

Водночас у групі Б цей показник був на 10,3 % вищим ($P < 0,05$) і становив $8,8 \pm 0,5$. У групі А у більшості хворих — у 12 з 14 (85,7 %) — вдалося досягнути рекомендованого рівня гемоглобіну; у групі Б цей показник було досягнуто у 8 (50 %) з 16 хворих.

Отже, отримані дані засвідчили, що у хворих на цукровий діабет 1 і 2 типу двомісячне застосування помпової терапії з глюлізином забезпечує кращий контроль за рівнем глюкози, особливо в ранішній і вечірній проміжок, ніж звичайна інсулінотерапія комбінацією ізофан-інсулін + інсулін аспарт. Також помпова терапія вірогідно більше знижувала рівень гемоглобіну A_{1C} , ніж традиційна терапія. Це має особливе значення, оскільки рівень гемоглобіну A_{1C} є маркером розвитку пізніх ускладнень цукрового діабету.

Висока ефективність помпової інсулінотерапії пов'язана з більш фізіологічним коливанням рівня інсуліну, коли пік концентрації цього гормону спостерігається саме під час їжі, а в проміжках між прийомом їжі рівень інсуліну знаходиться на низькому рівні.

Отримані дані щодо ефективності помпової терапії з глюлізином обумовлюють необхідність подальшого дослідження ефективності цього методу лікування цукрового діабету.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Effect of intensive insulin therapy on beta-cell function and glycaemic control in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a multicentre randomised parallel-group trial* / J. Weng, Y. Li, W. Xu [et al.] // *Lancet*. — 2008, May 24. — Vol. 371 (9626). — P. 1753-1760.
2. *Vajo Z. Genetically engineered insulin analogs: diabetes in the new millennium* / Z. Vajo, W. C. Duckworth // *Pharmacol. Rev.* — 2000. — Vol. 52. — P. 1-9.
3. *Varanauskiene E. An update on multiple insulin injection therapy in type 1 and 2 diabetes* / E. Varanauskiene, I. Varanauskaite, J. Ceponis // *Medicina*. — 2006. — Vol. 42. — P. 770-779.
4. *Pharmacokinetics and safety of insulin glulisine in children and adolescents with type 1 diabetes* / T. Danne, R. H. Becker, T. Heise [et al.] // *Diabetes Care*. — 2005. — Vol. 28. — P. 2100-2105.
5. *Advantage of premeal-injected insulin Glulisine compared with regular human insulin in subjects with Type 1 diabetes* / K. Rave, O. Klein, A. D. Frick [et al.] // *Diabetes Care*. — 2006. — Vol. 29. — P. 1812-1817.
6. *The post-prandial state in Type 2 diabetes and endothelial dysfunction: effects of insulin aspart* / A. Ceriello, A. Cavarape, L. Martinelli [et al.] // *Diabet. Med.* — 2004. — Vol. 21. — P. 171-175.
7. *Shalitin S. The use of insulin pump therapy in the pediatric age group* / S. Shalitin, M. Phillip // *Horm. Res.* — 2008, May 20. — Vol. 70 (1). — P. 14-21.
8. *Superiority of insulin analogues versus human insulin in the treatment of diabetes mellitus* / P. Rossetti, F. Porcellati, C. G. Fanelli [et al.] // *Arch. Physiol. Biochem.* — 2008, Feb. — Vol. 114 (1). — P. 3-10.

УДК 616.831-001-008.454-085.846

М. М. Матяш, канд. мед. наук, доц.

ЗАСТОСУВАННЯ НАДВИСОКИХ ЧАСТОТ ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ТРАВМАТИЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,
Київ, Україна

УДК 616.831-001-008.454-085.846

М. Н. Матяш

ПРИМЕНЕНИЕ КРАЙНЕ ВЫСОКИХ ЧАСТОТ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, Киев, Украина

Крайне высокие частоты электромагнитного излучения (КВЧ-терапия) применяли для лечения невротической депрессии у больных травматической энцефалопатией в сочетании с психотерапией и фармакотерапией. Лечили 82 больных с невротической депрессией (61 женщина и 21 мужчина): 55 больных образовали основную группу и 27 — контрольную. В основной группе больных КВЧ-терапия проводилась в комплексе с психофармакологическим лечением и психотерапией, в контрольной КВЧ-терапия не проводилась. Выздоровление в основной группе отмечалось в 50,9 % случаев, значительное улучшение — у 41,5 %, улучшение — у 7,6 %. В контрольной группе выздоровление отмечено в 3,7 % наблюдений, значительное улучшение — у 48,1 %, улучшение — у 40,7 %, у 7,5 % изменений в состоянии не было.

Ключевые слова: КВЧ-терапия, невротическая депрессия, травматическая энцефалопатия.

USE OF EXTREMELY HIGH FREQUENCY ELECTROMAGNETIC THERAPY IN TREATMENT OF NEUROTIC DISORDERS IN PATIENTS WITH TRAUMATIC ENCEPHALOPATHY

The P. L. Shupik National Medical Academy of Post-Diploma Education, Kyiv, Ukraine

Extremely high frequencies of electromagnetic waves (EHF-therapy) were used for the treatment of neurotic depressions of 55 patients with traumatic encephalopathy together with other methods (psychopharmacological treatment and psychotherapy). The control group, which consisted of 27 analogous patients, was treated without EHF-therapy. In the former group the recovery was observed in 50.9% of cases, considerable improvement — in 41.5% and the improvement — in 7.6% of cases. Meanwhile; in the control group the treatment resulted in recovery — in 3.7%, in the considerable improvement — in 48.1%, improvement — in 40.7% of cases. No clinical changes occurred in the 7.5% cases.

Key words: EHF-therapy, neurotic depression, traumatic encephalopathy.

Вступ

Проблема депресій в останні десятиліття набуває все більшої актуальності, вона пов'язана з багатьма причинами: соціальним напруженням у суспільстві, екологічними проблемами, збільшенням частки розладів невротичного рівня в загальній структурі психічної захворюваності тощо [12; 14]. Усе це визначає важливість удосконалення методів терапії хворих із депресивними станами, тим паче, що наявні в розпорядженні фахівців засоби психофармако- і психотерапії не завжди дозволяють досягти бажаного ефекту. Часто в результаті лікування знижується лише гострота депресивних розладів і тривалий час зберігаються субдепресивні симптоми і вегетосудинні розлади.

При надвисокочастотній (НВЧ) терапії використовуються міліметрові хвилі нетеплової інтенсивності (довжина хвилі від 1 до 10 мм, частота 30–300 ГГц) [1; 6; 29; 31; 32]. У вітчизняній медичній практиці показана їхня висока ефективність при соматичних захворюваннях [3; 5–9; 15; 16; 18; 19]. НВЧ-терапія використовується і як монотерапія, і в комбінації з будь-яким видом лікування. Це неінвазивний метод. КВЧ-випромінювання не спричинює негативних побічних ефектів, у тому числі алергійних реакцій [25; 26; 28; 34]. Відповідно до існуючих теорій впливу електромагнітних хвиль НВЧ-діапазону на організм людини, НВЧ-випромінювання здатне регулювати відновні процеси та підвищувати неспецифічну резистентність організму [1; 2; 4; 20–23; 30; 33].

Найефективніший терапевтичний вплив НВЧ-випромінювання чинить на організм через точки акупунктури (ТА) [3; 11; 18; 24; 27; 35].

Мета роботи: пошук нових, ефективніших методів терапії невротичних депресій; дослідження ефективності лікування, що включає застосування психофармакологічних засобів, психотерапії та фізіотерапії. З методів фізіотерапії застосовували надвисокі частоти електромагнітного випромінювання (НВЧ-терапія).

Матеріали та методи дослідження

В основу роботи покладені результати дослідження хворих на травматичну енцефалопатію з депресивними розладами, які проходили ліку-

вання в неврологічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні.

В основну групу увійшли 55 хворих віком від 18 до 58 років (середній вік 32 роки) з невротичною депресією (табл. 1). Тривалість невротичної депресії — від 1 міс. до 7 років (у середньому 1 рік 2 міс.).

Давність перенесеної закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) коливалася від 6 міс. до 8 років (у середньому $(1,70 \pm 0,55)$ року), що відповідає періоду відновлення та стабілізації функцій нервової системи, формуванню наслідків травми — від 3–4 міс. до 2–3 років [10], а також віддалених (залишкових) наслідків ЧМТ — більше 2 років [17] (табл. 2).

Усі стани, що спостерігалися, характеризувались афективно-невротичним рівнем розладів. Крім депресивних явищ, на тому чи іншому етапі відзначались obsesивно-фобічні, сенестопатичні, деперсоналізаційні симптоми. Відповідно до традиційно прийнятої систематики [12; 13] у наших випадках можна було виділити такі типи депресивних станів: тривожна депресія з фобічними та сенестоіпохондричними розладами, астеноади-

Таблиця 1

Розподіл хворих із травматичною енцефалопатією з депресивними розладами за віком і статтю, абс. (%)

Вік, років	Чоловіки	Жінки	Усього
до 30	4 (19,1)	12 (19,5)	16 (18,4)
30–44	10 (47,6)	28 (45,1)	38 (46,3)
44–53	7 (33,3)	21 (35,4)	28 (35,3)
Усього	21 (100)	61 (100)	82 (100)

Таблиця 2

Розподіл хворих із травматичною енцефалопатією з депресивними розладами за давністю ЗЧМТ і тривалістю депресивних розладів, абс. (%)

Термін	ЗЧМТ	Депресія
6 міс.–1 рік	10 (12,0)	7 (8,5)
1–3 роки	35 (42,2)	38 (46,3)
3–7 років	30 (36,8)	34 (41,6)
Більше 7 років	7 (9,0)	3 (3,6)
Усього	82 (100)	82 (100)

намічна депресія, анестетична депресія, істеро-депресія, «класична» тужлива депресія.

Насамперед необхідно відзначити, що затяжні депресії, що спостерігалися, завжди мали складну психопатологічну структуру, в якій переживання смутку чи туги поєднувалося з тривогою, апатією, вітальною астеною, дратівливістю. Деякі з цих ознак афективних порушень могли виступати як переважні. Крім зниженого настрою, почуття пригніченості, смутку, були характерні зосередженість на психотравмуючій ситуації, внутрішнє напруження, занепокоєння. Тривога, як правило, спочатку зумовлена психотравмуючими моментами, була найчастіше невмотивована, супроводжувалася різного ступеня виразності пароксизмальними психоvegetативними проявами, ажитацією, тривогою. Нерідко відзначалася перевага афекту туги, що відчувається як болісне, майже «фізичне» страждання з визначеною локалізацією: у ділянці серця, за грудиною, в епігастральній ділянці. У деяких випадках провідне місце в клінічній картині належало астенодинамічному симптомокомплексу. Ступінь виразності астенії варіювала від нерізка вираженої ранкової «розбитості», що фіксувалася лише суб'єктивно та швидко минала, стомлюваності при звичайних фізичних і психоемоційних навантаженнях до постійного відчуття млявості, втоми, що не зменшується після відпочинку, зберігається протягом усього дня та позначається на продуктивності діяльності пацієнтів. Нерідко спостерігалися гіперестезія, майже постійне почуття внутрішнього напруження, фізичного та психічного дискомфорту, слізливості, емоційна лабільність.

Часто в настрої хворих чітко виявлялась апатія з втратою інтересу до того, що відбувається, відчуттям власної неспроможності, нездатності розв'язати виникаючі проблеми, небажанням що-небудь почати, щоб змінити ситуацію, що створилася. Виразним було прагнення до обмеження будь-якої діяльності чи тенденція до уникнення ситуацій, що вимагають активної емоційної участі. Майже завжди пацієнти говорили про нездатність одержувати повноцінне задоволення від раніше улюблених занять (ангедонія). Моторна загальмованість у цілому не була характерна для даних станів, але певна інтелектуальна інертність, труднощі в концентрації уваги могли сприяти помітному зниженню продуктивної діяльності хворих.

Наявність у анамнезі попередньої соматичної патології, супровідних соматоформних розладів, різних хворобливих відчуттів, що нерідко приймають характер сенестоалгій, а в деяких випадках гомо- і гетерономних сенестопатій, а також тривале безуспішне чи малоефективне лікування у лікарів-інтерністів поєднувалися з іпохондричною фіксацією на власному здоров'ї.

Діагностику депресії проводили за встановленими суворими клінічними критеріями. У МКХ-10 у 5-му підрозділі «Психічні розлади в загальній

медичній практиці» виділені десять діагностичних критеріїв (табл. 3). Основними з них є перші два: знижений або печальний настрій та втрата інтересів і відчуття задоволення. Інші симптоми додаткові. Для верифікації депресії в клінічній симптоматиці хворого провідне місце повинні займати два основні прояви депресії, які тривають не менше двох тижнів і поєднані не менше ніж з двома додатковими симптомами.

Достатньо близькими до критеріїв у МКХ-10 є критерії депресії, прийняті в DSM-4. Критерії включають 9 пунктів. Для встановлення діагнозу великого депресивного епізоду необхідна наявність не менше п'яти з перерахованих симптомів, причому два перших є обов'язковими. Ці симптоми повинні бути наявними одночасно і тривати не менше двох тижнів.

Критерії депресії (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4-th ed.) // DSM-IV, 1994):

- пригнічений настрій протягом більшої частини дня;
- виражена втрата інтересів або відчуття задоволення;
- значне зниження чи збільшення маси тіла або зниження чи збільшення апетиту;
- безсоння чи сонливість;
- психомоторне збудження чи загальмованість;
- втомлюваність або втрата сил;
- відчуття власної непотрібності чи необґрунтовані ідеї винуватості;
- зниження здатності до мислення, концентрації уваги до прийняття рішень;
- думки про смерть, суїцидальні наміри, спроби, що повторюються.

Кожний з вищеперерахованих симптомів враховується, якщо наявний щодня, крім останнього пункту.

Таблиця 3

Діагностичні ознаки депресивного епізоду (МКХ-10, розділ V. Психічні розлади в загальній медичній практиці. Версія для первинної медичної допомоги. ВООЗ, 1996)

Симптоми	Характеристика
Основні	1. Знижений або печальний настрій. 2. Втрата інтересів і відчуття задоволення.
Додаткові	1. Порушення сну. 2. Відчуття провини чи низька самооцінка. 3. Втомлюваність або зниження активності. 4. Труднощі при фокусуванні уваги. 5. Збудження чи загальмованість рухів або мови. 6. Розлади апетиту. 7. Суїцидальні думки чи дії. 8. Зниження статевого потягу.

Були виділені такі типологічні варіанти невротичної депресії: астенічний (19 хворих), тривожний (19) і змішаний (17).

У контрольній групі було 27 хворих віком від 18 до 52 років (середній вік — 34 роки) з невротичною депресією. Тривалість невротичної депресії — 1 рік 2 міс. Типологічні варіанти невротичної депресії у цій групі були: астенічний (9 випадків), тривожний (9), змішаний (9). У контрольній групі хворі одержували тільки психофармако- і психотерапію. За основними показниками (вік, тривалість невротичної депресії, а також її типологічні варіанти) основна і контрольна групи були зіставлювані.

До початку лікування разом із клініко-лабораторними та параклінічними обстеженнями хворі були консультовані терапевтом, невропатологом і гінекологом. Усім їм проводили також електро- та реоенцефалографічне дослідження.

У результаті обстежень протипоказань до НВЧ-терапії виявлено не було.

Методика НВЧ-терапії проводилася відповідно до таких правил:

1. Підбір ТА здійснювали з урахуванням типологічного варіанта невротичної депресії:

а) при астенічних депресіях використовували ТА *P7, P9, IG6, IG8, V13*;

б) при тривожних — *VG20, MC6, E36, RP6, C7, V15, G14, G11, VB20, VB21, VB38*;

в) при змішаних — *VB20, MC6, F3, R3, F2, V23, VC4, VC6, VG4, E36*.

2. Щоденний акупунктурний рецепт складали на основі правил традиційної східної медицини з урахуванням даних електропунктометричної діагностики.

3. Час і тривалість впливу надвисоких частот електромагнітного випромінювання визначалися необхідністю тонізації (3–5 хв) або садації (10–20 хв) ТА. На сеанс використовували 3–6 точок. Деякі точки використовували повторно через 1–2 сеанси.

4. Оцінку отриманого ефекту здійснювали на основі аналізу суб'єктивних і об'єктивних симптомів і верифікували за допомогою даних електропунктометричної діагностики.

Призначенню НВЧ-терапії в усіх хворих основної групи передувало лікування транквілізаторами (гідазепам, феназепам), антидепресантами (стимулотон, амітриптилін, меліпрамін), ноотропами (ноотропіл, серміон) і в деяких випадках нейрореплетиками (еглоніл, сонапакс, флюанксол). Перераховані препарати поєднувалися з психотерапією, що проводилася протягом 2–3 тиж.

Під впливом психофармакотерапії у хворих трохи поліпшувався стан — зменшувалася тривога, поліпшувалося засинання, згладжувалися істеричні й іпохондричні прояви, тимчасом як астенічні й апатичні явища, а також зниження настрою редукувалися незначно. Депресивні та субдепресивні прояви продовжували визначати клінічну картину захворювання.

Крім зниженого настрою, хворих продовжували турбувати деяка млявість, слабкість, апатія, що з'явилася, скутість, почуття несвободи. Висловлювалися побоювання, що стан знову погіршиться, перспективи на майбутнє оцінювалися як сумнівні, деякі (зі змішаною депресією) застрягли, що видужати неможливо. У цілому результати лікування можна було розцінити як недостатні, що і визначало необхідність призначення НВЧ-терапії.

Перед застосуванням НВЧ-терапії хворим роз'яснювали суть нового виду лікування та характер його дії на організм.

НВЧ-терапію проводили в денний час 2–3 рази на тиждень. Курс лікування складався з 3–15 сеансів (у середньому 7,3), тривалість кожного сеансу була від 30 до 60 хв. Яких-небудь неприємних відчуттів і побічних явищ при проведенні цієї терапії не відзначалося.

Ефективність лікування оцінювали з урахуванням усього комплексу лікувальних впливів, тобто фармако-, психо- та НВЧ-терапії, за 4-бальною шкалою на основі заповнених на кожного хворого карт. У цих картах був перелік симптомів і їхнє кількісне вираження від 0 до 4 балів. Аналогічний підхід в оцінці результатів фармако- та психотерапії був і в групі порівняння.

При невротичній астенічній депресії позитивний результат після введення в комплексне лікування НВЧ-терапії відзначався хворими вже після 1–2-го сеансу, а після 3-го поліпшення було досить вираженим. Серед перших симптомів, що піддавалися редукції, були депресивні й астенічні. Підвищення настрою після 3 сеансів було значним, нерідко зі зникненням навіть проявів депресії. До цього часу (7–10-й день лікування) зменшувалися, а іноді редукувалися цілком слабкість, млявість, стомлюваність, підвищувалася рухова активність, знижувався ступінь виснаження мислення, психічної стомлюваності, цілком відновлювався сон. Хворі рідше, ніж до лікування, висловлювалися про нездатність працювати і налагодити стосунки в родині, у них з'являлася надія на поліпшення стану, менше виявлялася схильність до надмірного самоаналізу. Крім того, хворі часто відзначали зникнення почуття «внутрішньої несвободи», «пригніченості», пасивності. Після 4–5 сеансів настрої стабілізувалися, реакція на психотравмуючу ситуацію ставала адекватною, цілком нормалізувалася рухова й ідеаторна активність, астенія не виявлялася навіть при психічному навантаженні. Поряд із цим відновлювалися правильні установки на майбутнє, з'являлася впевненість у можливості та готовність продовжувати роботу за спеціальністю чи господарювати, чи поліпшити або змінити стосунки в родині, з навколишніми. У наступні сеанси це поліпшення стану закріплювалося, разом із цим купірувалися і вегетативно-судинні розлади.

При невротичній тривожній і змішаній депресії в перший тиждень НВЧ-терапії (після 2–3 се-

ансів) також відзначалося зменшення виразності депресивного афекту, астеничних проявів, моторних та ідеаторних порушень. У той же час тривожний компонент синдрому, ідеї малоцінності з впевненістю в безперспективності існування і неефективності лікування, сенестопатичні, сенестоалгічні, істеричні й іпохондричні прояви починали редукуватися трохи пізніше і після 5 сеансів залишалися ще помітними. Це ж відзначалося і при змішаних станах, коли, наприклад, симптоми тужливості поєднувалися з апатією. У процесі подальшої терапії (6–10 сеансів) залишкові астеничні, апатичні прояви і почуття тужливості зникали, зменшувалася тривога до рівня особистісних (тривожно-недовірливих) особливостей, майже цілком редукувалися сенестопатичні, алгічні прояви, з'являлася впевненість у майбутньому, не висловлювалися побоювання за здоров'я. Істеричні порушення виступали тільки у формі невиражених поведінкових реакцій. До 10-го сеансу редукувалися, а в деяких випадках зникали вегетативно-судинні порушення.

Ступінь досягнутого поліпшення стану хворих був вищим при астеничному, ніж при тривожному та змішаному варіантах невротичної депресії, що було пов'язано не тільки з відносно ранньою редукцією менш широкого кола психопатологічних розладів, але і з меншою стійкістю їх супровідних вегетативно-судинних порушень, спектр яких при астеничній депресії був вужчим, а виразність — меншою, ніж при інших депресіях.

Узагальнення кількісних оцінок за окремими симптомами та варіантами станів дозволило встановити такі показники ефективності терапії в основній групі хворих: у 27 (50,9 %) випадках — одужання (повна компенсація), у 22 (41,5 %) — значне поліпшення, у 4 (7,6 %) — поліпшення. У контрольній групі відповідно були відзначені: у 1 (3,7 %) випадку — одужання, у 13 (48,2 %) — значне поліпшення, у 11 (40,7 %) — поліпшення, у 1 (3,7 %) — незначне поліпшення й у 1 (3,7 %) — змін не було. Ці дані свідчать про перевагу комбінації психофармако- і психотерапії з НВЧ-терапією над традиційним лікуванням за допомогою тільки психофармако- і психотерапії за показником кількості випадків одужання.

В основній групі найбільш високий результат — одужання (повна компенсація) — був отриманий у 12 (66,7 %) з 18 хворих з астеничним варіантом невротичної депресії, у 10 (55,5 %) з 18 із тривожним, у 5 (29,4 %) з 17 хворих зі змішаним варіантом. Співвідношення хворих зі значним поліпшенням — відповідно 27,7; 38,9 і 58,8 %. Статистична обробка за критерієм перевірки рівності біноміальних імовірностей у 2 чи більше експериментах показала, що розбіжності статистично вірогідні ($P < 0,05$).

Висновки

Таким чином, результати проведеного дослідження показують, що НВЧ-терапія діє антиде-

пресивно та помірно стимулювально. Застосування при невротичних депресіях НВЧ-терапії в поєднанні з психофармако- і психотерапією справляє виражений лікувальний ефект — одужання відзначене в 50,9 % випадків порівняно з 3,7 % у контрольній групі. Особливо висока ефективність нового методу терапії при невротичній астеничній депресії. Поряд із афективними й іншими психопатологічними проявами НВЧ-терапія досить швидко купірує і вегетативно-судинні порушення. Терапевтична динаміка невротичної депресії при використанні НВЧ-терапії характеризується етапністю, що зумовлюється кількістю сеансів: перший етап — 2–3 сеанси; другий — 4–5; третій — 6–10 сеансів. Остаточна ефективність терапії залежить не тільки від особливостей проведення НВЧ-терапії (акупунктурний рецепт), але і від кількості сеансів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев А. И. Реакция организма человека на электромагнитное излучение миллиметрового диапазона / А. И. Андреев, М. Н. Белый, С. П. Ситько // Вестник АН СССР. — 1985. — № 1. — С. 24-32.
2. Электропунктурная диагностика хирургических патологий и КВЧ-терапия в процессе реабилитации в послеоперационный период / А. С. Баранников, Ю. Н. Белый, В. Н. Грачев [и др.] // Миллиметровые волны в биологии и медицине. — 1999. — № 2 (14). — С. 37-44.
3. Белова А. Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова. — М.: Антидор, 1998. — Т. 1. — 222 с.; 1999. — Т. 2. — 648 с.
4. Бецкий О. В. Электромагнитные миллиметровые волны и живые организмы / О. В. Бецкий, Н. Д. Девятков // Радиотехника. — 1996. — № 9. — С. 4-11.
5. Бецкий О. В. Миллиметровые волны низкой интенсивности в медицине и биологии / О. В. Бецкий, Н. Д. Девятков, В. В. Кислов // Биомедицинская радиоэлектроника. — 1998. — № 4. — С. 13-29.
6. Геращенко С. И. Основы лечебного применения электромагнитных полей микроволнового диапазона / С. И. Геращенко. — К.: Радуга, 1997. — 223 с.
7. Девятков Н. Д. Влияние миллиметрового электромагнитного излучения на биологические объекты / Н. Д. Девятков // Успехи советской физики. — 1973. — ТЛЮ. — С. 452-454; 455-469.
8. Девятков Н. Д. Миллиметровые волны и их роль в процессах жизнедеятельности / Н. Д. Девятков, М. Б. Голант, О. В. Бецкий. — М.: Радио и связь, 1991. — 161 с.
9. Девятков Н. Д. Компьютерная электрофизическая диагностика и КВЧ-коррекция функционального состояния внутренних органов человека / Н. Д. Девятков, В. Я. Кислов // Радиотехника и электроника. — 1994. — № 12. — С. 2059-2064.
10. Доброхотова Т. А. Исходы черепно-мозговой травмы / Т. А. Доброхотова // Нейротравматология: справочник; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М.: Вазар-Ферро, 1994. — С. 84-86.
11. Илларионов В. Е. Техника и методики процедур лазерной терапии: справочник / В. Е. Илларионов. — М., 1994. — 178 с.
12. Карвасарский Б. Д. Неврозы / Б. Д. Карвасарский. — М., 1990. — 448 с.
13. Карлов В. А. Терапия нервных болезней: рук. для врачей / В. А. Карлов. — М.: Шаг, 1996. — 653 с.
14. Ковалев А. А. Механизм первичного влияния на кору головного мозга человека проявлений трансформации в его

организме внешнего низкоэнергетического КВЧ-излучения / А. А. Ковалев, С. В. Пресняков // Миллиметровые волны в биологии и медицине. — 1999. — № 2 (14). — С. 25-36.

15. Колбун Н. Д. Применение КВЧ-излучения низкой интенсивности в биологии и медицине / Н. Д. Колбун // Электромагнитные волны низкой интенсивности в биологии и медицине : тез. докл. VII Всесоюзного семинара. — М., 1989. — С. 42.

16. Колбун Н. Д. Информационно-волновая терапия в вопросах и ответах / Н. Д. Колбун. — К., 1996. — С. 42.

17. Лихтерман Л. Б. Периодизация течения черепно-мозговой травмы / Л. Б. Лихтерман // Нейротравматология : справочник ; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М. : Вазар-Ферро, 1994. — С. 140-141.

18. Матяш М. Н. КВЧ-пунктура: низкоинтенсивная стимуляция точек акупунктуры электромагнитным излучением миллиметрового диапазона / М. Н. Матяш, Н. В. Чухраев, Г. Е. Шимков. — К., 2001. — 152 с.

19. Попов В. Д. Применение электромагнитных волн миллиметрового диапазона в лечении тяжелого осложнения диабета — диабетической стопы / В. Д. Попов, С. Д. Воторопин // Миллиметровые волны в биологии и медицине. — 1995. — № 5. — С. 49-51.

20. Попов В. Д. Современные аспекты квантовой терапии в клинической медицине / В. Д. Попов. — К., 1996. — 133 с.

21. Сазонов А. Ю. Воздействие ЭМИ ММ-диапазона на биологические объекты различной сложности / А. Ю. Сазонов, Л. В. Рыжкова // Миллиметровые волны в медицине и биологии : X Всероссийский симп. с междунар. участием : сб. докл. — М. : ИРЭ РАН, 1995. — С. 112-144.

22. Ситько С. П. Про мікрохвильове когерентне поле організму та природу китайських меридіанів / С. П. Ситько, В. В. Гижко // Доповіді АН Української РСР. — 1989. — № 8. — С. 73-76.

23. Ситько С. П. Введение в квантовую медицину / С. П. Ситько, Л. Н. Мкртчян. — К. : Паттерн, 1994. — 145 с.

24. Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии / Д. М. Табеева. — М. : Медицина, 1980. — 560 с.

25. Тышкевич Т. Г. Использование миллиметровых волн в нейрохирургии под электрофизиологическим контролем / Т. Г. Тышкевич, В. П. Берснев, Т. С. Степанова // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. — 1998. — № 1. — С. 30-33.

26. Adey W. R. Frequency and power windowing in tissue interactions with weak electromagnetic fields / W. R. Adey // Proceedings of the IEEE. — 1980. — Vol. 63. — P. 119-125.

27. Advanced textbook on traditional Chinese medicine and pharmacology. — Beijing : New World Press, 1995. — Vol. 1. — 554 p. ; Vol. 2. — 495 p. ; Vol. 3. — 391 p. ; Vol. 4. — 305 p.

28. Bioresonance and multiresonance therapy (BRT) / ed. H. Brugemann. — Brussels : Editions Haug International, 1993. — 355 p.

29. Fischer G. Grundlagen der Quanten-Therapie / G. Fischer. — Triesenberg : Hecataeus Verlagsanstalt, 1996. — 335 p.

30. Gandhi O. P. Some basic properties of biological tissues for potential biomedical applications of millimeter waves / O. P. Gandhi // J. of Microwave Power. — 1983. — Vol. 18. — P. 295-304.

31. Jovanovic-Ignjatich Z. A review of current research in microwave resonance therapy: novel opportunities in medical treatment / Z. Jovanovic-Ignjatich, D. Rakovic // Acupunct. Electrother. Res., Int. J. — 1999. — Vol. 24, N 1. — P. 105-125.

32. Lawrence A. F. Non-linear wave mechanisms in interactions between excitable tissue and electromagnetic fields / A. F. Lawrence, W. R. Adey // Neurol. Res. — 1980. — Vol. 4. — P. 115-153.

33. Current state and implications of research on biological effects of millimeter waves: a review of the literature / A. G. Pakhomov, Y. Akyel, O. N. Pakhomova [et al.] // Bioelectromagnetics. — 1998. — Vol. 19. — P. 393-413.

34. Radio frequency radiation of millimeter wave length: potential occupational safety issues relating to surface heating / K. L. Ryan, J. A. D'Andrea, J. R. Jauchem, P. A. Mason // Health Physics. — 2000. — Vol. 78. — P. 170-181.

35. Voll R. Topographische Lage der Messpunkte der Elektroakupunktur / R. Voll. — Uelzen : ML-Verlag, 1977-1980. — Bd. 1. — 195 p. ; Bd. 2. — 157 p. ; Bd. 3. — 159 p. ; Bd. 4. — 157 p.

УДК 616-053.2:616.98:578.828ВІЛ

О. О. Старець, д-р мед. наук, доц.,
Н. В. Котова, д-р мед. наук, доц.

КОМПЛЕКСНИЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ЯК ПІДГРУНТЯ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ ТА ВЕДЕННЯ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616-053.2:616.98:578.828ВІЛ

Е. А. Старец, Н. В. Котова

КОМПЛЕКСНЫЙ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ И ВЕДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье представлена концепция мультидисциплинарного ведения ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей. Мультидисциплинарный подход включает преемственное ведение ВИЧ-инфицированных женщин мультидисциплинарной командой (врач, медсестра и социальный работник) центра профилактики и борьбы со СПИДом и медицинских специалистов женских консультаций, детских поликлиник и узких специалистов других лечебно-профилактических учреждений. Социальное сопровождение семей ВИЧ-инфицированных женщин является обязательным компонентом мультидисциплинарного ведения ВИЧ-инфицированных женщин и их детей.

Ключевые слова: мультидисциплинарный подход, ВИЧ-инфекция, дети.