

статистику у хворих на атонічно-атактичну форму ДЦП; у хворих на спастичні форми ДЦП значних змін моторики не відбулося. У цілому моторний коефіцієнт основної та контрольної груп зменшився з 39 до 37.

Під час логопедичного обстеження виявлена позитивна динаміка в основній групі — 86 % як підвищення мовної активності, збільшення словарного запасу, поява фразового мовлення. А в контрольній групі позитивна динаміка відмічалася у 68 % хворих.

Під час нейропсихологічного обстеження відмічалася позитивна динаміка у хворих основної групи — 78 %, контрольної — 62 % у вигляді поліпшення психічної діяльності, підвищення концентрації, уваги та когнітивних функцій.

Під час електроенцефалографічного дослідження відмічалася: до лікування у 84 % дітей обох груп затримка формування вікової коркової ритміки, пароксизмальна активність — 49 % хворих, після лікування — підвищення представленості α - та β -ритмів, більше виражені у дітей з ММД — 75 % основної групи та 51 % — контрольної, зменшення повільновольової активності — 68 % в основній групі та 50 % в контрольній.

Вірогідного наростання пароксизмальної активності або зниження порога судомної готовності у хворих основної та контрольної груп не відбувалося. Значних змін в церебральній геодинаміці у дітей

основної та контрольної груп не було. За даними доплерографії було відмічено зниження показників P_i , R_i , S/D та підвищення показників швидкостей PS , MD . Однак треба відмітити, що зміни, які зареєстровано, більше виражені в артеріальному кровотоку в басейні внутрішніх сонних артерій.

Таким чином, енцефабол є досить ефективним препаратом, особливо при мовленнєвих та когнітивних порушеннях, які обумовлені перинатальними ушкодженнями ЦНС.

Список літератури

1. Моїсеєнко Р. О., Мартинюк В. Ю. Медико-організаційні технології в удосконаленні допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я. В кн.: Соціальна педіатрія. Розділ «Медико-соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров'я»: 36. наук. пр. — К.: Інтермед, 2003. — С. 4–11.
2. Волошин П. В. Національні науково-практичні розробки з проблеми органічних уражень нервової системи у дітей // Український вісник психоневрології. — 2000. — Т. 8, вип. 2 (24). — С. 7–9.
3. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей: Методические рекомендации. — М.: РКИ Соверо Пресс, 2002. — 40 с.
4. Бенешова О. Экспериментальные модели перинатальных осложнений и эффект пиритинола. В сб. науч. ст.: Энцефабол: Аспекты клинического применения. — М.: РКИ Соверо Пресс, 2001. — С. 55–63.

Надійшла до редакції 08.02.2006 р.

О. Ю. Сухоносова

Влияние препарата «Энцефабол» на речевое развитие и когнитивные функции у детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования (Харьков)*

Было проведено исследование детей с нарушением речевого развития и когнитивных функций. Показана эффективность применения препарата энцефабол у детей раннего возраста с органическим поражением ЦНС.

O. Ju. Sukhonosova

Correction of cognitive functions and speech disorders in children with perinatal central nervous system pathology by using Encephabol

Kharkiv Postgraduate Medical Academy (Kharkiv)

The experience of correction of cognitive functions and speech disorders in children with perinatal central nervous system pathology by using of complex treatment including encephabol is presented in this article. The positive effect of encephabol on the above-mentioned pathologies is shown.

УДК 616.831-005-08: 615.814.1

Л. П. Терещенко, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудн.

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

ВЛИЯНИЕ АКУПUNKТУРЫ НА ГЕМОДИНАМИКУ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хроническая цереброваскулярная недостаточность (ХЦВН) является наиболее распространенной в современном мире. В популяции возрастает количество не только острых, но и хронических нарушений мозгового кровообращения. По данным официальной статистики МОЗ Украины и проведенных регистров, дисциркуляторные энцефалопатии (ДЭ) составляют до 70 % в структуре ХЦВН [1]. С каждым годом в нашей стране наблюдается неуклонный рост ХЦВН, представляющей собой синдром многоочагового или диффузного поражения головного мозга, наиболее частыми причинами которого является атеросклероз и артериальная гипертензия [2–4]. В патогенезе ХЦВН основную роль играют нарушения гемодинамики, поэтому лечение таких больных должно быть направлено на коррекцию этих нарушений.

Значительная распространенность ХЦВН, в том числе и у лиц молодого возраста, рост аллергизации

населения, наличие нежелательных побочных эффектов при применении фармакологических препаратов, увеличение их стоимости обуславливают актуальность широкого использования в медицинской практике немедикаментозных методов лечения, правильное применение которых оказывает благоприятное комплексное воздействие на организм человека.

Одним из наиболее широко распространенных немедикаментозных методов является акупунктура, применение которого в комплексе лечебных мероприятий создает условие для включения адаптационных реакций, обеспечивающих определенный уровень «надежности» организма [5]. Однако специальных исследований, посвященных изучению влияния акупунктуры на гемодинамику больных с разными формами цереброваскулярной патологии, в Украине недостаточно. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение влияния

акупунктуры на гемодинамику больных с разными формами ХЦВН, обусловленной атеросклерозом и артериальной гипертензией. Исследовалась гемодинамика в магистральных артериях головы (МАГ) и интракраниальных артериях методом ультразвуковой доплерографии, показатели центральной гемодинамики определяли с помощью эхо-кардиографии.

Исследование эффективности акупунктуры у больных с синдромом вегетативной дистонии (СВД), начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ), ДЭ I ст. и ДЭ II ст. проводилось в 2 этапа. На первом этапе изучалась гемодинамика при применении сегментарной акупунктуры с вовлечением в лечебный процесс точек шейно-воротниковой зоны в проекции шейно-грудных симпатических ганглиев. На втором этапе исследовались механизмы лечебного действия интегральной акупунктуры, включавшая воздействие на точки соматической и вегетативной нервной системы, а также другие регуляторные образования. Фармакотерапия была идентичной во всех группах и включала применение гипотензивных, мочегонных, вазоактивных и ноотропных препаратов, транквилизаторов, витаминных препаратов, ЛФК, водные процедуры. Исследование проводилось двойным слепым методом.

Акупунктура проведена 203 больным ХЦВН, из них 43-м — с НПНКМ, 49-ти — с ДЭ I ст., 56-ти больным ДЭ II ст., и 55-ти — с СВД. Акупунктура проводилась ежедневно, время экспозиции — 30–40 мин., количество процедур — 10. Контрольную группу составили больные ХЦВН (45 человек), которым проводилась фармакотерапия без применения акупунктуры.

У больных с СВД под влиянием акупунктуры происходило достоверное снижение исходно повышенной максимальной систолической частоты ($p < 0,05$) в общей и наружной сонной артериях. В надблоковой артерии снижение максимальной частоты кровотока было отмечено в виде тенденции, но даже в этом случае динамика этого показателя достоверно отличалась от динамики аналогичных показателей у больных группы контроля, что исключало влияние на кровоток в МАГ без применения акупунктуры.

В интракраниальных артериях при применении акупунктуры достоверное изменение гемодинамики было выявлено только в переднемозговых (ПМА) и среднемозговых (СМА) артериях (табл. 1, 2).

Эти изменения в виде снижения скорости кровотока достоверно отличались как от исходных показателей, так и от динамики показателей средней скорости кровотока в соответствующих артериях при лечении без применения акупунктуры.

Понижение средней скорости кровотока в МАГ и интракраниальных артериях происходило, по-видимому, за счет снижения тонуса сосудов среднего и крупного калибра, о чем свидетельствовало понижение значений индекса циркуляторного сопротивления в МАГ и пульсационного индекса в интракраниальных артериях под влиянием применения интегральной акупунктуры и в меньшей степени — при применении сегментарной акупунктуры. Под воздействием сегментарной акупунктуры индекс циркуляторного сопротивления снижался в среднем на 8,4 %, при применении интегральной ИРТ — на 12,1 %, пульсационный индекс снижался соответственно на 13,5 % и на 21,5 %.

Применение акупунктуры приводило не только к снижению скорости кровотока в указанных артериях, но и к нормализации регуляции мозгового

кровотока в целом. Так, при применении акупунктуры отмечалось уменьшение коэффициента асимметрии в среднем на 3,95 % в МАГ и на 4,8 % — в интракраниальных артериях. У больных, которым проводилась сегментарная акупунктура, коэффициенты асимметрии снизились соответственно на 2,9 % и 3,1 %. В группе контроля коэффициенты асимметрии претерпевали незначительную динамику (1,7 и 2,3 % соответственно).

Таблица 1

Динамика максимальной систолической частоты у больных с СВД под влиянием комплексного лечения с применением акупунктуры и без неё ($M \pm m$)

Артерии	Группа	До лечения	После курса лечения	<i>P</i>
ОСА	I	3,04 ± 0,24	2,36 ± 0,19	< 0,05
	II	2,85 ± 0,19	2,54 ± 0,21	> 0,05
	III	2,83 ± 0,21	2,61 ± 0,24	> 0,05
ВСА	I	2,29 ± 0,20	2,13 ± 0,18	> 0,05
	II	2,22 ± 0,18	2,15 ± 0,20	> 0,05
	III	2,24 ± 0,18	2,21 ± 0,27	> 0,05
НСА	I	2,97 ± 0,19	2,37 ± 0,24	< 0,01
	II	2,87 ± 0,20	2,99 ± 0,21	> 0,05
	III	2,83 ± 0,22	2,57 ± 0,21	> 0,05
НА	I	2,74 ± 0,19	2,18 ± 0,20	< 0,05
	II	2,71 ± 0,21	2,24 ± 0,20	> 0,05
	III	2,68 ± 0,14	2,42 ± 0,23	> 0,05

Примечание. Здесь и в следующих таблицах:

ОСА — общая сонная артерия; ВСА — внутренняя сонная артерия; НСА — наружная сонная артерия; НА — надблоковая артерия; I — фармакотерапия в сочетании с интегральной акупунктурой; II — фармакотерапия в сочетании с сегментарной акупунктурой; III — контроль (фармакотерапия без акупунктуры)

Таблица 2

Динамика средней скорости кровотока у больных с СВД под влиянием комплексной терапии с применением акупунктуры и без неё ($M \pm m$)

Артерии	Группа	До лечения	После курса лечения	<i>P</i>
ВСА	I	4,87 ± 0,29	42,3 ± 2,9	> 0,05
	II	45,6 ± 3,1	44,9 ± 2,9	> 0,05
	III	45,2 ± 2,8	45,1 ± 3,1	> 0,05
СМА	I	68,4 ± 2,7	60,9 ± 2,8	< 0,05
	II	64,0 ± 3,2	61,3 ± 2,7	> 0,05
	III	63,0 ± 3,4	62,4 ± 3,1	> 0,05
ПМА	I	51,2 ± 2,6	43,8 ± 3,0	< 0,05
	II	52,4 ± 2,9	46,3 ± 3,1	> 0,05
	III	50,6 ± 3,2	46,7 ± 3,1	> 0,05
ЗМА	I	37,4 ± 2,4	35,4 ± 3,2	> 0,05
	II	37,0 ± 2,6	34,3 ± 2,7	> 0,05
	III	36,9 ± 2,3	36,5 ± 2,5	> 0,05
ОА	I	37,6 ± 2,4	36,1 ± 2,3	> 0,05
	II	37,7 ± 3,1	36,4 ± 2,4	> 0,05
	III	38,1 ± 2,7	37,6 ± 2,8	> 0,05
ПА	I	41,8 ± 3,2	40,3 ± 2,6	> 0,05
	II	41,6 ± 2,0	41,2 ± 2,7	> 0,05
	III	42,0 ± 2,4	42,2 ± 2,5	> 0,05

Примечание. Здесь и в следующих таблицах:

СМА — средняя мозговая артерия; ПМА — передняя мозговая артерия; ЗМА — задняя мозговая артерия; ОА — основная артерия; ПА — позвоночная артерия

Таблиця 4

Динамика средней скорости кровотока у больных НПНМК под влиянием комплексной терапии с применением акупунктуры и без неё (M ± m)

Артерии	Группа	До лечения	После курса лечения	P
BCA	I	40,4 ± 2,8	39,8 ± 2,9	> 0,05
	II	36,3 ± 3,5	41,5 ± 3,1	> 0,05
	III	38,5 ± 2,7	38,1 ± 3,0	> 0,05
CMA	I	58,2 ± 3,1	38,8 ± 2,7	> 0,05
	II	56,1 ± 2,8	59,5 ± 2,1	> 0,05
	III	54,1 ± 2,1	55,2 ± 2,9	> 0,05
ПМА	I	43,8 ± 2,7	45,5 ± 2,9	> 0,05
	II	38,7 ± 3,1	45,6 ± 2,8	< 0,05
	III	41,1 ± 2,5	42,6 ± 3,3	> 0,05
ЗМА	I	34,0 ± 3,1	35,2 ± 3,2	> 0,05
	II	33,3 ± 2,8	35,3 ± 2,9	> 0,05
	III	35,3 ± 2,5	35,2 ± 2,7	> 0,05
ОА	I	33,8 ± 3,5	34,8 ± 2,9	> 0,05
	II	34,5 ± 2,7	35,1 ± 3,1	> 0,05
	III	33,4 ± 2,9	34,1 ± 2,7	> 0,05
ПА	I	34,5 ± 3,1	35,4 ± 2,8	> 0,05
	II	34,2 ± 2,7	35,9 ± 2,3	> 0,05
	III	33,9 ± 2,4	34,4 ± 2,5	> 0,05

Таким образом, применение интегральной акупунктуры оказывало довольно выраженное действие на церебральную гемодинамику больных с СВД.

Менее выраженным было влияние акупунктуры на гемодинамику больных с НПНМК. В исходном состоянии у данных больных в основном отмечалось эукинетический тип кровообращения, незначительное снижение максимальной систолической скорости кровотока в МАГ и интракраниальных артериях на фоне умеренного повышения тонуса сосудов среднего и мелкого калибра.

Влияние разных методов акупунктуры на больных с НПНМК различалось между собой в силу более выраженного симпатолитического действия интегральной акупунктуры. Это действие заключалось в снижении тонуса как мелких, так и сосудов среднего и крупного калибра. Об этом свидетельствовало некоторое уменьшение максимальной систолической частоты в МАГ и средней скорости кровотока в интракраниальных артериях после применения акупунктуры. В экстракраниальных сосудах такая динамика кровотока наблюдалась во внутренних и наружных надблоковых артериях. При этом отмечалось снижение индекса циркуляторного сопротивления в среднем на 8,1 и коэффициента асимметрии на 2,9 % (табл. 3, 4).

Таблиця 3

Динамика максимальной систолической частоты у больных НПНМК под влиянием комплексной терапии с применением акупунктуры и без неё (M ± m)

Артерии	Группа	До лечения	После курса лечения	P
ОСА	I	1,71 ± 0,16	1,86 ± 0,13	> 0,05
	II	1,69 ± 0,14	1,82 ± 0,17	> 0,05
	III	1,73 ± 0,13	1,75 ± 0,12	> 0,05
BCA	I	2,14 ± 0,16	2,10 ± 0,15	> 0,05
	II	2,09 ± 0,17	2,11 ± 0,14	> 0,05
	III	2,10 ± 0,18	2,12 ± 0,17	> 0,05
HCA	I	2,32 ± 0,15	2,28 ± 0,20	> 0,05
	II	2,28 ± 0,17	2,35 ± 0,19	> 0,05
	III	2,33 ± 0,15	2,18 ± 0,17	> 0,05
HA	I	2,15 ± 0,17	2,18 ± 0,17	> 0,05
	II	2,11 ± 0,20	2,23 ± 0,18	> 0,05
	III	2,13 ± 0,13	2,16 ± 0,17	> 0,05

При применении сегментарной акупунктуры чаще происходило повышение скорости кровотока в МАГ и интракраниальных артериях.

Эти изменения проявлялись в виде тенденции и отражали, скорее всего, региональное симпатическое действие акупунктуры, под влиянием которой происходило улучшение микроциркуляции, коллатерального кровообращения и венозного оттока. Так же, как и при интегральной акупунктуре, при сегментарной акупунктуре снижался индекс циркуляторного сопротивления в среднем на 4,0 % и коэффициента асимметрии на 2,1 %. Таким образом, у больных НПНМК оба вида акупунктуры оказывали положительно влияние на церебральную гемодинамику.

У больных с ДЭ I ст. в исходном состоянии имели место более выраженные изменения церебральной и центральной гемодинамики по сравнению с больными НПНМК. Это определило однонаправленный характер лечебного действия с применением акупунктуры у больных ДЭ I ст., проявляющегося в повышении скорости кровотока по МАГ и интракраниальным артериям, снижении тонуса церебральных сосудов, улучшении коллатерального кровообращения (табл. 5, 6).

Таблиця 5

Динамика максимальной систолической частоты у больных ДЭ I ст. под влиянием комплексного лечения с применением акупунктуры и без неё (M ± m)

Артерии	Группа	До лечения	После курса лечения	P
ОСА	I	1,49 ± 0,13	1,86 ± 0,15	< 0,05
	II	1,59 ± 0,12	1,80 ± 0,14	> 0,05
	III	1,51 ± 0,14	1,63 ± 0,12	> 0,05
BCA	I	1,83 ± 0,13	2,14 ± 0,12	< 0,05
	II	1,78 ± 0,15	1,98 ± 0,14	> 0,05
	III	1,85 ± 0,14	1,90 ± 0,15	> 0,05
HCA	I	2,19 ± 0,14	2,54 ± 0,14	< 0,05
	II	2,29 ± 0,13	2,44 ± 0,15	> 0,05
	III	2,30 ± 0,15	2,35 ± 0,12	> 0,05
HA	I	2,13 ± 0,13	2,47 ± 0,14	< 0,05
	II	2,11 ± 0,16	2,26 ± 0,17	> 0,05
	III	2,15 ± 0,13	2,17 ± 0,12	> 0,05

При сегментарной акупунктуре направленность гемодинамических сдвигов была сходной с таковыми при применении интегральной акупунктуры. В группе контроля изменений церебрального кровотока не отмечалось даже в виде тенденции.

Таблиця 6

Динамика средней скорости кровотока у больных ДЭ I ст. под влиянием комплексной терапии с применением акупунктуры и без неё ($M \pm m$)

Артерии	Группа	До лечения	После курса лечения	<i>P</i>
BCA	I	36,1 ± 2,1	41,6 ± 2,1	< 0,05
	II	35,9 ± 2,3	39,7 ± 2,4	> 0,05
	III	35,4 ± 2,5	36,3 ± 2,0	> 0,05
CMA	I	54,8 ± 2,3	61,0 ± 2,4	< 0,05
	II	54,4 ± 2,5	59,1 ± 2,5	> 0,05
	III	54,9 ± 2,6	56,8 ± 2,4	> 0,05
PMA	I	37,6 ± 2,3	44,9 ± 2,1	< 0,01
	II	37,9 ± 2,5	43,9 ± 2,3	< 0,05
	III	37,8 ± 2,1	40,1 ± 2,0	> 0,05
ZMA	I	31,9 ± 2,1	36,6 ± 1,9	< 0,05
	II	32,0 ± 2,2	34,8 ± 2,4	> 0,05
	III	31,5 ± 2,3	32,6 ± 2,4	> 0,05
OA	I	31,1 ± 1,8	35,0 ± 1,7	< 0,05
	II	31,6 ± 2,1	33,7 ± 1,9	> 0,05
	III	31,8 ± 2,0	32,4 ± 2,7	> 0,05
PA	I	32,0 ± 2,1	36,6 ± 1,8	< 0,05
	II	32,7 ± 1,8	35,9 ± 2,2	> 0,05
	III	32,8 ± 1,7	33,4 ± 2,5	> 0,05

Повышение скорости кровотока в экстра- и интракраниальных артериях обусловлено, по-видимому, уменьшением периферического сопротивления в церебральных артериях среднего и мелкого калибра. Происходило понижение индекса циркуляторного сопротивления на 12,3 % после курсового применения интегральной акупунктуры и на 6,7 % в результате применения сегментарной акупунктуры. Пульсационный индекс снижался на 15,9 % после курса интегральной акупунктуры и на 9,6 % после курса сегментарной акупунктуры, коэффициент асимметрии понизился на 7,2 % в конце курса интегральной акупунктуры и на 4,5 % — после курса сегментарной акупунктуры.

У 2-х больных, получавших интегральную акупунктуру, в конце курса лечения отмечалось восстановление функции передней соединительной артерии, что в других группах больных не встречалось. Таким образом, у больных ДЭ I ст. акупунктура также приводила к улучшению центральной и церебральной гемодинамики.

У больных ДЭ II ст. исходно отмечались наиболее выраженные изменения гемодинамики, развивающиеся на фоне органической патологии экстра- и интракраниальных сосудов, периферической вегетативной недостаточности.

Применение интегральной акупунктуры вызывало у данных больных достоверное увеличение скорости кровотока в средней и передней мозговых артериях после проведения курсового лечения.

При применении сегментарной акупунктуры, как и при лечении больных ДЭ I ст., отмечалось незначительное повышение скорости кровотока как в каротидном (на 6,3–10,3 %), так и в вертебробазиллярном бассейне (на 4,1–9,9 %) (табл. 7, 8).

Достоверное различие в динамике максимальной систолической и средней скорости кровотока по сравнению с динамикой показателей в контрольной группе выявлялись только при применении интегральной акупунктуры.

Таблиця 7

Динамика максимальной систолической частоты у больных ДЭ II ст. под влиянием комплексного лечения с применением акупунктуры и без неё ($M \pm m$)

Артерии	Группа	До лечения	После курса лечения	<i>P</i>
OCA	I	1,16 ± 0,12	1,46 ± 0,11	< 0,05
	II	1,12 ± 0,11	1,25 ± 0,12	> 0,05
	III	1,17 ± 0,14	1,21 ± 0,13	> 0,05
BCA	I	1,57 ± 0,13	1,91 ± 0,11	< 0,05
	II	1,53 ± 0,12	1,72 ± 0,13	> 0,05
	III	1,55 ± 0,11	1,60 ± 0,12	> 0,05
HCA	I	1,97 ± 0,11	2,25 ± 0,13	< 0,05
	II	2,02 ± 0,13	2,19 ± 0,12	> 0,05
	III	2,04 ± 0,09	2,08 ± 0,12	> 0,05
HA	I	1,43 ± 0,09	1,71 ± 0,13	< 0,05
	II	1,41 ± 0,12	1,53 ± 0,13	> 0,05
	III	1,45 ± 0,09	1,51 ± 0,11	> 0,05

Таблиця 8

Динамика средней скорости кровотока у больных ДЭ II ст. под влиянием комплексного лечения с применением акупунктуры и без неё ($M \pm m$)

Артерии	Группа	До лечения	После курса лечения	<i>P</i>
BCA	I	27,7 ± 2,7	33,1 ± 1,9	< 0,05
	II	25,3 ± 1,8	28,2 ± 2,1	> 0,05
	III	28,6 ± 2,3	30,1 ± 2,1	> 0,05
CMA	I	38,4 ± 2,6	45,9 ± 2,9	< 0,05
	II	41,0 ± 2,3	45,6 ± 2,8	> 0,05
	III	41,2 ± 3,2	43,3 ± 2,8	> 0,05
PMA	I	32,8 ± 1,9	37,7 ± 2,1	< 0,05
	II	33,2 ± 2,7	36,2 ± 2,1	> 0,05
	III	33,3 ± 2,1	35,6 ± 2,4	> 0,05
ZMA	I	28,8 ± 2,1	33,2 ± 2,1	> 0,05
	II	28,6 ± 1,9	31,7 ± 2,3	> 0,05
	III	29,3 ± 1,7	30,8 ± 1,9	> 0,05
OA	I	26,4 ± 1,6	29,2 ± 1,8	> 0,05
	II	26,6 ± 1,8	28,5 ± 2,1	> 0,05
	III	26,6 ± 2,1	27,3 ± 2,2	> 0,05
PA	I	29,7 ± 1,9	34,5 ± 2,4	< 0,05
	II	29,0 ± 2,1	32,4 ± 2,3	> 0,05
	III	29,2 ± 2,2	31,9 ± 2,1	> 0,05

Повышение скорости кровотока в экстра- и интракраниальных артериях под влиянием комплексного лечения с применением акупунктуры сопровождалось понижением периферического сопротивления: понижение индекса циркуляторного сопротивления в среднем на 10,1–11,8 %, пульсационного индекса — на 11,6–15,3 %; уменьшение коэффициента асимметрии на 8,5 %. У одного больного компрессионные пробы в конце курса лечения выявили функционирование передней соединительной артерии и у одного — задней соединительной, тогда как до лечения перетока крови по данным артериям не наблюдалось.

В целом, акупунктура оказывала модулирующее действие на церебральную гемодинамику, что выражается в неоднозначном влиянии акупунктуры

на швидкість мозкового кровотоку в залежності від вихідного стану.

Таким чином, саногенетичні механізми нормалізації церебральної гемодинаміки як би в зворотному порядку повторюють патогенетичні шляхи її порушення. При цьому зворотність гемодинамічних порушень має місце на всіх стадіях ХЦВН, найбільш виражена вона при СВД і НПНМК. Найбільші зміни мозкового кровообігу по даним ультразвукової доплерографії відбувалися в каротидній області, показники вертебробазиллярної області відзначалися більш стабільними, і тому для нормалізації пульсового притоку крові в артерії та покращення процесів мікроциркуляції необхідні менші зміни в лінійній швидкості кровотоку, ніж в каротидній області.

Л. П. Терещенко

Вплив акупунктури на гемодинаміку хворих на хронічну цереброваскулярну недостатність

*Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України
(Харків)*

У роботі було проведено детальне вивчення гемодинаміки ультразвуковими методами дослідження у хворих з різними формами хронічної цереброваскулярної недостатності під час фармакотерапії з застосуванням різних методів акупунктури. Показана сприятлива дія акупунктури на саногенетичні механізми нормалізації церебральної гемодинаміки. Найбільші зміни мозкового кровообігу відмічені у каротидній області, тому що стан судин вертебробазиллярної області характеризувався більш стабільним рівнем кровообігу.

Список літератури

1. Міщенко Т. С., Здесенко І. В., Коленко О. І. Епідеміологія мозкового інсульту в Україні // Український вісник психоневрології. — 2005. — Т. 13, вип. 1 (42). — С. 23–28.
2. Верещагин Н. В., Моргунов В. А., Гулевська Г. С. Патологія головного мозку при атеросклерозі та артеріальній гіпертензії. — М.: Медицина, 1997. — 288 с.
3. Бурцев Е. М. Дисциркуляторна (сосудиста) енцефалопатія // Журнал невропатології та психіатрії ім. С. С. Корсакова. — 1998. — № 1. — С. 45–48.
4. Яхно Н. Н., Дамулін І. В. Дисциркуляторна (сосудиста) енцефалопатія // Російський медичний журнал. — 1999. — № 5. — С. 41–43.
5. Василенко А. М. Основні принципи адаптогенного впливу рефлексотерапії // Ітоги науки та техніки, фізіологія людини та тварин. — ВІНИТИ. — 1995. — Т. 29. — С. 167–203.

Надійшла до редакції 06.04.2006 р.

L. P. Tereshchenko

The influence of acupuncture on the hemodynamics of the patients with chronic cerebrovascular insufficiency

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine
(Kharkiv)*

In the work it was carried out the detailed studying of the hemodynamics by the ultrasound method at the patients with different forms of chronic cerebrovascular insufficiency and its dynamics during the pharmacotherapy with the help of various methods of acupuncture. It was showed the favourable effect of acupuncture on the sanogenetic mechanisms of cerebral hemodynamics' normalization. The most changes of cerebral circulation were noted in carotid area, because the state of arteries of vertebrobasilar area was characterized by the most stable level of blood's circulation.

УДК 616.839: 615.213

В. Й. Тещук, В. В. Тещук, Ю. С. Філь
411 ЦВКГ ДОЗ МОУ (Одеса)

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛАМОТРИДЖИНУ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ СИМПАТИКО-АДРЕНАЛОВИХ КРИЗІВ

Прогресуюче збільшення кількості захворювань вегетативного відділу нервової системи викликає необхідність пошуку нових методів лікування даних форм патології. Вегетативні розлади призводять до погіршення перебігу соматичних захворювань, знижують ефективність та збільшують тривалість їх лікування. Економічні втрати суспільства за рахунок тимчасової та стійкої втрати працездатності — це значна соціальна проблема, особливо, коли дані захворювання набувають кризового та тривалого характеру перебігу. Такі пацієнти звертаються до лікарів загальної практики, сімейних лікарів, терапевтів поліклінік і т. д. Найкращий діапазон діагностичних методів обстеження дає можливість виключити органічне ураження центральної нервової системи. Пацієнти починають «активно» і тривало лікуватися у різноманітних фахівців, у більшості випадків — безрезультатно. Деякі з них потрапляють до психіатра. Пролікувавшись три-чотири місяці, такі хворі стикаються з проблемою подальшого раціонального працевлаштування, тому як далі вони не можуть виконувати свої безпосередні професійні обов'язки.

Психологічний стан даних пацієнтів слід розцінювати як інтегральне віддзеркалення комплексної

взаємодії генетичних, посттравматичних, дисциркуляторних, пострадіаційних, дисметаболических, дисгормональних, вегетативно-судинних та соціальних чинників. Серед них важливе значення має стан кровопостачання мозку та метаболічний гомеостаз, при оптимальному стані яких слід очікувати і адекватну психічно-емоційну діяльність. Отже, комплексне втручання, яке б сприяло ще і метаболічній корекції та нормалізації вегетативно-судинної регуляції, априорно може мати ефективну перевагу над окремими патогенетичними принципами лікування. Така мета досягається, насамперед, за нормалізації гомеостазу через оптимальну корекцію ламотриджином (ламотрином, ламікталом), котрий нормалізує метаболізм в організмі людини.

Під нашим спостереженням перебували 72 хворих у віці від 19 до 59 років, котрі страждали частими (3–4 рази на тиждень) вегетативними кризами на фоні різноманітних захворювань. З них жінок було 34 (47,2%), чоловіків 38 (52,8%).

Необхідно звернути увагу на одну типову особливість: у таких хворих була наявна своєрідна дисоціація між суб'єктивним (скаргами) та об'єктивним неврологічним статусом. Як правило, переважали