

Литература

1. Ещенко Н.Д., Вольский Г.Г. Определение количества янтарной кислоты и активности СДГ // Методы биохим. исследований. – Л.: изд-во ЛГУ. – 1982. – С. 207-212.
2. Канунникова Н.П. Окислительный стресс и амилоидоз в болезни Альцгеймера // Веснік ГрДУ імя Я.Купалы. Сер.5. – 2017. – Т. 7, № 3. – С. 146-157.
3. Durfinova M. et al. Comparison of spectrophotometric and HPLC methods for determination of lipid peroxidation products in Rat Brain Tissues // Chem. Pap. – 2007. – Vol. 61, № 4. – P. 321-325.
4. Kanunnikova N.P., Bashun N.Z., Moiseenok A.G. Use of CoA biosynthesis modulators and selenoprotein model substances in correction of brain ischemic and reperfusion injuries // Lipid Peroxidation. Ch.23. – Intechopen. – 2012. – P. 492-513.
6. Verde V. et al. Use of N,N-dimethyl-p-phenylenediamine to evaluate the oxidative status of human plasma // Free Radical Research. – 2002. – Vol. 36, № 8. – P. 869-873.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ
НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ
В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Солкин А. А., Кузнецов В. И., Белявский Н. Н., Николаева А. Г.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет», г. Витебск, Беларусь
solkinsa@mail.ru

Нормобарическая гипокситерапия осуществляется с использованием гипоксических газовых смесей, подаваемых для дыхания из баллонов или гипоксикаторов – специальных приборов, способных точно дозировать содержание кислорода во вдыхаемой газовой смеси. В настоящее время широко используются газовая гипоксическая смесь с содержанием кислорода (10-12%) и разные временные промежутки (интервалы) ее воздействия. При использовании интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГ) имеется возможность строгой дозировки лечебного фактора и адекватного непосредственного контроля функционального состояния пациента. ИНГ хорошо зарекомендовала себя в лечении широкого спектра различной соматической и неврологической патологии [1, 2].

Цель. Оценить использование интервальной нормобарической гипокситерапии при нарушениях мозгового кровообращения и мигрени без ауры.

Материалы и методы. ИНГ была применена у 26 пациентов в возрасте от 51,5 до 60,5 лет с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде. Группу сравнения составили 32 пациента в возрасте от 49,0 до 56,5 лет с ишемическим инсультом в восстановительном периоде, получавших стандартную терапию.

Группа с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) включала 35 пациентов (средний возраст 54,4±1,8 года), у которых в комплексном лечении

на фоне медикаментозной патогенетической терапии была применена ИНГ спустя 6-10 дней от начала заболевания. Группу сравнения составили 25 пациентов с ТИА сопоставимого возраста (средний возраст $53,6 \pm 1,9$ года), получавших только медикаментозную терапию. Контролем служили 20 здоровых добровольцев (средний возраст $52,9 \pm 1,8$ года).

Оценка эффективности профилактического действия ИНГ при мигрени была осуществлена у 15 пациентов с мигренью без ауры в возрасте от 19 до 45 лет (11 женщин, 4 мужчин), которые получали курс ИНГ на фоне медикаментозной терапии. Группа сравнения составляла 15 сопоставимых по полу, возрасту и форме заболевания пациентов, принимавших сосудорегулирующие и нестероидные противовоспалительные средства.

Процедура ИНГ осуществлялась на мембранной газоразделительной установке волоконного типа фирмы «Био-Нова-204» (г. Москва). Курс лечения состоял из 12-15 сеансов, которые проводили ежедневно.

У пациентов с мигренью без ауры для количественной оценки выраженности субъективных нарушений применялись: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), тест Спилбергера-Ханина, тест Бека, шкала MIDAS.

Спектральный анализ ЭЭГ у пациентов с инсультом осуществлялся с помощью программы «Нейрон-Спектр.NET».

У пациентов с ТИА анализировали волну P300 зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) на электроэнцефалографе EEG 16S.

Статистический анализ выполняли с помощью программы Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. На благоприятное терапевтическое воздействие ИНГ в восстановительном периоде ишемического инсульта указывали данные спектрального анализа ЭЭГ: происходило усиление спектральной мощности альфа-колебаний ($p < 0,05$), бета-1-колебаний ($p < 0,05$) и уменьшение мощности дельта-колебаний ($p < 0,05$).

При применении ИНГ у пациентов с ТИА только в начале курса лечения во всех анализируемых отведениях наблюдалось достоверное увеличение средних значений латентности компонента P300 ЗВП по сравнению с контролем. Уже на второй неделе после начала терапии средние величины латентности статистически достоверно не отличались от контрольных значений. В то же время средние значения амплитуды компонента P300 ЗВП в середине курса лечения оставались достоверно меньше контрольных параметров. Достоверность различий средних величин амплитуды данного компонента по сравнению с контролем исчезала к концу лечения.

При использовании ИНГ происходило более значительное уменьшение частоты и тяжести мигренозных приступов (по шкалам MIDAS и ВАШ), чем при применении только медикаментозной профилактики, также наблюдалось достоверное снижение показателей личностной тревожности и уменьшение степени выраженности депрессивной симптоматики.

Выводы. Применение ИНГ в комплексном лечении способствует улучшению функционального состояния центральной нервной системы у пациентов с ишемическим инсультом в раннем восстановительном периоде и ТИА.

При использовании ИНГ у пациентов с мигренью без ауры существенно снижается также частота и тяжесть мигренозных приступов.

Литература

1. Кузнецов В.И., Белявский Н.Н. Механизмы терапевтического действия интервальной гипоксической тренировки у больных с транзиторными ишемическими атаками на фоне артериальной гипертензии и церебрального атеросклероза // Прерывистая нормобарическая гипокситерапия: доклады Международной академии проблем гипоксии: сб. науч. ст.; под ред. Р.Б. Стрелкова. – М.: «Бумажная галерея», 2005. – Т. IV. – С. 48-54.
2. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: механизмы и защитные эффекты адаптации. – М.: Нурохиа Medical, 1993. – 331с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРЕКИСИ ВОДОРОДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Станько Д. Э., Борис О. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
363den@mail.ru

Актуальность проблемы рецидивирующего бактериального вагиноза определяется ростом заболеваемости, тенденцией к рецидивированию и недостаточной эффективностью применяемых традиционных методов лечения, а также кофакторной связью БВ и цервикальных неоплазий [1]. По данным ряда исследователей, бактериальный вагиноз (БВ) после первого случая манифестации способен проявляться вновь спустя месяц у 30% женщин, а в течение полугода эти цифры могут достигать 70% [2, 3, 4]. При бактериальном вагинозе основным фактором резистентности к проводимому лечению и склонности к ранним рецидивам является формирование полимикробной биопленки, основную долю в которой составляет *G. vaginalis*, меньшую – *Atopobium vaginale* и даже некоторые виды лактобактерий. Перекись водорода уже в концентрации 1.7%, достоверно является эффективным средством не только в устранении биопленки, но также предотвращает ее реформацию без формирования устойчивости, характерной для других методов лечения, а эффект гипербарической оксигенации приводит к гибели патогенов. Избыточное количество перекиси водорода при наличии пероксидазы и нейтрофилов приводит к образованию хлорноватистой кислоты, являющейся важным фактором защиты [5]. Снижение рН влагалищной жидкости несовместимо с протеканием бактериального вагиноза, также способствует разрыву бактериальных биопленок, может служить маркером благополучия влагалищного биотопа [6, 7].

Цель исследования – оценка эффективности использования 3% перекиси водорода в комплексном лечении рецидивирующего бактериального вагиноза.