

## ЗНАЧЕННЯ ЛАЗЕРОПУНКТУРИ ТА АКУПУНКТУРИ В НОРМАЛІЗАЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Олешко Т. Б.

Науковий керівник – асистент, к. мед. н. Личко В. С.

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології

Відомо, що між системним артеріальним тиском (АТ) і мозковим кровотоком існує взаємозв'язок, тобто гіпертонічна дисциркуляторна енцефалопатія (ГДЕ) є наслідком артеріальної гіпертензії (АГ). Для визначення ймовірності виникнення її ускладнень вагоме значення має контроль нічних показників АТ і добового індексу. Для виключення впливів на дані АТ випадкових факторів краще використовувати не одиничні вимірювання, а добовий моніторинг АТ.

**Метою** роботи було вивчення динаміки АТ у хворих із ГДЕ I-II ст. під впливом комплексної терапії з застосуванням лазеропунктури й акупунктури.

**Матеріали та методи:** було обстежено 156 хворих на ГДЕ I-II ст., які розділили на 3 групи: 1-а – медикаментозне лікування за клінічними протоколами (30 осіб); 2-а – медикаментозне лікування за клінічними протоколами + сеанси лазеропунктури (64 особи); 3-я – медикаментозне лікування за клінічними протоколами + сеанси лазеропунктури та акупунктури (62 особи). Використовували наступні показники: рівень середньодобового систолічного АТ (САТ), діастолічного АТ (ДАТ), середнє значення САТ і ДАТ у денний і нічний періоди – САТ(д), ДАТ(д) і САТ(н), ДАТ(н) відповідно. Також визначали добовий індекс, тобто індекс нічного зниження АТ.

В результаті проведеного обстеження було виявлене наступне розподілення за добовим профілем АТ із урахуванням добового індексу, що розраховували за величиною нічного зниження САТ і ДАТ та оцінювали в процентному відношенні різниці між рівнем АТ вдень і вночі до його рівня вдень: night piker – 5,8 %; over-dipper – 6,4 % (добовий індекс > 20 %); dipper – 75,6 % (добовий індекс 10-20 %); non-dipper – 7,1 % (добовий індекс < 10 %); у 8 (5,1 %) обстеження не було завершено через непереносимість процедури.

За показниками середнього АТ до лікування спостерігалось достовірне ( $p < 0,05$ ) підвищення АТ як у денний період, так і в нічний. У більшості хворих зберігалась двофазність ритму АТ, що свідчило про правильність добового профілю. Однак вихідний рівень нічного зниження АТ у хворих із ГДЕ був недостатнім порівняно з «нормотензивними» особами та становив для САТ  $5,7 \pm 1,2$  %, а для ДАТ  $8,4 \pm 1,1$  %.

При оцінці гіпотензивного ефекту від проведеної терапії було отримано такі результати: САТ достовірно зменшувався в трьох групах, але найбільш виражена динаміка була у пацієнтів 3-ї групи ( $131,2 \pm 2,7$  мм рт. ст.); у 1-й і 2-й групах добовий рівень САТ становив  $139,4 \pm 3,3$  мм рт. ст. і  $139,3 \pm 2,4$  мм рт. ст. відповідно. Показники добового ДАТ достовірними були тільки в 2-й і 3-й групах ( $85,1 \pm 1,6$  мм рт. ст. і  $84,7 \pm 1,8$  мм рт. ст.; до лікування –  $93,6 \pm 3,1$  мм рт. ст.).

Дослідження продемонструвало, що найбільша динаміка ступеня нічного зниження АТ спостерігалась у пацієнтів із добовим профілем non-dipper і night piker. У них добовий індекс як для САТ, так і для ДАТ перевищив вихідний рівень в окремих випадках у 3 рази, що було більш типовим для 2-ї та 3-ї груп. У осіб із рівнем добового індексу в межах норми відбувалося деяке зниження цього показника.