных явлений.