

Растительные масла (облепиховое, тыквенное, из семян расторопши и др.) в гинекологии применяют для лечения различных заболеваний в разных формах: свечи, капли, раствор, в виде ванночек и тампонов.

Литература

1. **Колгушкина Т.Н.**, Новацкая Л.В., Лисковская Ю.О. Использование преформированных физических факторов в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза и синдрома тазовой боли у женщин// Медицинская панорама, Минск, №6 (114), 2010
2. **Барнаулов О.Д.** Фитотерапия при женском бесплодии. СПб: Н-Л, 2011.-335 с.
3. **Корсун В.Ф.**, Косован Я.С., Корсун Е.В., Алефиров А.Н. Лекарственные пастения в гинекологии: руководство по клинической фитотерапии.- СПб.Н-Л., 2013. – 496 с.
4. **Противовоспалительные** эффекты комплексной физиотерапии с применением средств “Эндогем”// Клинические рекомендации, М., Российская академия медицинских наук, 2012. – 13 с

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

В.В.Войтов¹, Г.Д.Ситник¹, А.Н.Омельянюк²

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», ул. Ф. Скорины, 24, Минск, Беларусь, E-mail: sitnik103@mail.ru

²УЗ «10-я городская клиническая больница», ул. Уборевича, 73, Минск, Беларусь

Abstract. The most efficient method of dizziness and disequilibrium treatment and prophylaxis is rehabilitation and training of vestibular apparatus. It helps to decrease vestibular vegetative reactions, to increase functional stability of vestibular apparatus and to reduce frequency of vestibular disturbances manifestations.

Головокружение — один из наиболее часто встречающихся в медицинской практике симптомов. Описано около 80 заболеваний, при которых возможно появление головокружения. В амбулаторной практике головокружение является основным поводом обращения к врачам различных специальностей в 2–5% случаев [1,4,7]. При обследовании больного с жалобами на головокружение прежде всего нужно выяснить, что он называет головокружением. Это поможет врачу установить характер головокружения, то есть вестибулярное оно или невестибулярное. Вестибулярное головокружение, как правило, бывает системным. Такое головокружение описывается больным как ощущение движения собственного тела вокруг одной из осей трехмерного пространства, либо ощущение движения предметов вокруг одной из осей, либо то и другое одновременно. Невестибулярное головокружение характеризуется больными как чувство опьянения, надвигающейся потери сознания, легкости в голове, неустойчивости при ходьбе, тошноты, ощущения пелены, потемнения в глазах. Сохранение равновесия и понимание человеком своего положения в пространстве обеспечивается интеграцией работы трех систем: вестибулярной системы, системы проприорецепции от мышц и суставов, зрительной системы. Информация, поступающая от этих систем обрабатывается комплексом вестибулярных ядер ствола головного мозга. При асимметричной стимуляции вестибулярных ядер от вышеуказанных систем развивается вестибулярная дисфункция, основными симптомами которой являются ощущение головокружения и нарушение равновесия [3,7,9]. Вестибулярная дисфункция вызывает ощущение вращения или движения по прямой. ВД может привести к значительному ухудшению качества жизни больного, лишая его возможности вести привычный образ жизни и выполнять профессиональные обязанности, нередко делая его зависимым от посторонней помощи в обиходе. Более того, ВД может вызвать стойкую утрату трудоспособности либо стать причиной инвалидности. В связи с этим проблема лечения больных, страдающих

данной патологией, становится все более актуальной не только в медицинском, но и в социальном аспекте [3, 7, 10].

Наиболее эффективным методом лечения и профилактики головокружения и нарушения равновесия является вестибулярная реабилитация-тренировка (ВТ), которая способствует снижению вестибуловегетативных реакций, повышает функциональную устойчивость вестибулярного аппарата, уменьшает клинические проявления вестибулярных расстройств [2, 4,12].

Целью работы явилась оценка симптомов вестибулярной дисфункции под влиянием вестибулярной тренировки у неврологических больных. Поскольку в клинической практике наиболее часто встречаются периферический вестибулярный синдром и поражение стволово-мозжечкового комплекса, в основную группу вошли 75 больных с вестибулярным нейронитом и 50 больных рассеянным склерозом со стволово-мозжечковым синдромом. В контрольную группу включены 40 пациентов с этой же патологией. Оценивались объективные и субъективные проявления ВД. К субъективным относятся вестибулосенсорные реакции — головокружение и некоторые вестибуловегетативные ощущения. Большое значение имеет оценка объективных параметров ВД, однако многое определяется наличием собственных ощущений больного. Иногда при отсутствии объективной симптоматики в виде вестибулярного нистагма, при отсутствии атаксии субъективные ощущения больного мешают ему вернуться к полноценной жизнедеятельности.

Для оценки головокружения использовалась визуально-аналоговая шкала [5,7].

Выраженность вегетативных симптомов ВД оценивалась по модифицированной шкале Галле [11], согласно которой определялось наличие или отсутствие головокружения, тошноты, потливости, бледности кожных покровов, головных болей, сонливости, вялости. Оценка осуществлялась до проведения вестибулярной тренировки, во время занятий и при выписке из стационара.

В неврологическом осмотре наибольшее значение придавалось выявлению спонтанного нистагма (СНИ), а также наличию координаторных нарушений. При обнаружении СНИ его интенсивность оценивалась следующим образом: III ст.— 3 балла; II ст. — 2 балла; I ст. — 1 балл; отсутствие — 0 баллов.

При оценке атаксии также использовалась визуально-аналоговая шкала.

Выделены четыре стадии развития компенсации ВД у неврологических больных [8, 9]: декомпенсация, I стадия развития компенсации, II стадия развития компенсации и компенсация. Физиологические исследования позволили установить, что на каждой стадии действуют различные механизмы специфической и неспецифической компенсации.

В основной группе ВТ назначалась в зависимости от уровня поражения, стадии развития компенсации ВД, состояния вестибулярной функции (если гиперрефлексия — щадящий режим выполнения упражнений, если гипорефлексия — более интенсивный). Все упражнения разделены на пять групп: 1-я группа — упражнения с фиксацией взора; 2-я группа — упражнения, направленные на тренировку динамической координации; 3-я группа — упражнения, направленные на тренировку статической координации; 4-я группа — упражнения на основе биологической обратной связи; 5-я группа — общеукрепляющие упражнения. При разработке методики тренировки использовался опыт ее применения в авиационной и спортивной медицине [4, 6]. В контрольной группе проводилась лечебная физкультура по методике В.Н. Мошкова [7].

Динамика симптомов ВД у больных с поражением периферического нерва вестибулярной системы была следующей. Средние значения оценки головокружения в стадии декомпенсации в основной группе составили $91,3 \pm 2,0\%$, в контрольной — $93,13 \pm 1,69\%$ ($P > 0,1$). В ходе проведения терапии оценка головокружения менялась: у больных основной группы на I стадии развития компенсации — $51,3 \pm 2,9\%$, на II стадии — $19,07 \pm 1,3\%$, на стадии компенсации — $6,03 \pm 1,57\%$; в контрольной группе — соответственно

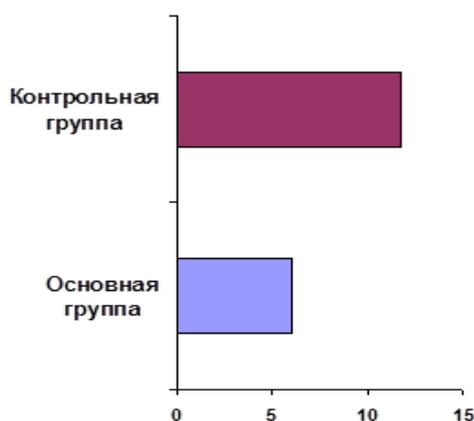
52,13±2,84%, 26,4±1,12% и 11,73±0,52%. На II стадии развития компенсации и на стадии компенсации различия были статистически достоверными ($P<0,01$). Таким образом, интенсивность головокружения в основной группе уменьшалась быстрее, чем в контрольной, что свидетельствует о положительном влиянии вестибулярной тренировки на динамику вестибулосенсорных реакций.

Вегетативный статус по модифицированной шкале Галле в основной группе в стадии декомпенсации составил 11,09±1,23 балла, в контрольной группе — 2,02±1,95 балла. При выписке из стационара у больных контрольной группы вегетативный статус составлял 4,65±0,88 балла, у больных основной группы — 2,05±0,18 балла, что достоверно ниже, чем в контроле ($P<0,01$).

Как известно, СНИ — важный диагностический признак ВД. Оценивались его интенсивность и длительность наблюдения. У больных основной группы средняя интенсивность СНИ составила 2,83±1,12 балла. При выписке из стационара СНИ исчез у 70 пациентов (94%). В контрольной группе при выписке из стационара СНИ отсутствовал у 15 больных (75%). Средняя длительность наблюдения СНИ у пациентов основной группы составила 7,98±0,29 дня, в группе сравнения — 11,3±0,41 дня ($p<0,05$).

По выработанной методике назначения ВТ большое значение придавалось определению так называемого провокационного нистагма, т.е. нистагма, который появляется при проведении провокационных тестов. Использовали пробу с «рассеянным» зрением, вестибулярный ортостатический тест, пробу де Клейна, гипервентиляционный тест и пробы с активными поворотами головой. Они осуществлялись тогда, когда СНИ не определялся или его наличие требовало дифференциации между спонтанным и фиксационным нистагмом. Средняя продолжительность выявления провокационного нистагма в основной группе составила 2,43±0,14 дня, затем он исчезал. У больных контрольной группы средняя продолжительность выявления провокационного нистагма составляла 3,71±0,13 дня, что достоверно ($p\leq 0,05$) больше, чем в основной группе. В стадии компенсации ни у одного больного вызвать провокационный нистагм не удалось. Таким образом, выявление провокационного нистагма имеет большое значение для разграничения II стадии развития компенсации и стадии компенсации.

В основной группе атакия составила в стадии декомпенсации 96,83±2,68%, в стадии полной компенсации — 3,12±1,07%. У пациентов контрольной группы результаты были следующие: декомпенсация — 97,1±2,32%, стадия компенсации — 9,48±1,54%. Самооценка атаксии при ходьбе во II стадии развития компенсации и стадии компенсации в контрольной группе была значительно ниже ($P\leq 0,01$). Анализ полученных результатов свидетельствует о положительном влиянии ВТ на динамику всех оцениваемых симптомов у больных с поражением периферического вестибулярного нерва. Оценка головокружения больных основной и контрольной группы в стадии компенсации представлена на рисунке 1.



Интенсивность головокружения в основной группе уменьшается быстрее, чем в контрольной, что свидетельствует о положительном влиянии на динамику вестибулосенсорных реакций метода ВТ.

Динамика симптомов ВД у больных рассеянным склерозом. Вестибулярная атаксия проявляется тенденцией к падению в одну и ту же сторону. У больных основной группы в I стадии развития компенсации самооценка головокружения составила $41,7 \pm 2,76\%$, в стадии компенсации — $31,4 \pm 1,89\%$.

В контрольной группе средняя оценка головокружения составила в I стадии $40,3 \pm 2,4\%$, в стадии компенсации — $33,7 \pm 1,09\%$. В стадии компенсации эта разница стала достоверной ($P < 0,05$), что свидетельствует о положительном влиянии ВТ на динамику вестибулосенсорных реакций. Оценив вегетативный статус в основной и контрольной группах при поступлении и в день выписки из стационара, мы выявили малодостоверную

разницу ($P \geq 0,05$). В основной группе в стадии декомпенсации атаксия при ходьбе составила $71,46 \pm 2,22\%$, в стадии полной компенсации — $56,05 \pm 2,87\%$. У пациентов

контрольной группы результаты были такими: стадия декомпенсации — $70,87 \pm 2,34\%$, стадия компенсации — $64,28 \pm 1,12\%$. Статистически достоверная разница ($P < 0,01$) выявлена только у пациентов основной группы. Оценка атаксии при ходьбе проводилась по ВАШ и выражалась в %. В основной группе в стадии декомпенсации этот



показатель составил - $71,46 \pm 2,22\%$ и в стадии полной компенсации – $56,05 \pm 2,87\%$. У пациентов контрольной группы результаты были такими: стадия декомпенсации – $70,87 \pm 2,34\%$, стадия компенсации – $64,28 \pm 1,12\%$. Динамика самооценки атаксии у больных основной и контрольной групп в стадиях декомпенсации и компенсации представлены на рисунке 2.

Таким образом, применение вестибулярной тренировки положительно повлияло на динамику всех симптомов вестибулярной дисфункции у больных с поражением периферического нейрона и на динамику атаксии и головокружения у больных с рассеянным склерозом. В проведенном исследовании установлено, что компенсация вестибулярной дисфункции посредством применения вестибулярной тренировки достигалась достоверно быстрее и имела выраженных и стойкий характер.

Литература

1. Амелин А.В. Головокружение в практике врача-терапевта //Русский медицинский журнал. — 2006. — Т. 14, № 2.
2. Афанасьева С.А., Горбачева Ф.Е., Натяжкина Г.М. Изолированное системное головокружение: патогенез и эффективность бетасерка //Неврологич. журн. 2003. № 4.

3. **Бабияк В.И.** Нейрооториноларингология / В.И. Бабияк, В.Р. Гофман, Я.А. Накатис.- СПб.: Гиппократ, 2002.-728 с.Храппо Н.С. Причинные факторы, патогенез, классификация клинических форм вестибулярной дисфункции; принципы лечения //Российская оторинолар. 2009. № 5. С. 119–129.
4. **Бертон М. Дж.** Головокружение: особенности диагностики и лечения /М.Дж. Бертон //Лечащий врач.-1999.-№4.-С. 58-60.
5. **Верещагин Н.В.** Недостаточность кровообращения в вертебрально-базилярной системе //Consilium medicum. 2001. Прилож. С. 11–15.
6. **Дзяк Л.А.,** Цуркаленко Е.С. Нейропластичность и вестибулярная дисфункция // Международный неврологический журнал. — 2006. — № 6(10). — С. 51-54.
7. **Лихачев С.А.,** Войтов В.В. //Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии: Сб. статей. – Мн., 2000.– Вып. 2. – С.81–88.
8. **Мищенко Т.С.** Диагностика и лечение головокружения // Здоровье Украины. — 2006. — № 21(154). — С. 36-38.
9. **Склют И.А.** Нистагм / И.А. Склют, С.Г. Цемахов.-Минск.: Выш. шк., 1990.-240 с.
10. **Dominguez M.O.** Treatment and rehabilitation in vestibular neuritis // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord.). — 2005. — 126. — 283-286.
11. **Fischer A.J.,** van Elferen L.W.M. Betahistine in the treatment of paroxysmal attacks of vertigo: a double blind trial // J.Drug. Ther. Res. 1985. Vol. 10. P. 933–937.
12. **Michel Lacour.** Восстановление функции вестибулярного аппарата// Неврологический журнал. — 2007. — № 6. — С. 17-19.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ГАЗОРАЗРЯДНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

В.Н.Миняйло, Т.Н.Богданович, А.И.Скачко

ЧУП «Аквamed», г.Минск

Abstract. The cases of gas discharging visualization during psychosomatic disturbs was shown.

Современная медицина способна справиться с большинством заболеваний, их проявлениями и последствиями. Однако не секрет, что большая часть заболеваний в нашем мире и, в первую очередь, их хронические формы, являются следствием стрессов, переутомлений, неправильного образа жизни и влияния неблагоприятной окружающей среды.

В МКБ-10 (международном классификаторе болезней) выделена целая группа соматоформных расстройств и дисфункций, в основе которых лежит психофактор, который запускает механизм развития заболевания.

Проблема диагностики и терапии таких расстройств заключается в следующем:

1. Интенсивность и многообразие симптомов вызывает у пациента раздражение.
2. Многоплановые, дорогостоящие обследования часто безрезультатны.
3. Безуспешность поиска органической патологии вызывает у врача неуверенность.
4. Отсутствие обратной связи – т.е. анализа действия или реакции пациента на воздействие.

К настоящему времени существуют различные методы фиксации психофизиологического состояния человека по электромагнитным процессам, проходящим в теле, и прежде всего – в кожном покрове. Метод газоразрядной визуализации (ГРВ) относится к новому поколению электрографических методов и при этом является единственным методом, регистрирующим энерго-эмиссионные процессы, связанные с биоэнергетикой человека и дающем интегральную картину о процессах в организме как физического, так и психического плана.