

К вопросу о немедикаментозном лечении дисциркуляторной энцефалопатии у лиц пожилого возраста

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, пожилой возраст

Введение

Проблема сосудистых заболеваний головного мозга сохраняет свою актуальность до настоящего времени. В частности, одним из недостаточно разработанных вопросов остается хроническая, прогрессирующая недостаточность функции мозга, наиболее часто развивающаяся на фоне гипертонической болезни у лиц трудоспособного возраста. Речь идет о дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), проявляющейся как очаговым, так и диффузным поражением головного мозга (4, 5). Хотя в мировой литературе имеется ряд работ по изучению рефлексотерапии у больных с нарушением мозгового кровообращения, отсутствуют исследования по изучению воздействия пунктурной лазеротерапии в комплексе с ароматерапией при ДЭ [1, 2, 3, 6].

Профилактика цереброваскулярных нарушений остается ведущей проблемой современной клинической неврологии, в связи с чем, поиски новых, в том числе немедикаментозных и сочетанных методов являются приоритетным направлением ангионеврологии [6].

Материал и методы

Нами были исследованы 65 больных ДЭ до и после курса восстановительного лечения. Все больные были разделены на 2 группы. 1 группу составили 24 (37%) больных (контрольная группа), получавших традиционное базисное лечение – ноотропные и сосудистые препараты, антиагреганты, ЛФК, массаж и др. 2 группа (основная) обследованных, в которую вошли 41 (63%) больной, наряду с традиционным лечением получала пунктурную лазеротерапию в сочетании с ароматерапией эфирными маслами из смеси запаха бергамота, мелиссы, эвкалипта, майорана и лаванды. Все наблюдаемые больные (n=65) на протяжении всего периода получали гипотензивные препараты.

Результаты

Всем наблюдаемым больным основной группы проводилась пунктурная лазеротерапия с использованием корпоральных и аурикулярных точек. Выбор точек осуществлялся на основе традиционных рекомендаций с учетом симптоматики. Больным проводилась стимуляция канала почек с помощью системы 5 первоэлементов, классических точек юань, ло, му, шу. Кроме того, использовались точки воротниковой зоны, шейно-затылочной области, отдаленные точки каналов печени, желчного пузыря, перикарда, ряд точек широкого спектра действия и аурикулярные точки: АТ55, АТ31, АТ32, АТ 13, АТ29, АТ121, АТ100, АТ28 [3].

Время воздействия одной процедуры составляло 20 минут, курс лечения состоял из 10 сеансов. Первые 5 процедур проводили ежедневно, а после подключения ароматерапии - через день в чередовании. Применение природных и преформированных физических факторов у больных пожилого возраста, страдающих ДЭ, повышает терапевтическую и профилактическую эффективность комплексного восстановительного лечения такой категории больных [1].

Распределение обследованных больных по полу представлено в таблице 1. Как видно из таблицы особых различий по половым признакам в группах наблюдения не отмечалось. Так из числа обследованных больных основной группы женщин было 20 (48,8%), мужчин 21 (51,2%), в контрольной группе женщин было 9 (37,5%), мужчин 15 (62,5%).

Анализ клинико-неврологической симптоматики, изученной до проводимого лечения, также значимых различий в группах наблюдения не выявил (рисунок 1). С I стадией ДЭ (при сравнительно легких клинических проявлениях) в основной группе было 25 (61%) больных, в контрольной группе – 14 (58,3%), со II стадией (сопровождающейся выраженными изменениями) – 16 (39%) в основной группе и 10 (41,7%) в контрольной группе.

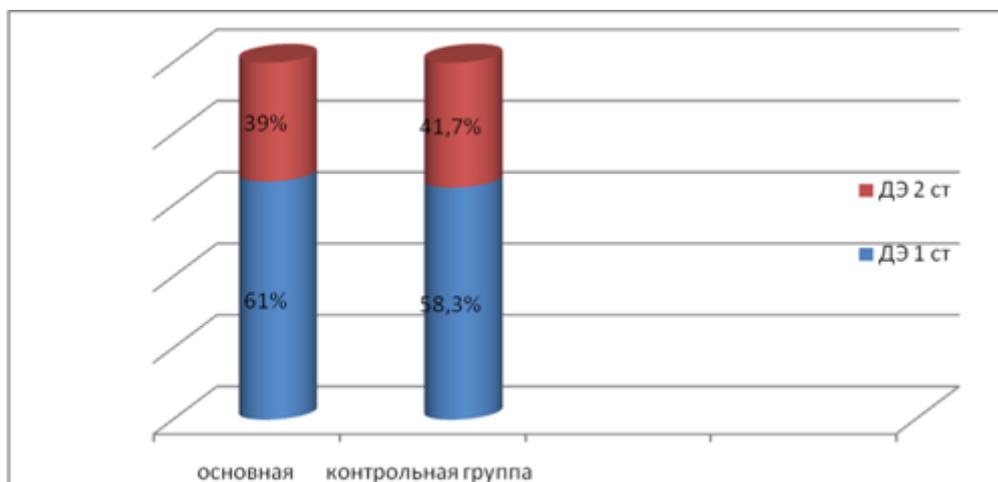


Рисунок 1. Степень выраженности неврологического дефекта в группах наблюдения до лечения

Таблица 1. Распределение обследованных больных по полу

| Пол | Основная группа (n=41) | Контрольная группа (n=24) |
|---------|------------------------|---------------------------|
| Мужчины | 21 (51,2%) | 9 (37,5%) |
| Женщины | 20 (48,8%) | 15 (62,5%) |

Таблица 2. Анализ клинической картины у больных с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии

| Клинический признак | Основная группа (n=41) | Контрольная группа (n=24) |
|---------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Головная боль, шум в ушах | 91,4% | 95% |
| Головокружение | 70% | 62,5% |
| Неустойчивость походки | 48,3% | 47,5% |
| Ухудшение памяти | 94,5% | 90% |
| Повышенная утомляемость | 80,4% | 87,5% |
| Нарушение сна | 63,3% | 52,5% |
| Сглаженность носогубной складки | 55,5% | 52,5% |
| Девиация языка | 30% | 27,5% |
| Симптомы орального автоматизма | 58,1% | 55% |

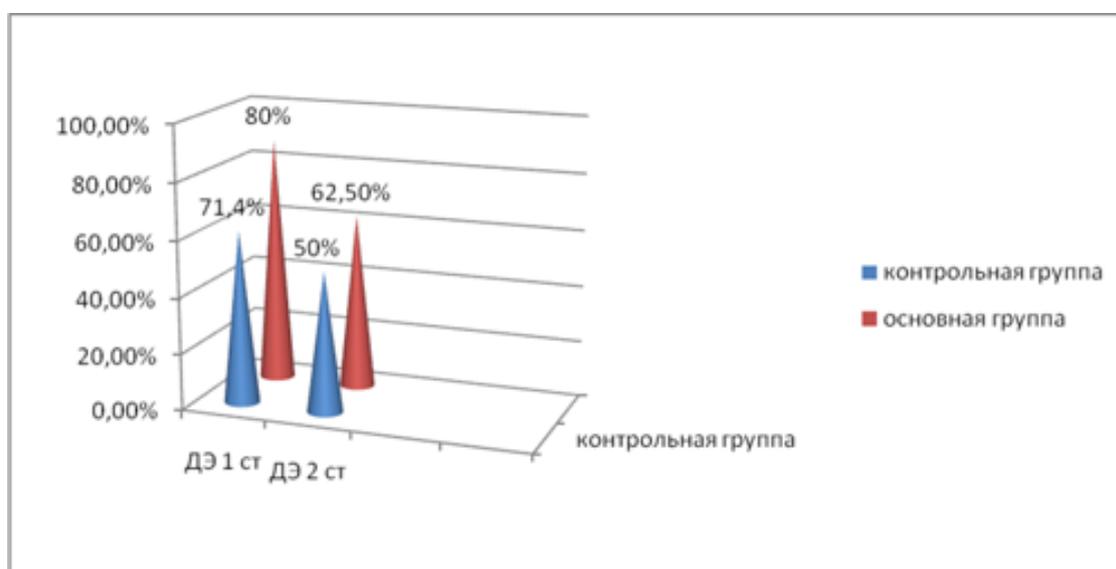


Рисунок 2. Динамика неврологической симптоматики на фоне проводимой терапии в группах наблюдения

Как в основной, так и в контрольной группах среди больных с I стадией ДЭ преобладали лица от 55 до 60 лет, со II стадией - больные более старшего возраста.

Как видно из таблицы 2 анализ клинической картины показал, что в основной группе у больных с I стадией ДЭ преобладали головные боли, шум в ушах (91,4% пациентов), головокружение (70%), неустойчивость походки (48,3%), ухудшение памяти (94,5%), повышенная умственная или физическая утомляемость (90,4%), нарушение сна (63,3%). Органическая микросимптоматика у этой группы больных была представлена легкой сглаженностью носогубной складки (55,5%), слабой девиацией языка (30%), симптомами орального автоматизма (58,1%). В контрольной группе больных до лечения клиничко-неврологическая симптоматика не отличалась от таковой основной группы. Так головные боли и шум в ушах отмечены у 38 (95%) больных, головокружение у 25 обследованных (62,5%), неустойчивость походки у 47,5% (19 больных), ухудшение памяти в 90% случаев (36 больных), повышенная умственная или физическая утомляемость 87,5% - 35 случаев, нарушение сна у 21 обследованного (52,5%). Органическая микросимптоматика в контрольной группе больных также статистически не отличалась от таковой основной группы: легкая сглаженностью носогубной складки (52,5%), слабая девиация языка (27,5%), симптомы орального автоматизма (55%).

У больных со II стадией ДЭ, как в основной так и в контрольной группах, отмечалось дальнейшее углубление симптомов диффузного поражения мозга в виде очаговых поражений: экстрапирамидных синдромов (18,75% и 20% соответственно) и перенесенных ишемических инсультов (18,75% и 17,5%). Частыми характерными психопатологическими симптомами были раздражительность, эмоциональная лабильность, плаксивость, которые в ряде случаев сопровождалась ипохондрическими, депрессивными или фобическими явлениями.

При оценке результатов проведенного курса восстановительного лечения в основной группе улучшение отмечено у 20 (80%) больных с I стадией ДЭ и у 10 (62,5%) со II стадией. Все больные переносили процедуры хорошо. К концу курса прежде всего уменьшились общемозговые симптомы, наблюдалось улучшение в вегетативно-сосудистой и психоэмоциональной сферах. У больных ДЭ I стадии отмечалось уменьшение головных болей, головокружения, улучшился сон, настроение, повышалась работоспособность, уменьшилась раздражительность, возрастала сила в конечностях, увереннее становилась походка, а у больных

ДЭ II стадии, наряду с вышеуказанной динамикой клинических симптомов, отмечалось уменьшение органической микросимптоматики. В контрольной группе положительная динамика была выявлена у 10 (71,4%) больных с ДЭ 1 стадии и у 5 (50%) больных с ДЭ 2 стадии (рисунок 2).

У всех больных ДЭ изучались также следующие психологические параметры: внимание, память, ассоциативное мышление. Для этого использовались тесты по поиску чисел в таблицах Шульте, отнимание от 100 все время одного и того же числа 7, заучивание 10 слов и тест "50 слов". У 83,3% больных ДЭ в основной группе и у 80% наблюдаемых контрольной группы был выявлен гипостенический вариант истощаемости внимания, менее благоприятный в прогностическом смысле, у остальных 16,7% больных основной и 20% контрольной группы – гиперстенический вариант. После курса лечения увеличилось число больных, имеющих гиперстенический вариант внимания до 52,08% в основной группе и 40% в контрольной группе.

Анализ лабораторных данных у больных основной группы показал более выраженное по сравнению с группой контроля положительное влияние прежде всего на клеточное звено гемостаза при исходно высоком потенциале тромбоцитов. У больных снижались число тромбоцитов, фибриногена, протромбинового индекса. На ЭКГ отмечались признаки улучшения коронарного кровообращения, улучшение метаболических процессов в миокарде.

Таким образом, анализ литературы, посвященный проблеме реабилитации больных пожилого возраста, страдающих дисциркуляторной энцефалопатией, позволил сделать заключение, что не уделено должного внимания физической реабилитации данной категории больных. Однако, в результате курса восстановительного лечения, включающего пунктурную лазеротерапию в сочетании с ароматерапией, у больных с ДЭ в основной группе была отмечена более выраженная положительная динамика, нежели у больных контрольной группы, получающих традиционное лечение: уменьшились общемозговые симптомы, наблюдалось улучшение в вегетативно-сосудистой и психоэмоциональных сферах. Это может свидетельствовать об улучшении функционального состояния и гемодинамики головного мозга, улучшении реологических свойств крови, вследствие проведенного курса восстановительной терапии.

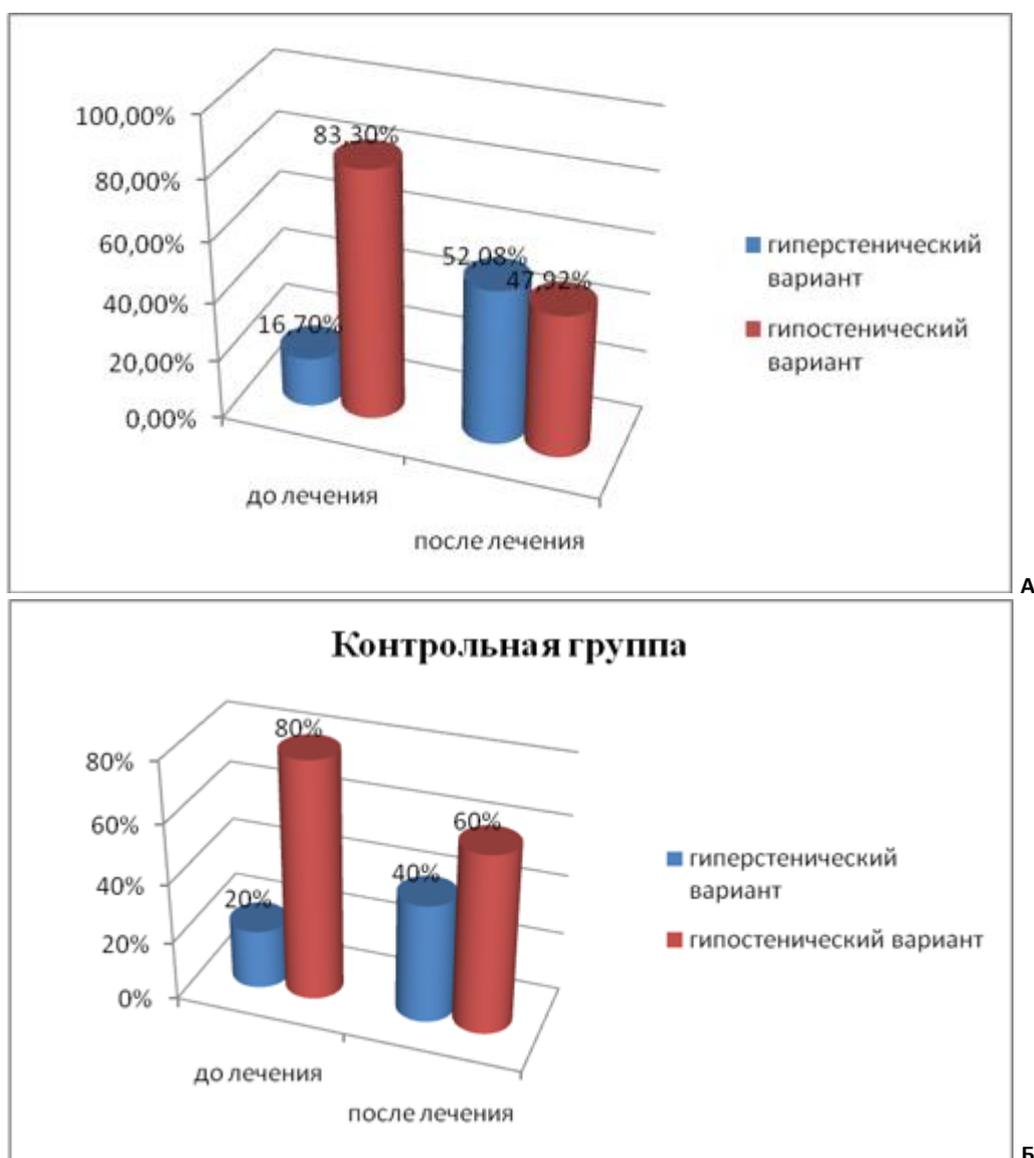


Рисунок 3. Динамика психологических параметров в группах наблюдения до и после лечения: а) основная группа; б) контрольная группа

Более того, ароматерапия способна повысить продуктивность памяти, изменить настроение, улучшить сон. Использование масел привлекает многими факторами - их натуральность, безболезненное применение, стойкий лечебный эффект, и, наконец, простота использования. Эфирные масла — это комплекс углеводов терпенового ряда и их кислородсодержащих производных. Терпены оказывают антиспастическое, общестимулирующее антисептическое, обезболивающее, седативное, гормональное и гипотензивное действия. Альдегиды оказывают жаропонижающие, противовирусное, седативное и сосудорасширяющее действие. Содержащийся в смеси спирт оказывает, противовоспалительный, иммуностимулирующий, антисептический эффекты. Кетоны имеют репаративный, обезболивающий, гормональный, липолитический эффекты.

Лактоны и кумарины оказывают муколитическое, антикоагулирующее, противоопухолевое воздействие. Эфиры отвечают за антиспастическую активность. Фенолы — за антидепрессивное и иммуностимулирующее, диуретическое влияние на весь организм. Поэтому масла и их сочетания при применении у больных с дисциркуляторной энцефалопатией способны обеспечить комплексное воздействие на организм.

Литература

1. Актуальные проблемы восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии: «Реабилитация и санаторно-курортное лечение неврологических больных в санаторных условиях». Международный конгресс «Здравница - 2004», Санкт-Петербург.
2. Амро Исмаил. Физиотерапия в комплексной реабилитации больных с цереброваскулярной патологией. Sportpedagogika.org.ua, 2008.
3. Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. – Изд-во.: Медицина, 2009; 432 с.
4. Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шапаронова Н.В. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (Дисциркуляторная энцефалопатия). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006; 224 с.
5. Манвелов Л.С., Кадыков А.С. Лечение больных дисциркуляторной энцефалопатией. Лечащий врач 2006.
6. Сборник научных трудов. I-й Российский конгресс «Реабилитационная помощь населению». «Реабилитация больных с дисциркуляторной энцефалопатией». Москва, 2003.