

автоокисления адреналина. Проведены общий анализ крови, мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам; содержание концентрации креатинина, мочевины, общего белка.

В исследование было включено 60 больных с ХП трудоспособного возраста (38 женщин и 22 мужчин) в возрасте от 21–55 лет (37,5±1,24 года), страдающих ХП, которые не получали регулярного лечения в течение последних 6 месяцев. В качестве контрольной группы обследовано 30 относительно здоровых добровольца (15 женщин и 15 мужчин, средний возраст 37,2±1,91 года). Все пациенты находились на амбулаторном лечении и были разделены на 2 подгруппы: 1 подгруппа – 30 больных с хроническим пиелонефритом, получавшие традиционную терапию, 2 подгруппа – 30 больных с ХП, получавшие комплексную терапию с антиоксидантом Витрум-Лайф. Назначенный курс лечения больные принимали месяц, через 6 и 12 месяцев больным была проведена первая и вторая противорецидивная терапия.

При обследовании больных с ХП в стадии обострения выявлена протеинурия, которая до лечения составляла 1,18±0,04 г/л и приводила к гипопротейнемии до 59,6±1,02 г/л; изменение биохимических показателей крови: повышение уровня креатинина с 85,2±3,6 мкмоль/л до 139,1±2,04 мкмоль/л, мочевины с 5,3±0,2 ммоль/л до 7,5±0,2 ммоль/л. У всех больных в стадии обострения заболевания мы выявили рост концентрации МДА с 17,9±0,3 до 30,7±0,5 нмоль/л и отмечалось угнетение АОС клеток организма: СОД с 2,5±0,2 до 0,46±0,001 ЕД/мл, каталазы с 230,8±1,08 до 177,8±0,07 мкат/мл.

В первой подгруппе больных через месяц после проведения традиционной терапии отмечалось снижение протеинурии с 1,118±0,04 г/л до 0,584±0,01 г/л (p<0.001), снижение уровня креатинина сыворотки крови с 139,1±2,04 до 118,7±0,2 мкмоль/л (p<0.001), снижение мочевины до 6,3±0,1 ммоль/л (p<0.001), повышение общего белка до 60,1±0,9 г/л (p<0.001). После проведения традиционной терапии показатели ПОЛ незначительно снижались, но не достигали нормальных показателей, показатели АОЗ клеток организма незначительно повышались и также не достигали нормы. Активность МДА незначительно понизилась до 29,2±0,3 нмоль/л (p<0.001), активность СОД незначительно увеличилась до 0,89±0,02 ЕД/мг (p<0.001), активность каталазы г до 184,6±1,4 мкат/мл (p<0.001). Во второй подгруппе больных с хроническим пиелонефритом через месяц после проведения комплексной терапии с применением антиоксиданта Витрум – лайф отмечалось значительное снижение протеинурии с 1,188±0,04 г/л до 0,376±0,04 г/л (p<0.001), повышение общего белка до 62,3±0,5 г/л (p<0.001). Улучшение биохимических показателей крови: уровня креатинина сыворотки крови до 100,4±0,3 мкмоль/л (p<0.001), снижение уровня мочевины сыворотки крови до 5,3±0,001 ммоль/л (p<0.001). При назначении комплексной терапии с антиоксидантом Витрум-Лайф шло значительное снижение процессов ПОЛ и повышение АОС организма: активность МДА снизилась с 30,7±0,5 до 24,7±0,3 нмоль/л (p<0.001), активность СОД повысилась с 0,46±0,01 до 1,73±0,02 ЕД/мг (p<0.001), активность каталазы с 117,8±0,07 до 205,1±0,1 мкат/мл (p<0.001).

После проведения первой противорецидивной терапии через 6 месяцев в 1-й подгруппе больных с ХП отмечается снижение протеинурии до 0,421±0,01 г/л (p<0.001), при назначении комплексной терапии показатели протеинурии понизились до 0,208±0,018 г/л (p<0.001). Через 12 месяцев больным 1-й и 2-й подгруппы проведена вторая противорецидивная терапия: у лиц 1-й подгруппы снизилась протеинурия до 0,220±0,47 г/л (p<0.001), у 2-й – до 0,003 г/л (p<0.001).

Улучшение биохимических показателей крови через 6 месяцев на фоне традиционной терапии, отмечалось снижение концентрации креатинина, мочевины сыворотки крови, повышение общего белка. У 2-й подгруппы на фоне комплексной терапии с применением антиоксиданта еще большее снижение уровня креатинина сыворотки крови до 64,2±0,08 г/л (p<0.001) снижение мочевины крови до 5,3±0,1 ммоль/л (p<0.001), повышение общего белка до 67,4±0,07 г/л (p<0.001). Анализ биохимических показателей через 12 месяцев показал, что на фоне традиционной терапии уровень креатинина, мочевины, общего белка приближались к контролю, на фоне комплексной терапии уровень креатинина, мочевины сыворотки крови, общего белка достигали контрольных величин.

В течение года у больных 1-й подгруппы отмечалось повышение продуктов ПОЛ и угнетение АОС организма на фоне

традиционного лечения. У больных 2-й подгруппы с ХП отмечается значительное снижение МДА после проведения первой противорецидивной терапии в 6 месяцев до 22,2±0,2 нмоль/л (p<0.001), активность СОД до 1,91±0,01 ЕД/мл (p<0.001), активность каталазы до 210,5±0,18 мкат/мл (p<0.001). После проведения второй противорецидивной терапии отмечалось снижение активности МДА до 19,9±0,1 нмоль/л (p<0.001), то есть цифры приближались к контрольным данным. Повышение активности СОД до 1,98±0,003 нмоль/мл (p<0.001), повышение активности каталазы до 212,8±0,002 нмоль/л (p<0.001).

Эффективность комплексной терапии подтверждается и корреляционным анализом. Между интенсивностью ПОЛ и степенью протеинурии у больных с ХП, который показал до лечения прямую корреляционную связь $r=0,629$, на фоне традиционной терапии прямая корреляционная связь выявляется к концу второго противорецидивного лечения, но при этом она не существенная ($r=0,241$). Однако на фоне комплексной терапии у больных с ХП выявляется прямая корреляционная связь между концентрацией МДА и степенью протеинурии в течении года. Сразу после лечения $r=0,515$, через 6 месяцев $r=0,545$, через год $r=0,91$.

На фоне традиционной терапии у больных с ХП отмечалось уменьшение протеинурии, снижение биохимических показателей крови, но традиционная терапия не проводила к быстрой ремиссии заболевания. У всех больных в стадии обострения заболевания отмечалась активация ПОЛ и угнетение АОС организма, показатели которых оставались без изменения на фоне традиционной терапии в течение 12 месяцев. Комплексная терапия оказалась более эффективной, наступала клиничко-лабораторная ремиссия уже после проведения первой противорецидивной терапии через 6 месяцев. Отмечалось снижение активности ПОЛ, и повышение антиоксидантных ферментов, цифры которых приближались к контрольным уже через 12 месяцев после проведения второй противорецидивной терапии.

Литература

1. Дудник Л.Б. и др. // Вопр. мед. химии. – 2000. – №6. – С. 1–12.
2. Дзугоева Ф.С., Гурина А.Е. // Тр. Всерос. конф. «Проблемы медицинской энзимологии», «Современные технологии лабораторной диагностики нового столетия» Международный симпозиум «Пиридоксальфосфатзависимые ферменты: структура, молекулярная патология и медицина». – М., 2002. – С. 78–79.
3. Дзугоева Ф.С. и др. // Нефрология и диализ сегодня. – Новосибирск, 2003. – Т. 5, №3. – С. 229.
4. Дзугоева Ф.С. и др. // Мат-лы III Рос. конгр. по патофизиологии с международным участием «Дизрегуляторная патология органов и систем». – М., 2004. – С. 122.
5. Реброва Т.Ю. и др. // Вопр. мед. химии. – 2001. – № 3. – С. 56–63.
6. Payton M. et al. // Epidemiology. – 2006. – Vol. 140. – P. 821.
7. Sanchez-Fructuoso A. et al. // Am J. Kidney Dis. – 2005. – Vol. 40 (1). – P. 51–58.

УДК 616.85:616.833.17

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПЕРИФЕРИЧЕСКИМИ НЕЙРОПАТИЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

С.С. БЯЗРОВА, А.С. ЦОГОВЕ, Л.З. БОЛИЕВА*

Нейропатия лицевого нерва (НЛН) по частоте возникновения занимает первое место среди поражений черепных нервов (25 случаев на 100000 человек) и остается одной из актуальных проблем. При лечении традиционными методами восстановление функции лицевого нерва наступает в 40–60% случаев, а у 25–30% больных остаются осложнения в виде вторичной контрактуры мимических мышц (ВКММ) с патологическими син- и дискинезиями, что проявляется в виде грубого дефекта мимики [2, 3, 12] и может оказывать негативное влияние на качество жизни. В восстановительном периоде на первый план выступают воздействия, направленные на стимуляцию регенераторных процессов, улучшение метаболизма, восстановление адекватного моторного стереотипа, при затяжном течении патологического процесса актуальна проблема предупреждения развития ВКММ и умень-

* Северо-Осетинская ГМА

шения остаточного прозопапара. При этом обычно комбинируются фармакотерапия и нелекарственные методы лечения [6, 7, 11].

Цель работы – изучение клинической эффективности комплексной терапии НЛН, включающей гомеосиниатрию препаратом Траумель С, в сравнении со стандартным методом лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 45 больных (мужчин – 15, женщин – 30). Работа проводилась на базе ВМУЗ городской поликлиники № 1 г. Владикавказ.

Дизайн исследования: сравнительное проспективное рандомизированное исследование. Критерии включения пациентов: основной диагноз – идиопатическая нейропатия (простудный паралич Белла), поздний восстановительный период (30 дней – 6 мес.) средней тяжести или тяжелый; возраст больных 18-65, информированное согласие пациентов на участие в исследовании, отрицательный тест на беременность (для женщин репродуктивного возраста). Критерии исключения: беременность, лактация, гиперчувствительность или индивидуальная непереносимость используемых лекарственных средств, необходимость проведения сопутствующей терапии, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, злокачественные новообразования.

Для диагностики НЛН использовали клинические, лабораторные (клинический анализ крови и мочи, биохимия крови (общий белок, глюкоза, билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, мочевины, креатинин, кальций, магний), инструментальные (электрокардиография, электронейромиография, УЗИ внутренних органов) методы обследования, анкетный метод диагностики состояния нервно-психической сферы и вегетативной нервной системы. Тяжесть проявлений прозопапара классифицировалась по системе, предложенной Ф.М. Фарбером (1984) [8, 9]. Электромиографию (ЭНМГ) проводили до и после лечения с определением латентности, амплитуды М-ответа и скорости проведения импульса по эфферентным волокнам ветвей лицевого нерва на аппарате НВП-4 в специально оборудованной лаборатории.

В зависимости от лечения больные были разделены на 2 группы по 22 и 23 человека соответственно. Пациентам 1-й группы проводилась стандартная терапия, направленная на улучшение проводимости по нерву и восстановление регионального кровообращения. Она включала: тиамина хлорид 5 % раствор для инъекций («Брынцалов-А», Россия), пиридоксина гидрохлорид 5 % раствор для инъекций («Брынцалов-А», Россия), никотиновую кислоту 1% раствор для инъекций («Новосибхимфарм», Россия), папаверина гидрохлорида 2% раствор для инъекций («Микроген НПО ФГУП (Аллерген, Россия), трентал® 400 (табл. п.о. Aventis Pharma, Индия), дибазол (таблетки по 0,02 г, «Биохимик, Россия); иглорефлексотерапию (ИРТ). Пациенты 2-й группы вместо ИРТ получали инъекции гомеопатического препарата Траумель С в область акупунктурных точек. Для изучения эффективности использовались методы оценки динамики клинических проявлений нейропатии с определением выраженности пареза по Ф.М. Фарберу (1984), миографических изменений – по Л.О. Бадалян, И.А. Скворцову [1], фазы заболевания – по В.С. Лобзину [4, 5].

Результаты исследования. Динамика двигательных нарушений зависела от тяжести НЛН и варианта терапии. У больных 2-й группы восстановление функций мимических мышц происходило в достоверно более ранние сроки; в этой группе положительный эффект (выздоровление, значительное улучшение и улучшение) был получен у 21 из 23 пациентов (91,3%). При проведении курса лечения пациентам 1-й группы подобные результаты были достигнуты в 18 случаях из 22 (81,8%) (p>0,05).

Наряду с регрессом неврологической симптоматики отмечена положительная динамика функциональных параметров нервно-мышечного аппарата, которые в обеих группах прямо коррелировали с данными ЭНМГ (табл.). До лечения латентный период «патологических» М-ответов был увеличен, разность между пораженной и здоровой стороной составляла 9,3±1,6 мс. После проведенного комплексного лечения в обеих группах больных отмечена положительная динамика электрофизиологических показателей, что проявлялось в нормализации формы самого мышечного ответа, увеличении амплитуды М-ответа и СПИ, уменьшении интервалов латентных периодов; при этом регресс неврологической симптоматики и динамика функциональных параметров нервно-мышечного аппарата отмечены в 1-й группе у 81,8%, а во 2-й – у 91,3% больных.

Таблица

Динамика показателей ЭНМГ у больных НЛН до и после лечения

Показатель	Контроль	Группа I		Группа II	
		До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Интервал латентного периода	нет	2,09±0,28	0,33±0,0*	2,14±0,27	0,27±0,01*
Скорость проведения импульса, м/с	45±2,2	24,2±2,2 [#]	41,1±1,1*	28,1±1,9 [#]	45,1±1,3*

[#] - различия с показателем контрольной группы достоверны: p < 0,05.
* различия с показателем до лечения достоверны: p < 0,05

Применение гомеосиниатрии обусловлено тем, что метод сочетает в себе два взаимно дополняющих аспекта лечебного воздействия – системный и местный фармакотерапевтический и пролонгированный рефлекторно-терапевтический. Выбор препарата Траумель С определяется данными экспериментальных морфологических исследований [13], которые свидетельствуют о том, что в восстановительном периоде НЛН имеет место избыточная пролиферация соединительной ткани в области невралного рубца, препятствующая полноценной регенерации аксонов и восстановлению адекватных нервно-мышечных связей. Траумель С, оказывая противовоспалительное, антиэкссудативное, иммуномодулирующее, регенерирующее, обезболивающее и венононизирующее действие, поддерживая и улучшая клеточное дыхание и окислительно-восстановительные реакции, способствует более полноценному течению репаративных процессов [10].

Выводы. Включение в схему лечения больных НЛН гомеосиниатрии с препаратом Траумель С дает более высокий терапевтический эффект по сравнению со стандартной терапией и позволяет сократить сроки реабилитации, ускоряя восстановление пораженного нерва и двигательной функции мимических мышц.

Литература

1. Бадалян Л.О., Скворцов И.А. Клиническая электромиография: Рук-во для врачей. – М., 1986.
2. Иваничев Г.А. Контрактура мимической мускулатуры. – Казань, 1992. – 108 с.
3. Карлов В.А. Неврология лица. – М.: Медицина, 1991.
4. Лобзин В.С., Цацкина Н.Д. // Ж. невропатол. и психиатр. – 1985. – Т. 85, № 4. – С. 528–531.
5. Лобзин В.С. и др. // Ж. невропатол. и психиатр. – 1989. – № 10. – С. 58–62.
6. Петров К.Б. Физическая и кинезиологическая терапия при поражении лицевого нерва: Пособие для врачей. – Новокузнецк, 2000. – 36 с.
7. Стрелис Л.П. и др. Физиотерапия травм периферических нервов. – Томск, 2001. – С. 39–49.
8. Фарбер Ф.М. Клиническая оценка течения паралича Белла. // Здоровоохранение Казахстана. – 1984. – №6. – С. 58–60.
9. Фарбер М.А., Фарбер Ф.М. Невропатии лицевого нерва. – Алма-Ата, 1991. – 166 с.
10. Фишер О., Фишер Л. // Биол. мед. – 2004. – №2. – С. 56
11. Шиман А.Г., Максимов А.В. Физические факторы в лечении ишемических невропатий и невритов лицевого нерва. – Л., 1991.
12. Юдельсон Я.Б., Иваничев Г.А. Вторичная контрактура мимических мышц. – Смоленск: СГМИ, 1994. – 138 с.
13. Юдельсон Я.Б., Грибова Н.П. Лицевые гиперкинезы и дистопии. – Смоленск.: СГМА, 1997. – 192 с.

УДК 6616.12-008.331.1;577.3+615.849.19

РОЛЬ ОТНОГЕНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ОБМЕНА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СТАНОВЛЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А.Р. АНТОНОВ, С.А. КИРЬЯНОВА*

Гипертоническая болезнь (ГБ) и тесно связанная с ней сердечно-сосудистая патология остаются во всем мире, в том числе и в России, основной причиной смертности взрослого населения. Именно артериальная гипертензия является одним из важнейших факторов риска развития инфаркта миокарда и инсульта, что связано с высокой ее распространенностью, нередко несвоевременной диагностикой и недостаточно эффективным лечением. По

* Новосибирский ГМУ