

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 і 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 і артеріальній гіпертензії. — М.: Медицина, 1997. — 288 с.
3. Бурцев Е. М. Дисциркуляторна (сосудиста) енцефалопатія // Журнал невропатології і 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 і техніки, фізіологія людини і 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

чисельні скарги, які неврологічно мало об'єктивізувались і лише під час їх вивчення і зіставлення з неврологічною дрібноосередковою симптоматикою створювалась можливість правильної їх оцінки. Всі хворі скаржились на загальну слабкість і підвищену втомлюваність. Очевидно, що такі скарги не об'єктивізуються, але за наявності гіпоталамічної дисфункції (артеріальної гіпертензії, метеолабільності, імпотенції, фригідності, порушень менструального циклу, терморегуляції тощо) можуть бути достатньо обґрунтовані як гіпоталамічна дезадаптаційна дизергія.

Наприклад, скарга на похитування чи запаморочення дуже рідко підтверджувалася ністагмом, але ставала вірогідною, навіть при негативному симптомі Ромберга, якщо хворий відчував страх висоти. Очевидно, що наявність зазначених клінічних ознак також набуває переконливості чи вірогідності.

Усім пацієнтам були проведені сучасні нейровізуалізуючі методи дослідження:

— комп'ютерна томографія головного мозку (КТГМ) або магнітно-резонансна томографія головного мозку (МРТ ГМ) — виражених об'єктивних ознак ураження головного мозку не виявлено;

— нейрофункціональні методи дослідження (ехоенцефалоскопія, реоенцефалографія, електроенцефалографія);

— ультразвукова доплерографія судин шії та транскраніальна доплерографія.

Виражених патологічних особливостей під час проведення вищевказаних методів дослідження не виявлено. Всі пацієнти були обстежені неврологом, офтальмологом, урологом, терапевтом, ендокринологом, жінки — гінекологом. При необхідності — психіатром.

Характерними для всіх пацієнтів були підкоркові порушення, вони виступали у двох варіантах: стабільно-перманентному і пароксизмальному. Перші складала обмінно-ендокринні зрушення у вигляді прогресуючого наростання маси тіла — більше 10–15 кг (у 34 пацієнтів — 47,2 %) і елементів імпотенції у чоловіків (4 — 10,5 %), дисменореї у жінок (6 — 17,7 %), менопаузи (12 — 35,3 %).

Потрібно зважити на те, що загроза швидкого наростання маси тіла у таких хворих має два механізми виникнення. Один зумовлений тим, що вони, вважаючи себе хворими, для одужання посилено харчувалися. Другий, більш елементарний, зумовлений тим, що постраждали відчували загальну слабкість і мало рухались.

Проте, у більшості пацієнтів причиною порушення жирового обміну була дизрегуляція вищих вегетативних центрів.

До категорії підкоркових перманентних зрушень ми відносили дезадаптацію і дизергію, які виявлялися метеочутливістю та метеолабільністю у 63 пацієнтів (87,5 %), а також підвищеною втомлюваністю і загальною слабкістю у 69 хворих (95,8 %).

Пароксизмальний варіант у 67 (93 %) пацієнтів виявлявся у вигляді частих (3–4 рази на тиждень) гіпоталамічних, симпатико-адреналових кризів з типовою клінікою (підйом АТ, тахікардія, «приливи жару», підвищена пітливість, озноб, тремор, поліурія, страх смерті, запаморочення, головні болі, болі за грудиною, задуха тощо), котрі тривали від трьох до п'яти годин. Такі пароксизми часто провокувалися змінами погоди, особливо значним зниженням атмосферного тиску. Практично у всіх хворих перша та

друга категорії підкоркових зрушень збігалися. У поодиноких випадках (8 пацієнтів — 11,1 %) підкоркова недостатність підтверджувалася наявністю ротового рефлексу Бехтерєва.

У 54 пацієнтів (75 %) клінічна картина супроводжувалась неврозоподібними симптомами з лабільністю емоційної сфери та настрою. Зрозуміло, що невроз в даному випадку слід розглядати як наслідок порушення нормальних взаємозв'язків і відношень між корою і підкоркою.

Вищевказане свідчить про те, що кожний клінічний випадок має свої особливості і навіть за наявності подібних ознак може бути результатом різного патогенезу, який вимагає конкретного аналізу.

Враховуючи всі ці обставини, ми розподілили наших пацієнтів за патогенетичними механізмами на такі групи:

- вегетативно-судинна дистонія — 4 (5,55 %);
- віддалені наслідки черепно-мозкових травм — 19 (26,4 %);
- дисциркуляторна енцефалопатія — 4 (5,55 %);
- післярадіаційна енцефалопатія — 3 (4,2 %);
- енцефалопатія інволютивного ґенезу — 42 (58,3 %).

Пацієнтам проводилось лікування кризових ситуацій ламотриджинном, як у вигляді монотерапії, так і поєднано з ноофеном. Результати проведеного лікування оцінювались за даними неврологічного обстеження, даними вегетативного статусу, нейрофізіологічних методів обстеження, за кількістю кризових станів після початку лікування та за змінами характеру та тривалості симпатико-адреналових кризів.

Отримані результати показали, що високий ступінь дієвості запропонованої терапії відмічено при гіпоталамічних проявах в клініці вегетативно-судинних дистоній у 3 (75 %) пацієнтів: кризові ситуації повністю зникли після 10 днів лікування (Ламотрин 50 мг × 2 рази на добу), сумнівний — у 1 пацієнта з вегетативно-судинною дистонією (25 %). У нього періодично спостерігалися симпатико-адреналові кризи 1 раз на місяць, тривалістю 20–30 хвилин.

Серед пацієнтів з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм, ми відмітили позитивні результати у 7 (36,8 %) пацієнтів, котрі проявлялися зменшенням кількості симпатико-адреналових кризів до 1 на місяць, після прийому Ламотрину (50 мг × 2 рази на добу) протягом одного місяця; у 12 (63,2 %) — сумнівний: кількість кризів зменшилась до 1 на тиждень, а тривалість до 30–60 хвилин. Ці пацієнти були схильні до метеолабільності. При поєднаному застосуванні Ламотрину (50 мг × 2 рази на добу) та ноофену (250 мг × 2 рази на добу, всередину) відмічено порівняно високий ступінь дієвості даного методу лікування. Симпатико-адреналових кризів на протязі двох місяців спостереження у даної групи пацієнтів не відмічено.

За нашими спостереженнями, вираженого позитивного впливу на симпатико-адреналові вегетативні кризи у 3 пацієнтів з післярадіаційною енцефалопатією та у 4-х пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією ми не відмітили, можливо, за рахунок малої добової дози Ламотрину (100 мг на добу).

У той же час, отримані нами результати свідчать про високу ефективність ламотриджину на припливи та вегетативні кризи в жінок із кліматеричними розладами в постменструальному періоді. Під час його використання в дозі 200 мг на добу протягом місяця спостерігався регрес вегетативно-вазомоторних

порушень за даними модифікованого менопаузального індексу Купермана.

Таким чином, проаналізовані результати консервативного лікування симпатико-адреналових кризів змішаного ґенезу ламотриджином, як у вигляді монотерапії, так і в поєднанні з ноофеном, свідчать про значне покращання стану пацієнтів, зменшення кількості кризових ситуацій, значне зменшення їх тривалості. Що, в свою чергу, є оправданим методом лікування, тому що скорочуються терміни лікування

вищеписаної категорії пацієнтів, зменшуються витрати на лікування та соціальне забезпечення та різко підвищується його ефективність.

Відсутність побічних ефектів та медикаментозної залежності дозволяють рекомендувати ламотриджин (Ламотрин) для застосування як амбулаторно, так і в доповнення до основної терапії вегетативних кризів різного ґенезу.

Надійшла до редакції 15.03.2006 р.

В. И. Тещук, В. В. Тещук, Ю. С. Филь

Опыт применения ламотриджина при лечении симпатико-адреналовых кризов

411 ЦВКГ ДОЗ МОУ (Одесса)

В данной статье рассматривается вопрос симпатико-адреналовых кризов различного происхождения. Вегетативные расстройства приводят к ухудшению течения соматических заболеваний. Таким образом создается серьезная медицинская и социальная проблема. Экономические потери общества за счет временной и (или) стойкой потери трудоспособности большого количества граждан являются чрезвычайно большими. Консервативное лечение данной патологии не всегда приводит к стойкому позитивному эффекту. Это вынудило нас проводить поиск новых лечебных средств.

В статье рассмотрены результаты применения ламотриджина (Ламотрин) у 72 больных с симпатико-адреналовыми кризами.

V. I. Teshchuk, V. V. Teshchuk, Yu. S. Fil'

Experience of Lamotrigine using in treatment sympathoadrenal crises

(Odesa)

This article is devoted to a question of sympathoadrenal crises of various etiologies. Vegetative disorders are leading to a worsening of a clinical course of somatic diseases, determining a serious medical and social problem. Scheduled costs of community caused by temporary and (or) persistent loss of working ability are extremely high.

Conservative treatment of patients suffering from this disease is not necessarily the case for a steady positive effect. Such circumstances force us to look for new therapeutic agents.

This article represents a result of use of Lamotrigine (Lamotrine, Lamictal) in 72 patients suffering from sympathoadrenal crises.

УДК 616.833–08–002.1

О. Л. Тондуй¹, канд. мед. наук, ассистент каф. невропатологии и детской неврологии ХМАПО, О. И. Тарасова², врач функциональной диагностики, О. В. Померанцева¹, канд. мед. наук, ассистент каф. невропатологии и детской неврологии ХМАПО

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования, ² Центральная клиническая больница Укрзаказниці (Харьков)

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕЙРОМИДИНА

В структуре неврологической заболеваемости взрослого населения болезни периферической нервной системы занимают одно из ведущих мест [1, 3, 7]. По данным ряда авторов [3, 7], количество таких больных в неврологических стационарах достигает 65–80 %. В общей структуре причин временной утраты трудоспособности болезням периферической нервной системы принадлежит третье место после острых респираторных заболеваний и травматических повреждений [1, 7].

Среди заболеваний периферической нервной системы достаточно часто (до 25 %) встречаются компрессионно-ишемические невропатии, из них невропатии лучевого нерва (НЛН) — до 80 % [7]. Существуют отработанные схемы лечения поли- и мононевропатий, в частности НЛН [4]. Однако постоянно продолжается поиск новых методов, создание новых методик и формирование терапевтических комплексов.

Нами изучалось воздействие препарата Нейромидин (амиридин) производства Olain Farm, Латвия. В основе лечебного эффекта Нейромидина лежит комбинированное действие двух механизмов — блокада калиевой проницаемости мембраны и обратимое ингибирование холинэстеразы. Блокада калиевой проницаемости мембраны приводит к продлению реполяризационной фазы потенциала действия мем-

браны и повышению активности пресинаптического нервного волокна. Это сопровождается увеличением поступления ионов кальция в пресинаптическую терминаль и усилением выброса медиатора в синаптическую щель. Повышение концентрации медиатора в синаптической щели способствует усилению стимуляции постсинаптической клетки вследствие медиаторорецепторного взаимодействия. В холинэргических синапсах ингибирование холинэстеразы вызывает еще большее накопление нейромедиатора в синаптической щели и усиление функциональной активности постсинаптической клетки (сокращение, проведение возбуждения) [5, 6]. Исходя из механизмов действия, среди фармакологических эффектов Нейромидина отмечают следующие: стимуляция и восстановление нервно-мышечной передачи, восстановление проведения импульса по нервному волокну, анальгетический эффект и др. В связи с действием на миофибриллы, увеличивается сократительная активность мышц [5, 6].

Под нашим наблюдением в период с января 2004 г. по январь 2006 г. находилось 75 больных в возрасте от 18 до 65 лет с компрессионно-ишемической НЛН травматического генеза, давности заболевания составляла от нескольких часов (у 6 человек) до 10 дней. Диагноз устанавливался на основании клинических данных и результатов электронейромиографии (ЭНМГ) [1].