

развилось кровотечение, у 1 пациента из геморроидальных узлов, у 2 больного желудочно-кишечное кровотечение из язвы желудка. В обоих случаях требовалась остановка кровотечения в условиях стационара. Оба пациента относились в группу с сохраненной ФП и принимали постоянную антикоагулянтную терапию, в обоих случаях наблюдалась передозировка варфарина. Тромбэмболических осложнений и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы не наблюдалось. Размеры левого предсердия достоверно уменьшились у больных с синусовым ритмом и составили ( $3,5 \pm 0,7$  см) у пациентов с аритмией этого не происходило, в сравнении с дооперационными данными.

В течении всего исследования летальных исходов не было.

Таким образом отсутствие фибрилляции предсердий через 1 год после сочетанной операции протезирования митрального клапана и одномоментной радиочастотной абляции левого и правого предсердия у пожилых пациентов составило 75,0%, возврат фибрилляции предсердий 25,0%.

Протезирование митрального клапана с использованием биологического протеза в сочетании с хирургической абляцией у пожилых больных с приобретенным пороком митрального клапана и ФП несомненно является радикальным методом лечения порока. Так как в послеоперационном периоде через 6 месяцев у пациентов с синусовым ритмом потребности в антикоагулянтной терапии нет, что в свою очередь исключает риск передозировки варфарина и развития геморрагических осложнений. Однако следует отметить, что в 33,3% у пожилых больных сохраняется ФП. Вероятнее всего это связано с возрастными изменениями миокарда предсердий, его фиброзом или не достигнута трансмуральность радиочастотной деструкции миокарда предсердий.

**Заключение.** Сочетанная операция протезирования митрального клапана с использованием биологического протеза и одномоментная радиочастотная хирургическая абляция, является радикальным методом лечения больных пожилого возраста с приобретенным пороком митрального клапана и сопутствующей фибрилляции предсердий.

Наличие у больного биологического протеза и устойчивого синусового ритма позволяет через полгода после операции отказаться от антикоагулянтной терапии, что исключает риск развития геморрагических осложнений.

#### Литература

1. Бокерия, Л.А. Здоровье населения в РФ и хирургические болезни сердца и сосудов в 2010 г. / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2010. – 113 с.
2. Наш опыт хирургического лечения фибрилляции предсердий в сочетании с коррекцией порока митрального клапана. / Л.А. Бокерия [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. – № 6. – С. 12–18.
3. Бокерия, Л.А. Хирургическое лечение фибрилляции предсердий: опыт и перспективы развития / Л.А. Бокерия, А.Ш. Ревитовили, М.С. Ольшанский // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1998. – № 1. – С. 7–14.
4. Бокерия, Л.А. Современные подходы к нефармакологическому лечению фибрилляции предсердий / Л.А. Бокерия, А.Ш. Ревитовили // Вестник аритмологии. – 2006. – № 45. – С. 5–16.
5. Биопротезы в сердечно-сосудистой хирургии. Современное состояние проблемы / Л.А. Бокерия [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2002. – № 1. – С. 22–26.
6. Результаты хирургического лечения хронической фибрилляции предсердий у больных с пороками митрального клапана / Л.А. Бокерия [и др.] // Анналы аритмологии. – 2004. – № 1. – С. 64–70.
7. Cardiac rhythm and conduction disturbances in patients undergoing mitral valve surgery / G.K. Brodel [et al.] // Cleve Clin J Med. 1991; 58:397-399.
8. Connolly, S.J. Preventing stroke in patients with atrial fibrillation: current treatments and new concepts / S. J. Connolly Amer. Heart J. – 2003. – Vol. 145. – P. 418–423.
9. Cox, J.L. Current status of the maze procedure for the treatment of atrial fibrillation. Seminars in Thoracic and Cardiovasc Surg. 2000; 12:15–19.
10. Cox, J. L., Schuessler, R. B., Boineau, J. P. The surgical treatment of atrial fibrillation: summary of the current concepts of mechanisms of atrial flutter and atrial fibrillation // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1991. – Vol. 101. – P. 402–405.
11. Five-year experience with the maze procedure for atrial fi-

brillation / J.L. Cox [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 1994. – Vol. 56. – P. 814–824.

12. Izumoto, H. Medium-term results after the modified Cox/Maze procedure combined with other cardiac surgery / H. Izumoto, K. Kawazoe, K. Eishi, J. Kamata // Eur J Cardiothorac Surg. 2000; 17: 25–29.

13. Prevalence of atrial fibrillation in elderly subjects / C.D. Furberg [et al.] // Amer. J. Cardiol. 1994. – Vol. 74. – № 3. – P. 236–241.

14. Influence of the maze procedure on the treatment of rheumatic atrial fibrillation – evaluation of rhythm control and clinical outcome in a comparative study / M.B. Jatene [et al.] // Eur J Cardiothorac Surg. 2000; 17: 117–124.

15. Results of Maze surgery for lone paroxysmal atrial fibrillation / E.R. Jessurun [et al.] // Circulation. 2000; 101(13):1559–1567.

16. Spontaneous cardioversion and mitral valve repair: a role for surgical cardioversion (Cox-maze) / S.R. Large [et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 1997. – Vol. 11. – № 1. – P. 76–80.

17. Outcome of atrial fibrillation after mitral valve repairs / J.F. Obadia [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1997. – Vol. 114. – P. 179–185.

18. Atrial enlargement as a consequence of atrial fibrillation: a prospective echocardiographic study / A.J. Sanfilippo [et al.] // Circulation. – 1990. – Vol. 82. – P. 792–797.

19. Sie, H.T. New strategies in the surgical treatment of atrial fibrillation cardioversion / H.T. Sie, W.P. Beukema, A. Elvan, A. Misier // Research. – 2003. – 58. – 501–509.

#### NEW APPROACH TO SURGICAL TREATING ACQUIRED MITRAL VALVE DEFECTS WITH ASSOCIATED ATRIAL FIBRILLATION AT ELDERLY PATIENTS

A.N. LISHCHUK, A.N. KOLTUNOV, A.N. KORNIENKO,  
S.V. SHAKHMAEVA

3<sup>rd</sup> Central Military Clinical Hospital after A.A. Vishnevsky

The combined operation of mitral valve prosthetics with the applying biological prosthesis and simultaneous radio-frequency surgical ablation is a radical method of treating acquired mitral valve defects with associated atrial fibrillation at elderly patients. The presence of biological prosthesis and steady sinus rhythm makes it possible to cancel the anticoagulant therapy in half a year after operation, which excludes the risk of hemorrhagic complication development.

**Key words:** mitral valve, acquired defect, fibrillation, elderly patients.

УДК 159.9

#### РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ I-II СТАДИИ.

А.А. МИХАЙЛОВА, А.А. ПОСПЕЛОВА, Н.П. ФИРСОВА\*

Проведена оценка рефлексотерапевтических методов лечения больных с дисциркуляторной энцефалопатией I-II степени с выраженными психовегетативными нарушениями. Было выделено 3 группы, в которых больным был проведен курс: 1 гр. – корпорально-аурикулярной рефлексотерапии, 2 гр. – су-джок терапии, 3 гр. – скальпотерапии. Всем больным до и после лечения было проведено психологическое обследование (тест СМЛП, шкала самооценки Спилберга, опросник вегетативных нарушений Вейна А.М., корректурная проба Бурдона).

**Ключевые слова:** дисциркуляторная энцефалопатия, психовегетативные нарушения, рефлексотерапия, су-джок, скальпотерапия.

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) стабильно занимает одно из лидирующих мест в структуре заболеваемости пожилого населения. Среди лиц, страдающих сосудистыми заболеваниями головного мозга, высока смертность от инсульта (21,4%) и инвалидизация от его последствий, которая достигает не менее 75%, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидности. Высокий уровень инвалидизации населения в результате прогрессирования хронических форм сосудистой патологии головного мозга также указывает на необходимость проведения комплексной, этиопатогенетически направленной профилактики и коррекции прогрессирования и развития осложнений данной нозологии.

Развитие ДЭ отличается постепенным началом с ведущими

\* ФДПОП ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздравсоцразвития России, 119991, г. Москва, Трубецкая ул., д. 8, стр. 2

в клинической картине на первых стадиях психовегетативными расстройствами. По данным П.П. Калинского, пограничные нервно-психические расстройства встречаются у всех больных с сосудистыми нарушениями головного мозга, варьируются соответственно стадии развития заболевания [5]. Поскольку нарушение кровообращения носит не локальный, а системный характер, с изменением функции регуляторных надсегментарных вегетативных структур, играющих важную роль в осуществлении адапционных и компенсаторных реакций организма [1], недостаточной ауторегуляцией, в головном мозге постепенно формируются атрофия его вещества, разрежение белого вещества и появления многоочагового диффузного поражения. За счет этого у больных отмечается постепенное развитие разнообразных неврологических симптомов: когнитивный, вестибуло-атактический, экстрапирамидный, псевдобульбарный синдром. На третьей стадии когнитивные проявления достигают уровня деменции, формируется стойкий психоорганический синдром, пирамидные, тазовые нарушения. Переход на третью стадию зачастую знаменуется возникновением инсульта головного мозга. Наиболее часто данное заболевание развивается у больных с гипертонической болезнью и/или атеросклерозом магистральных артерий головы. В качестве предстadium ДЭ могут выступать: *первичные нарушения мозгового кровообращения* (ПНМК), клиническая картина которых схожа с начальными стадиями ДЭ и имеющая в основе как этиопатогенетический фактор чаще всего вегетососудистую дистонию с нарушением гемодинамики; *синдром позвоночной артерии* (СПА) или вертебро-базиллярная недостаточность, которая может за счет первоначального снижения кровоснабжения в задних отделах и в стволе головного мозга приводить при прогрессировании заболевания к нарушению процесса ауторегуляции тонуса мозговых сосудов, а далее опосредованно процесс может принимать из функционального органический характер с формированием хронической ишемии всего головного мозга. По литературным данным, в формировании хронической церебральной ишемии головного мозга участвуют изменения в шейном отделе позвоночника [6,9,7]. В симптомокомплекс СПА также входит формирование психовегетативных нарушений [6,7]. Многие авторы также отмечают, что существенную роль в декомпенсации относительно скрыто протекающего сосудистого поражения мозга могут играть эмоциональные факторы. Ганнушкина И.В. и соавт. отмечают, что эмоциональный стресс может оказывать влияние на локальный мозговой кровоток. Некоторые авторы указывают на гипердиагностику ДЭ, на наличие у большей части больных данной категории возрастных изменений и невроподобных расстройств, которые имитируют течение ДЭ [3,4], однако у большого количества пациентов, которым ошибочно установили диагноз ДЭ, можно выявить определенные вегетативные нарушения, которые при недостаточном проведении восстановительных мер могут приводить к развитию предстadium ДЭ, а затем и к самому заболеванию.

Диагностика ДЭ в настоящее время должна базироваться на объективной клинической симптоматике [8]. Исследование сосудов головного мозга с помощью РЭГ, УЗДГ МАГ, ДССГ, ТКДС выявляют нарушение кровотока по мозговым сосудам. Невровизуализация позволяет выявить характерные для ДЭ изменения, хотя на первой стадии развития заболевания изменений может быть не выявлено. Суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ проводится для исключения кардиальных причин уменьшения перфузии головного мозга. Помимо этого, для выявления этиологии заболевания исследуют уровень триглицеридов, холестерина крови, проводится суточное мониторирование *артериального давления* (АД).

Стандартная терапия ДЭ, помимо борьбы с факторами риска (курение, гиподинамия, нормализация АД, диета и др.), предусматривает прием ноотропных, сосудистых, метаболических, антиоксидантных средств. Исследуются возможности применения различных фитопрепаратов в лечении ДЭ (экстракт гинкго билоба, женьшеня и др.), гомеопатических средств (Cerebrum compr.), физиопроцедур (магнитотерапия, ванны и др.) [10,11,12]. В качестве рефлексотерапевтических методов возможно воздействовать на *акупунктурные точки* (АТ) лазером, вводить с помощью микроинъекции лекарственных средства в АТ или инъекционно лекарственных веществ подкожно в область АТ, проводить точечный массаж, электропунктуру, классическую акупунктуру и микропунктуру, скальпотерапию и др. *Рефлексотерапия* (РТ) способствует улучшению кровообращения головного

мозга за счет уменьшения повышенного тонуса артерий, улучшения венозного оттока от головы, нормализации вегетативной лабильности и артериального давления. Воздействие на точки широкого спектра действия оказывает общеобезболивающий, анксиолитический, антидепрессантный эффект, а воздействие на определенные точки помогает бороться с побочными эффектами от медикаментозных препаратов, корректировать симптомы сопутствующих заболеваний. Воздействие на сегментарные точки шейно-воротниковой области и головы способствуют коррекции проявлений дорсопатии шейного отдела, уменьшать мышечное напряжение, воздействовать на сформировавшиеся триггерные точки. Немецкий рефлексотерапевт Sauer H. отмечал хорошие результаты в лечении вертеброгенного головокружения после проведения оральной акупунктуры (введение игл и физиологического раствора в рефлексогенные зоны на слизистой оболочке задней полости рта) [8]. Американские ученые Mitchels T., Lehmann N. и др. отмечают, что, поскольку центральное головокружение обычно сопровождается раздражением цервикальных проприорецепторов и ассоциировано с болью в шейном отделе, то возможно применять курс акупунктуры, предназначенный для лечения болей в области шеи для уменьшения головокружения у больных без наличия болей в этой области. Таким образом возможно, что этиопатогенетическое лечение проявлений шейного остеохондроза должно оказывать благотворное влияние на когнитивные, психовегетативные параметры у больных с ДЭ даже при отсутствии выраженных цервикогенных болей при условии ведущей роли дорсопатии в формировании ДЭ.

Многие авторы предлагают различные акупунктурные схемы и методы РТ ДЭ: корпоральная РТ, аурикулотерапия, микроиглотерапия, в том числе с оставлением игл на несколько дней, скальпотерапия, введение лекарств в точки, апитерапия и др.. В традиционной схеме корпоральной РТ берутся точки в зависимости от имеющихся симптомов: обладающие гипотензивным действием, для улучшения мозгового кровотока, для нормализации сна, для уменьшения головокружения, для нормализации вегетативной функции. Китайский врач Liu Y.Z. отмечает, что использование точек на меридиане ТМ (16, 14, 20) для лечения цервикогенного головокружения эффективнее, чем укалывание сегментарных точек в области шеи [12,13]. Chen Q. и соавт. указывают на сходные результаты лечения сосудистой деменции с помощью аурикулярной микроиглотерапии и приема нимодипина [10]. Гусарова С.А. и соавт. исследовали эффективность точечного массажа у пациентов с ДЭ [14]. Мачерет И.Е. предлагал лечить данных пациентов при помощи лазерной пунктуры [15]. Манучариан Г.Г. и соавт. при помощи РТ в сочетании с углекислыми ваннами.

**Цель исследования** – выявить эффективность и провести сравнительный анализ применения корпорально-аурикулярной рефлексотерапии, скальпотерапии и су-джок-терапии в комплексной терапии больных с дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий с выраженными психовегетативными нарушениями.

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением было 145 больных (112 женщин (77,2%) в возрасте 58,6±8,4 г. и 33 мужчин (22,8%) в возрасте 58,5±8,7 л.), находящихся в состоянии декомпенсации, проходивших стационарное лечение в ПКБ № 12 г. Москвы и на кафедре «Нелекарственных методов лечения и клинической физиологии» ФДПОП ММА им. И.М. Сеченова с диагнозом: «Органическое эмоционально-лабильное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга» (МКБ-10 F 06.6). У всех больных был установлен диагноз Х.ЦВБ., дисциркуляторная энцефалопатия I и II стадии на фоне артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза.

У большинства больных доминировали жалобы на тревогу, депрессию, головную боль, головокружение, ухудшение памяти, сна, раздражительность, болевые синдромы в спине, шейном отделе, вегетативные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, колебания артериального давления, онемения стоп, кистей), нарушение функции желудочно-кишечного тракта (метеоризм, диспепсия, изжога). В неврологическом статусе выявлялась негрубая очаговая симптоматика (положительные рефлексы орального автоматизма, небольшая анизорефлексия, оживление или подавление сухожильных рефлексов, положительная проба Ромберга, миофасциальный синдром). В крови у 63,5% больных отмечалась гиперхолестеринемия, 92,1% больных страдали артериальной гипертензией. При проведении МРТ головного мозга были выявлены в 58,7% случаев признаки дисциркуляторной

энцефалопатии, в 44,6% случаев кистозные ишемические очаги, в 32,3% участки лейкоареоза, в 28,5% увеличение желудочков и расширение борозд.

При исследовании сосудов головного мозга с помощью УЗДГ МАГ были выявлены следующие изменения: умеренное снижение кровотока по артериям в 82,6% случаев, извитость сосудов в 24,4%, признаки гемодинамически незначимого стеноза артерий в 83,5%, гемодинамически значимого в 15,3%, признаки венозной энцефалопатии в 45,3% случаев, гипоплазия артерии в 5,3%.

При исследовании микроциркуляции в конъюнктиве глазного яблока были зафиксированы выраженные нарушения микроциркуляции в 47,3%, со спазмом артериол, со снижением числа функционирующих капилляров, замедленностью кровотока, реологическими нарушениями, снижение проницаемости сосудистой стенки, в 53,2% умеренное нарушение микроциркуляции, по дефицитарному типу, в виде умеренного спазма артериол, неравномерности диаметра венул, с зернистостью потока эритроцитов.

На реоэнцефалограммах у больных в 89,2% случаев отмечалось повышение тонуса артерий мелкого и среднего калибра, в 76,3% снижение пульсового кровенаполнения артерий, в 62,8% ухудшение венозного оттока, в 78,4% снижение эластичности сосудов, в 84,5% вертеброгенное воздействие на позвоночные артерии в разной степени выраженности.

При проведении ЭЭГ в 34,3% случаев были выявлены легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга (БЭАМ) с умеренной ирритацией подкорковых структур, в 46,2% умеренные общемозговые изменения БЭАМ с признаками ирритации, дисфункции коры и срединных образований, были выявлены фокусы патологической активности органического, сосудистого генеза в 12,2% случаев, выраженные дисфункции, ирритация подкорковых структур сосудистого генеза в 8,5% случаев.

Проведение ЭКГ показало наличие гипертрофии левого желудочка в 77,3% случаев, умеренные диффузные изменения миокарда в 65,6% случаев, АВ-блокады и блокады ножек пучка Гиса в 13,8% случаев.

140 больных (96,5%) страдали остеохондрозом шейного отдела позвоночника, что было подтверждено рентгенологически (были выявлены унко-вертебральные артрозы, выпрямление шейного лордоза, деформирующий спондилез, шейный сколиоз), из них у 66 (45,5%) больных были клинические проявления в виде цервикокраниалгий, цервикокраниалгий, цервикобрахиалгий, 23 (15,9%) человек страдали периоартрозом.

После проведения психологического обследования, включавшее тестирование с помощью стандартизованного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ), шкалу самооценки реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, шкалу М. Гамильтона для оценки тревоги, опросник для выявления вегетативных изменений А.М. Вейна, корректурную пробу Бурдона, было выделено два ведущих синдрома: тревожно-депрессивный (у 82 человек, 57,2%) и депрессивно-ипохондрический (у 63 человек, 43,4%), в соответствии с которыми было выделено две исследовательские группы больных: А – больные с тревожно-депрессивным синдромом; В – больные с депрессивно-ипохондрическим синдромом.

В соответствии с методом лечения больные были разделены на 6 подгрупп:

**А1** – больные с тревожно-депрессивным синдромом, прошедшие курс корпорально-аурикулярной и медикаментозной терапии (30 человек);

**А2** – больные с тревожно-депрессивным синдромом, прошедшие курс су-джок и медикаментозной терапии (24 человека);

**А3** – больные с тревожно-депрессивным синдромом, прошедшие курс скальпотерапии и медикаментозной терапии (15 человек);

**В1** – больные с депрессивно-ипохондрическим синдромом, прошедшие курс корпорально-аурикулярной и медикаментозной терапии (21 человек);

**В2** – больные с депрессивно-ипохондрическим синдромом, прошедшие курс су-джок и медикаментозной терапии (13 человек);

**В3** – больные с депрессивно-ипохондрическим синдромом, прошедшие курс скальпотерапии и медикаментозной терапии (13 человек);

Точки для корпорально-аурикулярной РТ подбирались с учетом этиопатогенетических механизмов (атеросклероз, гипертоническая болезнь или их сочетание), основного клинического синдрома, наличия сопутствующих соматических заболеваний и

психопатологической отягощенности с целью улучшения мозгового кровообращения и венозного оттока, оказывающие седативное, антидепрессивное действие, нормализующие вегетативную регуляцию. Процедуры РТ состояли из воздействия на сегментарные, спинальные и локальные точки головы, шеи, туловища, верхней и нижней конечности, расположенные по меридианам VB, V, Gi, Ig, MC, C, T, I. Курс РТ состоял из 8-10 процедур. Больные 2 группы получили курс су-джок, поскольку имели ограничения к проведению корпоральной РТ. Для введения игл выбирались болезненные при пальпации точки по зонам соответствия головы, позвоночного столба, сердца, перикарда, а также по линиям и точкам соответствия классическим меридианам на кистях и стопах. Больным 3-й группы проводилась скальпотерапия. Производилось воздействие длинной иглой в зоны: вестибулохлеарная, психоаффективная, зона равновесия и вазомоторная, способствующие значительному улучшению гемодинамических процессов головного мозга, всего 5-10 сеансов через 2-3 дня. Медикаментозное лечение больных включало ноотропную, сосудистую, антиагрегантную и седативную терапию.

**Результаты и их обсуждение.** У больных в группах А1 и В1 (корпорально-аурикулярная РТ) улучшение наступило в конце второй недели лечения в стационаре, в группах А2 и В2 (су-джок РТ) и А3 и В3 (скальпо-РТ) – в конце третьей недели. Все обследуемые больные уже на 4-5 день после применения РТ отмечали уменьшение головной боли, головокружения, улучшение сна и общего самочувствия, происходила нормализация вегетативной реактивности. Больные, которые жаловались на головокружение, шум в ушах, снижение слуха отмечали улучшение состояния после проведения скальпотерапии на 3-4 процедуре. Однако у 3 больных отмечались случаи подъема артериального давления после воздействия на зону равновесия, расположенную в затылочной области. Больные, которым проводилась су-джок терапия, ощущали в большей степени обезболивающий, общетонизирующий эффект, в меньшей степени вестибулолитический, чем больные, прошедшие курс корпорально-аурикулярной и скальпотерапии. По результатам тестирования с помощью СМИЛ были получены следующие результаты: в результате корпорально-аурикулярной РТ (КА РТ) у больных с тревожно-депрессивным синдромом отмечалось достоверное улучшение по шкалам F,2,7,9 (рис.1); у больных, прошедших курс су-джок РТ, отмечалось улучшение по шкалам F,1,2,8,9 (рис. 2); в результате скальпотерапии произошло снижение по шкалам F,2,8, увеличение на 9 (рис. 3); у больных с депрессивно-ипохондрическим синдромом в результате корпорально-аурикулярной терапии произошло снижение по шкалам F,1,2,7, повышение по 9 (рис. 4); после курса су-джок терапии улучшение произошло на F,1,2,9 шкалах (рис. 5); после курса скальпотерапии отмечалось улучшение на F,2,8,9 шкалах (рис. 6).

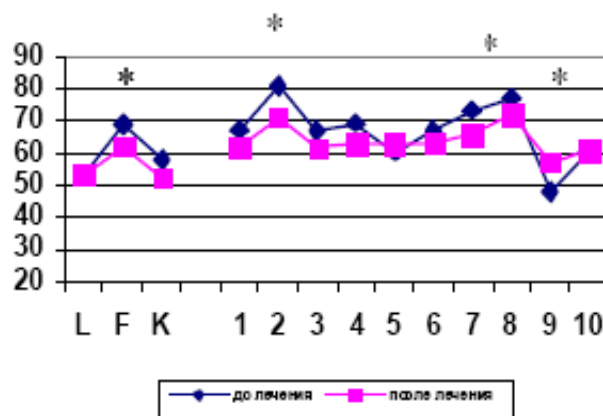


Рис.1 Динамика параметров шкал ММРІ у больных с ДЭ I-II ст. с тревожно-депрессивным синдромом под влиянием корпорально-аурикулярной РТ. \* –  $p < 0,05$

Таким образом, в группах, больные которых получали в комплексном лечении рефлексотерапию, происходит достоверно более выраженное снижение шкал невротической триады ММРІ, при этом под воздействием корпорально-аурикулярной терапии и скальпотерапии результаты более значимы, чем у больных, прошедших курс су-джок терапии.

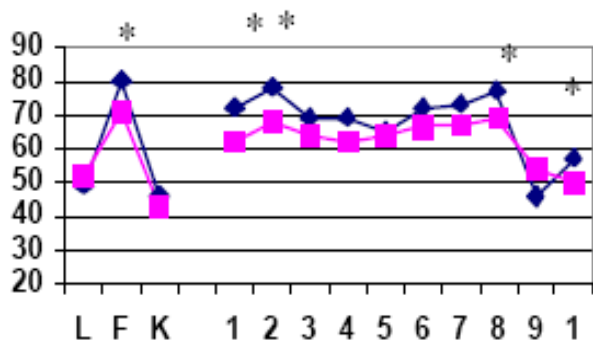


Рис. 2. Динамика параметров шкал MMPI у больных с ДЭ I-II ст. с тревожно-депрессивным синдромом под влиянием су-джок РТ. \* –  $p < 0,05$

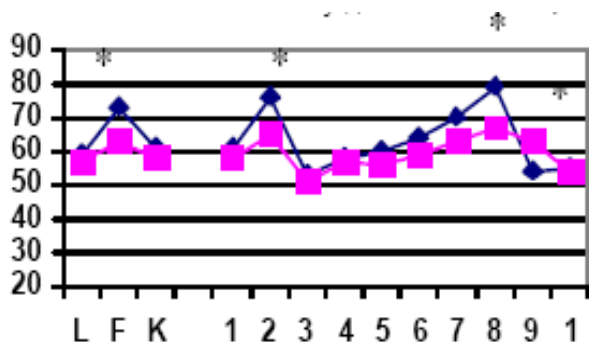


Рис. 3. Динамика параметров шкал MMPI у больных с ДЭ I-II ст. с тревожно-депрессивным синдромом под влиянием скальпотерапии. \* –  $p < 0,05$

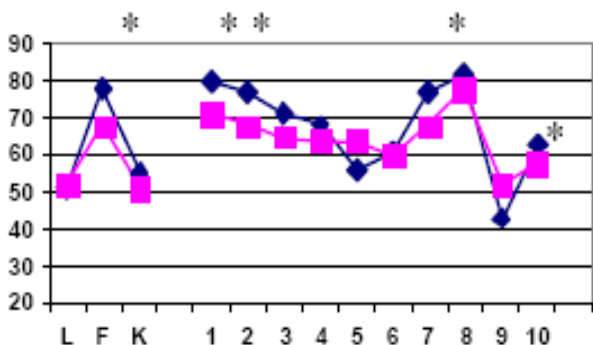


Рис. 4. Динамика параметров шкал MMPI у больных с ДЭ I-II ст. с депрессивно-ипохондрическим синдромом под влиянием корпорально-аурикулярной РТ. \* –  $p < 0,05$

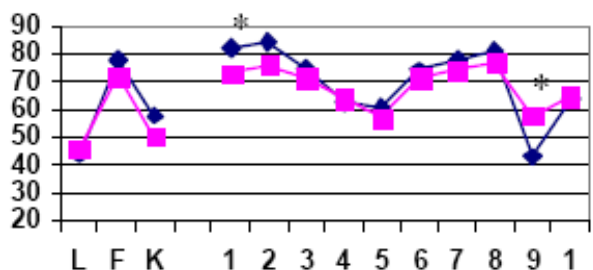


Рис. 5. Динамика параметров шкал MMPI у больных с ДЭ I-II ст. с депрессивно-ипохондрическим синдромом под влиянием су-джок РТ. \* –  $p < 0,05$

В результате тестирования вегетативных изменений с помощью опросника А.М. Вейна были получены следующие результаты: достоверное улучшение параметров вегетативной реактивности у больных А1 (корпорально-аурикулярная РТ) и А3 (скальпотерапия) групп, у больных А2 (су-джок РТ) группы ре-

зультаты были менее выражены (рис. 7).

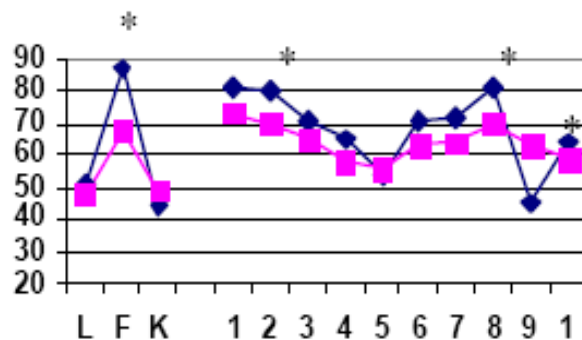


Рис. 6. Динамика параметров шкал MMPI у больных с ДЭ I-II ст. с депрессивно-ипохондрическим синдромом под влиянием скальпотерапии. \* –  $p < 0,05$

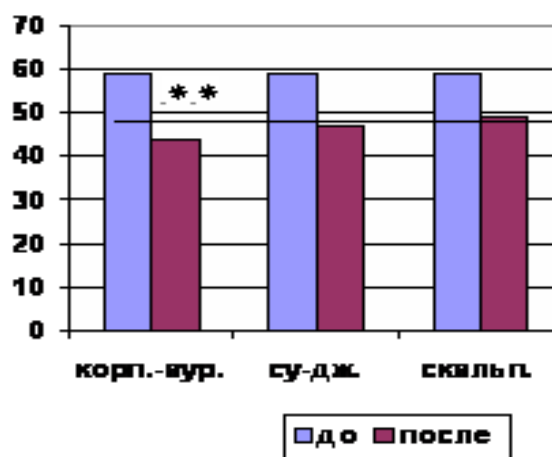


Рис. 7. Динамика вегетативных изменений у больных с ДЭ I-II ст. с тревожно-депрессивным синдромом под влиянием терапии. \* –  $p < 0,05$ .

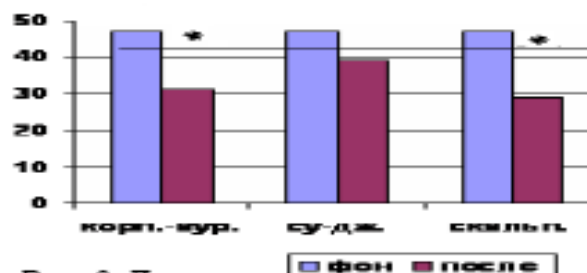


Рис. 8. Динамика вегетативных изменений у больных с ДЭ I-II ст. с депрессивно-ипохондрическим синдромом под влиянием терапии. \*\* –  $p < 0,1$ .

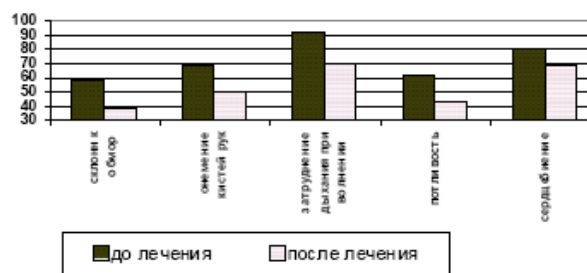


Рис. 9. Наиболее часто встречающиеся клинические проявления (синдромы, симптомы) вегетативных нарушений у больных с тревожно-депрессивным синдромом до и после лечения.

У больных с депрессивно-ипохондрическим синдромом фоновые показатели отличались от показателей больных с тревожно-депрессивным синдромом, они были значимо повышены. После проведения терапии отмечалось достоверное улучшение показателей в группе В1 (корпорально-аурикулярная РТ) (рис. 8).

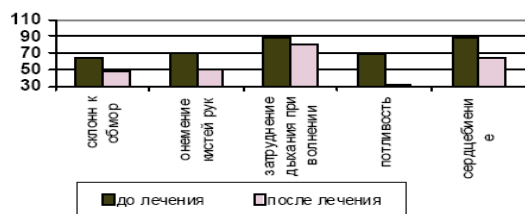


Рис. 10 Наиболее часто встречающиеся клинические проявления (синдромы, симптомы) вегетативных нарушений у больных с депрессивно-ипохондрическим синдромом до и после лечения.

Как видно из рис. 9, 10, под воздействием корпорально-аурикулярной РТ происходит достоверное снижение частности возникновения вегетативных нарушений. У больных с тревожно-депрессивным синдромом происходит более выраженное снижение склонности к обморокам и затруднение дыхания при волнении, а у больных с депрессивно-ипохондрическим синдромом более выраженное снижение постоянной потливости.

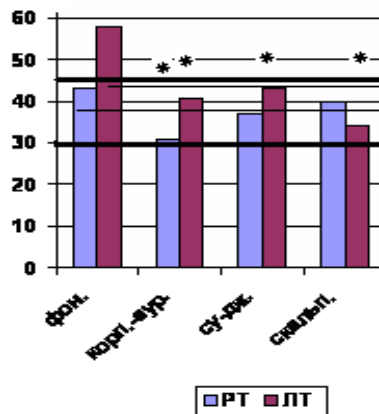


Рис. 11 Динамика реактивной и личностной тревожности у больных с ДЭ I-II ст. с тревожно-депрессивным синдромом под влиянием терапии. (РТ – реактивная тревожность, ЛТ – личностная тревожность). \* –  $p < 0,05$

При исследовании уровня реактивной и личностной тревожности (шкала самооценки Спилберга) было обнаружено у больных с ДЭ I-II ст. с тревожно-депрессивным синдромом до лечения высокий уровень личностной тревожности по сравнению со средним уровнем реактивной тревожности. После проведения курса корпорально-аурикулярной РТ отмечалось достоверное уменьшение обоих показателей, равнозначные показателям группы А2, больные которой получали су-джок. Более высокую эффективность для их снижения показало проведение скальпотерапии.

У больных с ДЭ I-II ст. с депрессивно-ипохондрическим синдромом отмечался средний уровень реактивной и личностной тревожности. После проведения корпорально-аурикулярной РТ отмечалось более выраженное снижение уровня реактивной тревожности, после проведения скальпотерапии произошло наиболее выраженное снижение уровня личностной тревожности ( $p < 0,05$ ) (рис. 11, 12).

Для оценки когнитивных нарушений применялась корректурная проба Бурдона, которая показала выраженное снижение концентрации внимания и работоспособности у наших больных до лечения. После лечения у больных, прошедших курс корпорально-аурикулярной терапии, су-джок и контрольной группы результаты были равнозначными, у больных, прошедших курс скальпотерапии результаты достоверно выше ( $p < 0,1$ ) (рис. 13, 14).

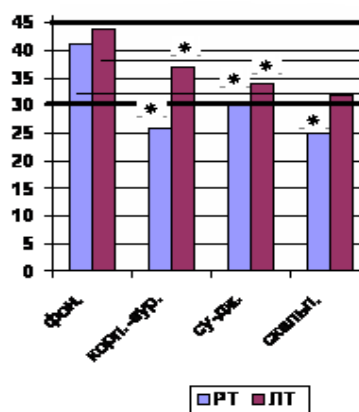


Рис. 12 Динамика реактивной и личностной тревожности у больных с ДЭ I-II ст. с депрессивно-ипохондрическим синдромом под влиянием терапии. (РТ – реактивная тревожность, ЛТ – личностная тревожность). \*  $p < 0,05$

Таким образом, достоверное улучшение концентрации внимания и работоспособности произошло во всех группах, однако под влиянием скальпотерапии оно было более значительным. Результаты корректурной пробы Бурдона в группах, больные которых прошли курс су-джок РТ, достоверно не отличаются от результатов контрольной группы.

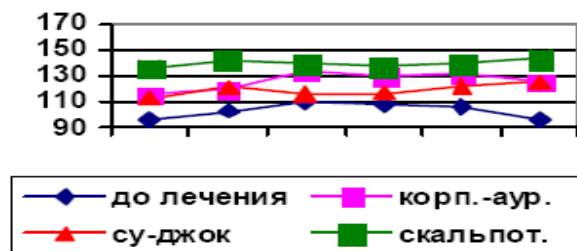


Рис. 13 Оценка концентрации внимания и работоспособности с помощью корректурной пробы Бурдона у больных с ДЭ I-II ст. с тревожно-депрессивным синдромом под влиянием терапии.

Положительный эффект от воздействия на акупунктурные точки подтверждает клиническое улучшение общего состояния больных, а также результаты клинко-психологического обследования. Результаты тестирования с помощью СМЛП показывают положительную динамику (снижение шкал невротической триады, улучшение показателей по 7,8,9 шкалам). При этом результаты лечения в группах неравнозначны.

Результаты после проведения корпорально-аурикулярной РТ и скальпотерапии достоверно лучше, чем в группах, прошедших су-джок. По результатам данных опросника вегетативных изменений Вейна А.М., у больных с депрессивно-ипохондрическим синдромом динамика снижения показателей была ниже, чем у больных с тревожно-депрессивным синдромом, при более высоком исходном уровне показателей. У больных с тревожно-депрессивным синдромом под влиянием терапии произошла более выраженная положительная динамика. Показатели шкалы самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина эффективность применения корпорально-аурикулярной РТ и скальпотерапии по сравнению с применением су-джок-терапии в лечении психовегетативных проявлений при ДЭ I-II ст. более значимы. В процессе проведения скальпотерапии происходит активация центральных нервных структур, что ведет к более выраженному улучшению гемодинамики, улучшению функциональной деятельности головного мозга, улучшению вегетативных параметров, но наблюдается недостаточное воздействие на сопутствующую соматическую патологию и развившиеся в результате применения медикаментозных средств побочные эффекты по сравнению с корпорально-аурикулярной РТ. При наличии у больных ограничений для проведения корпоральной РТ, возможно применять метод су-джок терапии, которая повышает эффективность комплексного лечения. Су-джок терапия более эффективна при болевых и вегетативных расстройствах,

однако недостаточно эффективна для коррекции когнитивных и тревожных расстройств головного мозга.

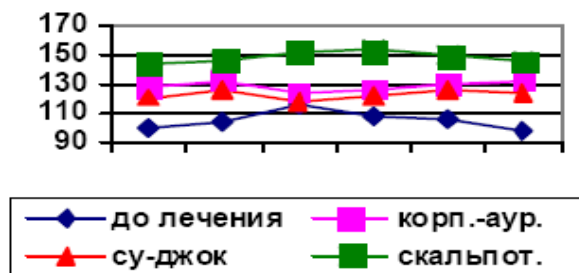


Рис. 14. Оценка концентрации внимания и работоспособности с помощью коррективной пробы Бурдона у больных с ДЭ I-II ст. депрессивно-ипохондрическим синдромом под влиянием терапии.

Таким образом, применение РТ в комплексном лечении показало свою эффективность, помощь в борьбе с побочными эффектами в результате применения лекарственной терапии, более широкий спектр воздействия на организм за счет возможностей РТ в выборе точек, оказывающих соматотропный и вегетотропный эффект. Для большей эффективности лечения больных с ДЭ I-II ст. возможно комбинировать данные рефлексотерапевтические методы лечения.

#### Выводы:

1) Применение в комплексной схеме лечения больных с ДЭ рефлексотерапии (корпорально-аурикулярной, скальпотерапии, су-джок терапии) повышает эффективность лечения, уменьшает сроки лечения, позволяет нивелировать побочные эффекты фармакотерапии, увеличивает сроки ремиссии.

2) Применение в комплексной схеме лечения корпорально-аурикулярной рефлексотерапии показало наибольшую эффективность для купирования психоvegetативных нарушений у больных с ДЭ I-II ст. по сравнению со скальпо- и су-джок РТ.

3) Скальпотерапия в комплексной схеме лечения обладает большим эффектом на когнитивную сферу, оказывает значительное вестибулолитическое воздействие, однако в меньшей степени оказывает вегетотропный эффект. Применение скальпотерапии недостаточно при наличии у пациента сопутствующих симптомов (боль в позвоночнике, в конечностях, диспептических проявлений и пр.), что говорит о целесообразности применения скальпотерапии в сочетании с корпорально-аурикулярной терапией.

4) Применение су-джок терапии с использованием точек по системе соответствия у больных с ДЭ оказывает в большей степени противоположное действие, чем влияние на когнитивную и психоvegetативную сферу.

#### Литература

1. Бальбердин, А.Ю. «Прогностические и биологические аспекты психоvegetативных нарушений при хронической ишемии головного мозга». Дис. канд. мед. наук / А.Ю. Бальбердин. – Саратов, 2007.
2. Кадыков, А.С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. (Дисциркуляторная энцефалопатия) / А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов, Н.В. Шахпаронова. – ГЭОТАР-Медиа. – 2006.
3. Левин, О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные подходы к диагностике и лечению / О.С. Левин // Медицинский вестник. – № 32 (417). – 2007.
4. Болезни нервной системы. Под редакцией Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. Руководство для врачей. Изд. 3-е, перераб. и доп., в 2 томах. – М.: Медицина, 2003.
5. Калинин, П.П. Пограничные нервно-психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга (особенности клиники, диагностики и лечения): Дисс...докт.мед.наук / П.П. Калинин. – Санкт-Петербург, 2009.
6. Ратнер, А.Ю. Шейный остеохондроз и церебральные проявления / А.Ю. Ратнер. – Казань: Изд-во казанского университета, 1970.
7. Шмидт, И.Р. «Варианты головной боли при вертеброгенном синдроме позвоночной артерии» / И.Р. Шмидт. – г. Новокузнецк, 2001
8. Захаров, В.В. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Русск. мед. журн. – 2004. – № 10. – С. 573–576.

пов, Н.Н. Яхно // Русск. мед. журн. – 2004. – № 10. – С. 573–576.

9. Исмаилов, М.Ф. Некоторые патогенетические механизмы спондилогенной сосудистой недостаточности в вертебробазиллярной системе / М.Ф. Исмаилов, В.П. Веселовский, Э.И. Богданов // Неврологический вестник. – 1996. – Т. XXVIII, вып. 1-2. – С. 26–31

10. Chuang, CM «Acupuncture stimulation at Baihui acupoint reduced cerebral infarct and increased dopamine levels in chronic cerebral hypoperfusion and ischemia-reperfusion injured sprague-dawley rats» / C.M. Chuang, C.L. Hsieh, T.C. Li, J.G. Lin. // American Journal of Chinese Medicine. 2007;35(5):779-91.

11. Fang, SH. «Study on brain response to acupuncture by functional magnetic resonance imaging—observation on 14 healthy subjects» / S.H. Fang, S.Z. Zhang, H. Liu // Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. 2006 Nov;26(11):965-8.

12. Liu, YZ «Treatment of cervical spondylosis of vertebroarterial type with acupuncture regulating the governor vessel». Zhongguo Zhen Jiu = Chinese Acupuncture & Moxibustion [Zhongguo Zhen Jiu] / Y.Z. Liu //2007 Apr; Vol. 27 (4), pp. 255-7.

13. Sauer, H. «Additive Behandlung des zentral-vestibulären Schwindels» / H. Sauer // HNO. 2004 Nov; Vol. 52 (11), pp. 1009-13.

14. Гусарова С.А. «Применение точечного массажа у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией» / С.А. Гусарова, О.Ф. Кузнецов, Ф.Е. Горбунов, С.Г. Масловская // Вопросы курпортологии, физиотерапии и ЛФК. 1997, №6: 11-3.

15. Macheret IeL, D'iachenko OLe, Korkushko OO. «The treatment of patients with chronic cerebral circulatory failure by using laser puncture and the microclimate of the biotron». Lik Sprava. 1996 Jul-Sep;(7-9):142-5.

#### REFLEXOTHERAPY IN COMPLEX TREATING PATIENTS WITH DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY OF I-II STAGES

A.A. MIKHAILOVA, A.A. POSPELOVA, N.P. FIRSOVA

<sup>1st</sup> Moscow Medical University after I.M. Sechenov,  
Chair of Non-Drug Methods of Treatment and Clinical Physiology

The assessment of reflexotherapeutic methods effectiveness in treating patients with circulatory encephalopathy of I-II stages and psycho-vegetative symptoms was performed. The patients under examination were divided into three groups. The 1st group consisted of patients, treated by means of corporal-auricular reflexotherapy; the 2nd – of patients treated with su-jok therapy; the 3rd – of patients, treated with scalpotherapy. Before and after treatment all patients undergo psychological testing (MMPI test, Spielberg's self-esteem scale, A.M. Vein's vegetative disorders inquirer, Burdon's corrective test).

**Key words:** discirculatory encephalopathy, psycho-vegetative disorders, reflexotherapy, su-jok, scalpotherapy.

УДК 61. 616

#### РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

В.М. ЕСЬКОВ, Е.Д. ВОЛКИВСКАЯ, И.Ю. ДОБРЫНИНА,  
Ю.В. ДОБРЫНИН, Е.А. ДРОЗДОВИЧ, Р.А. СУЛЕЙМЕНОВА\*

В настоящей статье, представлены данные полученные при обследовании пациентов, страдающих сахарным диабетом 2 типа, проживающих на территории г. Сургута и г. Санкт-Петербурга. Приведены региональные различия характеристик вариабельности сердечного ритма. Обработка данных производилась с применением классической статистической обработки и с применением новых подходов в теории хаоса и синергетики.

**Ключевые слова:** диабет 2 типа, вариабельность сердечного ритма, региональные особенности.

*Сахарный диабет 2 типа* (СД 2 типа) – единственное заболевание, объявленное Всемирной организацией здравоохранения неинфекционной пандемией. Его распространенность и выявляемость в мире растет с каждым годом. Заболевание, при котором уже на раннем этапе диагностики, у пациента, можно выявить осложнения диабетического характера [1].

Укрепление здоровья, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности – это конечный результат, цель, к которой, как к аттрактору, стремится система здравоохранения. При этом важно учитывать региональные особенности патогенеза развития

\* ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа – Югры», 628400, г. Сургут, пр. Ленина, 1