

Л.Я. ВАСИЛЬЄВА-ЛІНЕЦЬКА, О.В.ЗЕМЛЯНА

ЗАСТОСУВАННЯ БІШОФІТОТЕРАПІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ

Изложены и обсуждаются данные относительно особенностей церебральной гемодинамики под влиянием бишофитотерапии больных соматоформной вегетативной дисфункцией (по данным реоэнцефалографии).

* * *

ВСТУП

Згідно даних літератури, соматоформні розлади (СР) зустрічаються у 15-50% дорослого населення, суттєво впливають на показники госпіталізації, збільшуючи їх, що обумовило велику не тільки медичну, але й соціальну значущість оптимізації комплексного лікування даного контингенту хворих [2].

Терапія СР містить широке коло лікувальних і профілактичних заходів з обов'язковим включенням різних форм та методів психотерапії – раціональної, групової, біхевіоральної, позитивної та ін., та фармакотерапії, котра передбачує використання, у першу чергу, анксиолітиків, антидепресантів, нейролептиків, препаратів ноотропної дії [3, 4].

Неможливість швидкого отримання бажаного ефекту у ініціальному періоді навіть при використанні жорстких, директивних методик психотерапії, особливості фармакотерапії СР – високий ризик появи соматичних розладів навіть у процесі монотерапії психотропними препаратами, ризик розвитку звикання та синдрому скасування після їх застосування визначили важливу роль включення фізичних чинників у комплекс лікувальних заходів хворих із СР.

Терапевтичний ефект фізичних чинників у осіб із СР обумовлений можливістю їх впливу на вищі регуляторні центри вегетативної нервової системи, біоелектричну активність головного мозку, основні ланки саногенезу та клінічні прояви захворювання.

У цьому плані цікавим уявляється використання сполученого застосування фізичних чинників та бішофіту – природного мінерального комплексу, який являє собою надміцний хлоридно-магнієвий розсол, що містить унікальний набір мікроелементів, котрі приймають участь у підтриманні вегетативного гомеостазу та забезпеченні нормального функціонування центральної нервової системи.

Клініко-епідеміологічне дослідження структури СР свідчить, що соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) (підгрупа F 45.3 розділу F 45 МКХ 10) залишається однією з провідних форм СР [1]. Патоморфоз СВД, який характеризується збільшенням неврологічних компонентів з наявністю больового синдрому і зменшенням психічної симптоматики, диктує необхідність пошуку нових методів фізіотерапії, котрі, поряд із можливістю впливу на регуляторні центри вегетативної нервової системи, мають седативний, анагетичний ефект, надають оптимізуючу вазоактивну дію.

Проведені нами експериментальні дослідження аплікацій (АБ) та електрофорезу (ЕФБ) бішофіту, які містили порівнювальний аналіз кількості хімічних елементів, що вводились, та визначення оптимальних параметрів для введення максимальної їх кількості, слугували основою клінічного використання методів у хворих на СВД.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під спостереженням перебували 58 хворих на СВД у віці від 18 до 42 років. Прояви захворювання у всіх пацієнтів характеризувалися наявністю коморбідності вегетативних розладів та порушень у емоційно-вольовій сфері з перевагою тривожно-іпохондричної симптоматики. При цьому порушення судинного тону були одними з найбільш розповсюджених і у низці випадків визначали клінічну картину захворювання.

Метою нашого дослідження було вивчення порівнювальної ефективності застосування АБ та ЕФБ для корекції порушень церебральної гемодинаміки у хворих на СВД за даними реоенцефалографії (РЕГ).

Комплекс лікувальних заходів 20 пацієнтів на фоні однотипової медикаментозної терапії містив АБ, 18 хворим введення бішофіту здійснювалось методом електрофорезу, 20 склали контрольну групу (КГ). Під час оцінювання початкових значень величин показників, що характеризують стан мозкового кровообігу, проводилось порівнювання їх із значеннями у 10 практично здорових осіб. Методи бішофітотерапії перебачали застосування комірної методики. Процедуру ЕФБ проводили із використанням 5% розчину бішофіту від апарату «Поток-1», сила постійного струму складала 10 мА, час дії – 20 хвилин. Аплікації 30% розчину бішофіту проводили з експозицією 20 хвил.

РЕГ здійснювалась на тетраполярному чотирьохканальному реографі "REGINA". Застосовувались стандартні симетричні відведення, які відбивали стан мозкового кровотоку у басейнах внутрішньої сонної артерії (ВСА) та вертебро-базиллярної артерії (ВБА). Реоенцефалограма кожного хворого підлягала якісному (візуальне оцінювання) та фазово-амплітудному кількісному аналізу з обчисленням наступних показників: реографічного індексу – РІ (Ом), який дозволяє визначити відносну величину пульсового кровонаповнення у ділянці судинного руслу, що досліджується; дикротичного індексу – ДІ (%), який відбиває тонус артеріол; діастолічного індексу – ДСІ (%), котрий також характеризує тонус судин і стан відтоку крові з артерій у вени.

Усім хворим обстеження проводилось у перші 2-3 дні перебування у стаціонарі безпосередньо до та після однократної процедури ЕФБ та АБ, а також після курсу лікування з 8-10 процедур.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При візуальному аналізі початкових реоенцефалограм тільки у 9 (15,52%) хворих у відведенні FM та у 8 (13,79%) у відведенні OM форма реографічної кривої відповідала нормі. Ознаки підвищення прекапілярного тонуспу спостерігалися у більшості обстежених- 40 (68,97%) у відведенні FM й у 43 (74,14%) – у відведенні OM. Аркоподібна форма реографічної кривої, що свідчила про наявність затрудненого венозного відтоку відзначена у третини - 19 (32,76%) хворих у басейні ВСА і майже у половини – 26 (44,83%) хворих у басейні ВБА. Гіпотонічний тип кривої виявлено у 3 (5,17%) осіб у відведенні FM та у 2 (3,45%) – у відведенні OM.

На підставі кількісного аналізу початкових значень показників, які характеризують стан мозкового кровообігу, достовірне підвищення тонуспу артеріол у хворих на СВД відзначене у обох відведеннях (табл. 1).

Таблиця 1. Кількісний аналіз початкових значень показників РЕГ у пацієнтів з СВД

Показник	Відведення	Початкові значення показників	
		у здорових осіб (n=10)	у пацієнтів з СВД (n=58)
РІ, (Ом)	FM	1,2±0,20	0,89±0,03
	OM	0,64±0,09	0,61±0,02
ДІ (%)	FM	56,20±5,60**	81,52±1,12**
	OM	55,90±6,00**	81,66±0,99**
ДСІ (%)	FM	61,20±4,80	68,85±1,43
	OM	65,20±6,20	70,46±1,38

Примітка: достовірність відмін між величинами показників у пацієнтів з СВД та у контрольній групі “ р < 0,001.

Достовірних відмін значень РІ та ДСІ у порівнянні з величинами їх у здорових осіб виявлено не було. У той же час, ранжирування початкових значень дозволило виявити порушення мозкового кровообігу у вигляді підвищення величин ДСІ у значної кількості обстежених – більше ніж у 60%, зниження пульсового кровонаповнення – приблизно у половини хворих на СВД.

При аналізі отриманих результатів встановлено, що достовірна позитивна динаміка показників, що досліджувались, спостерігалася переважно у пацієнтів, терапевтичний комплекс котрих містив ЕФБ, і була обумовлена оптимізуючою вазоактивною дією методу. Вже одноразова дія дозволила виявити особливості його впливу на стан мозкового кровообігу хворих на СВД, котрі підтвердились при аналізі результатів курсового лікування.

Достовірне зниження початково підвищеного тону артеріол спостерігалось після однократної процедури у відведеннях FMs, FMd та Omd, після курсового лікування – у всіх ділянках судинного русла, що досліджувались (табл. 2).

Таблиця 2. Зміни тону артеріол після однократної процедури та курсового лікування з включенням ЕФБ при початковому підвищенні величин ДІ

Відведення	Значення ДІ (%)		
	початкові	після однократної процедури	після курсу лікування
FMs, n=17	85,83±1,87	76,03±3,59*	79,57±2,77■
FMd, n=18	86,42±2,10	79,27±2,75*	78,77±2,41*
Oms, n=17	83,02±2,10	77,11±3,93	68,57±2,68“
Omd, n=17	87,16±1,99	75,81±2,61●	73,43±3,23●

Примітка: Достовірність відмін початкових величин ДІ (%), після однократної процедури та курсу лікування: * - $p < 0,05$; ● - $p < 0,01$; “ - $p < 0,001$; ■ - $p = 0,1$.

У хворих із ознаками порушення венозного відтоку позитивна динаміка за рахунок підвищення початково знижених величин ДСІ після однократної процедури та курсової дії ЕФБ відзначена у відведеннях FMs і FMd (табл.3).

Таблиця 3. Динаміка ДСІ після однократної процедури та курсового лікування з включенням ЕФБ при початковому зниженні величин

Відведення	Значення ДСІ (%)		
	початкові	після однократної процедури	після курсу лікування
FMs n=4	25,55±7,35	65,53±10,85*	54,20±1,50*
FMd n=5	28,83±5,53	67,58±9,54*	66,95±5,69●
Oms n=6	35,40±7,44	56,58±13,16	49,34±2,90
Omd n=5	40,58±7,83	68,66±13,38	59,94±3,42

Примітка: Достовірність відмін початкових величин ДСІ (%), після однократної процедури та курсу лікування: * - $p < 0,05$; ● - $p < 0,01$.

При порушенні венозного відтоку, котре супроводжувалось підвищенням початкових величин ДСІ, зниження їх під впливом курсового лікування з включенням ЕФБ виявлене у відведеннях FMs та Oms при відсутності достовірних змін після однократного застосування методу (табл. 4).

Таблиця 4. Динаміка ДСІ після однократної процедури та курсового лікування з включенням ЕФБ при початковому підвищенні величин

Відведення	Значення ДСІ (%)		
	початкові	після однократної процедури	після курсу лікування
FMs n=10	85,56±2,92	72,58±8,99	77,46±2,38*
FMd n=11	85,18±2,85	72,03±8,70	83,97±2,18
Oms n=9	85,68±2,84	74,17±9,67	78,08±1,21*
Omd n=11	87,58±2,43	75,91±8,88	81,53±2,97

Примітка: Достовірність відмін початкових величин ДСІ (%), після однократної процедури та курсу лікування: * - $p < 0,05$.

Менш виразна динаміка тону інтракраніальних судин спостерігалася у групі хворих, лікувальний комплекс яких містив АБ: після курсового лікування виявлене підвищення початково знижених величин ДСІ з 33,62±8,45% до 67,38±2,15% ($p < 0,01$) у басейні ВСА і з 38,97±8,29% до 73,02±5,90% ($p < 0,01$) – у ВБА.

Достовірних змін показників, що характеризують прекапілярний тонус і стан венозного відтоку у контрольній групі та індексу пульсового кровонаповнення у пацієнтів усіх груп виявити не вдалося ($p > 0,1$)

ВИСНОВКИ

1. Візуальний аналіз реографічних кривих та аналіз значень показників, що характеризують стан мозкового кровообігу за даними РЕГ, дозволив виявити у хворих на СВД порушення мозкової гемодинаміки у вигляді зниження пульсового кровонаповнення, дистонії мозкових судин з перевагою підвищення прекапілярного тону, затrudнення венозного відтоку.

2. Отримані дані дозволили встановити достовірну оптимізуючу вазоактивну дію ЕФБ, обумовлену переважно впливом на початково підвищений прекапілярний тонус.

3. Результати дослідження свідчать про доцільність включення ЕФБ у терапевтичний комплекс хворих на СВД з урахуванням початкового стану інтракраніальних судин.

ЛІТЕРАТУРА

1. Добровольская Е.С. Соматоформные расстройства, их структура и распространенность в амбулаторно-поликлинической практике // Международный медицинский журнал.- 2002.- № 3.- С. 36-37.

2. Марценковский И.А., Бикшаева Я.Б. Соматоформные расстройства у детей: современные теоретические концепции, проблемы диагностики и терапии // Терапия.- 2006.- № 12.- С.29-37.

3. Михайлов Б.В. Клиника и принципы терапии соматоформных расстройств // Международный медицинский журнал.- 2003.- № 1.- С. 45-49.

4. Напреенко А.К. Психосоматические расстройства: подходы к фармакотерапии // Международный медицинский журнал.- 2002.- № 4.- С. 40-45.

L.Y.VASILYEVA-LINETSKAYA, O.V.ZEMLIANAYA

USAGE BISCHOFITE-THERAPY FOR CORRECTION OF CEREBROVASCULAR DISORDERS OF PATIENTS WITH SOMATOPHORME VEGETATIVE DYSFUNCTION

The data concerning features of cerebral hemodynamics under influence of bischofite-therapy in patients with somatophorm vegetative dysfunction (according to reoencephalography) are published and discussed.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Дата поступлення: 22.04.2008 р.