

В. Й. Тещук, В. В. Тещук

**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ У ПОЄДНАННІ
З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса;
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ

Реферат. В. И. Тещук, В. В. Тещук **КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.** Проблема госпитального ведения пациентов, которые перенесли ишемический инсульт (ИИ) с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (ССП) относится к особенно актуальным. Проанализированы индивидуальные статистические карты и медицинские книжки пациентов, которые были госпитализированы в ангионеврологическое отделение (АНО) клиники нейрохирургии и неврологии Военно-медицинского клинического центра Южного региона с 2011г. до 2013г., более 70% пациентов страдали артериальной гипертензией (АГ), более 20% больных страдали фибрилляцией предсердий (ФП). В исследование были включены 125 пациентов (в группу А были включены 75 пациентов с ОНМК, которые принимали комплексное лечение с использованием ностасартана Н, неотона, МЛТ; 50 пациентов были отнесены к группе Б, которые принимали традиционную терапию). Предложенное комплексное лечение ишемических инсультов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией удовлетворительно переносится и улучшает качество жизни данной группы пациентов. Неотон совместно с магнито-лазерной терапией и ностасартаном Н при комплексном лечении острых нарушений мозгового кровообращения обладает высокой безопасностью, метаболическими способностями, приводит к предупреждению разнообразных нарушений функциональной деятельности миокарда, предупреждает развитие нарушений сердечного ритма и сердечной недостаточности. Ностасартан Н обладает высокой гипотензивной активностью и позволяет достичь целевого АД у 92% пациентов (что достоверно больше, чем в группе традиционной терапии). Включение ностасартана Н в комплексное лечение ишемических инсультов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией позволяет значительно уменьшить количество гипотензивных средств в терапевтической комбинации, что значительно снижает медикаментозную нагрузку на пациента и делает экономной терапию.

Ключевые слова: ишемический инсульт, ностасартан Н, неотон, магнито-лазерная терапия.

Реферат. В. Й. Тещук, В. В. Тещук **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ У ПОЄДНАННІ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.** Проблема госпітального ведення пацієнтів, котрі перенесли ішемічний інсульт (ІІ) у поєднанні з серцево-судинною патологією (ССП) відноситься до особливо актуальних. За даними аналізу індивідуальних статистичних карт та медичних книжок пацієнтів, котрі були госпіталізовані в ангионеврологічне відділення (АНВ) клініки нейрохірургії та неврології Військово- медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону (ПР) з 2011р. до 2013р., понад 70% пацієнтів страждали артеріальною гіпертензією (АГ), понад 20% хворих страждали фібриляцією передсердь (ФП). В дослідження включені 125 пацієнтів (до гурту

А були включені 75 пацієнтів з ГПМК, котрі приймали комплексне лікування із застосуванням ностасартану Н, неотону, МЛТ; 50 пацієнтів були віднесені до гурту Б, котрі приймали традиційну терапію). Запропоноване комплексне лікування ішемічних інсультів у поєднанні з серцево-судинною патологією задовільно переноситься та покращує якість життя даного гурту пацієнтів. Неотон в поєднанні з магніто-лазерною терапією та ностасартаном Н при комплексному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу володіє високою безпекою, метаболічними властивостями, призводить до профілактики різноманітних порушень функціональної діяльності міокарда, попереджає розвиток порушень серцевого ритму, та серцевої недостатності. Ностасартан Н володіє високою гіпотензивною активністю та дозволяє досягнути цільового АТ у 92% пацієнтів (що достовірно більше, чим в групі традиційної терапії). Включення ностасартану Н в комплексне лікування ішемічних інсультів у поєднанні з серцево-судинною патологією дозволяє значно зменшити кількість гіпотензивних засобів в терапевтичній комбінації, що знижує медикаментозне навантаження на пацієнта та робить економічною терапією.

Ключові слова: ішемічний інсульт, ностасартан Н, неотон, магніто-лазерна терапія.

Summary. V. I. Teschuk, V. V. Teschuk. **COMPREHENSIVE TREATMENT OF ISCHEMIC STROKE ASSOCIATED WITH CARDIOVASCULAR DISEASE.** The problem of hospital management of patients who have suffered an ischemic stroke (IS) with concomitant cardiovascular disease (MSP) refers to a particularly relevant. Analyzed individual statistical maps and medical records of patients who were hospitalized in angioneurologicheskoe Office (ANO) Clinic of Neurosurgery and Neurology Military Medical Clinical Centre South region since 2011 until 2013, more than 70% of patients with arterial hypertension (AH), more than 20% of patients with atrial fibrillation (AF). The study included 125 patients (group A included 75 patients with stroke who received comprehensive treatment using nostasartana H, neotona, MLT, 50 patients were assigned to group B, who received conventional therapy). Proposed a comprehensive treatment of ischemic stroke with concomitant cardiovascular disease satisfactorily tolerated and improves the quality of life of these patients. Neoton together with magneto-laser therapy and nostasartanum H in the complex treatment of stroke has high safety, metabolic abilities leads to the prevention of various disorders of myocardial functional activity, prevents the development of cardiac arrhythmias and heart failure. Nostasartan H has a high hypotensive activity and allows you to reach the target blood pressure in 92% of patients (which was significantly higher than in the conventional therapy group). Enabling nostasartana H in the complex treatment of ischemic stroke with concomitant cardiovascular disease significantly decreased in numbers the number of antihypertensive drugs in the therapeutic combinations, which significantly reduces the burden on the patient's medication and makes economical therapy.

Key words: ischemic stroke, nostasartan H, Neoton, magneto-laser therapy.

Часто серцево-судинні захворювання (ССЗ) призводять до гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом (ІТ) [1]. Проблема госпітального ведення пацієнтів, котрі перенесли ішемічний інсульт (ІІ) у поєднанні з серцево-судинною патологією (ССП) відноситься до особливо актуальних. За даними аналізу індивідуальних статистичних карт та медичних книжок пацієнтів, котрі були госпіталізовані в ангіоневрологічне відділення (АНВ) клініки нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону (ПР) з 2011р. до 2013р., понад 70% пацієнтів страждали артеріальною гіпертензією (АГ), понад 20% хворих страждали фібриляцією передсердь (ФП). Основними завданнями стаціонарного лікування ГПМК у поєднанні з СПП були обстеження пацієнтів з істинною, рефрактерною до лікування АГ, уточнення наявності та характеру ураження органів - мішеней та чинників ризику, підбір ефективної комплексної терапії. Лікування даного контингенту пацієнтів під час перебування пацієнтів у стаціонарі було спрямовано на вирішення короткострокових завдань – максимальний регрес неврологічного дефіциту, стабілізацію серцево – судинної діяльності (ССД), зниження та стабілізацію систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ) за збереження та покращення якості життя. В зв'язку з цим на перший план виходять гемодинамічно активні засоби з достатньо швидким розвитком

антигіпертензивного ефекту у поєднанні з метаболічною терапією та магніто-лазерною терапією [2]. Фосфокреатин (неотон) є постійним складовим компонентом м'язів (включаючи міокард). Він відіграє важливу роль в забезпеченні енергетичних процесів скоротливої діяльності м'язів. Застосовують фосфокреатин, котрий отримують синтетичним шляхом, як метаболічний засіб в комплексній терапії (та профілактиці) різноманітних порушень функціональної діяльності міокарда, в тому числі при хронічній серцевій недостатності [3]. При лікуванні АГ сартани (лосартан, ностасартан Н) значно укріпили свої позиції як засоби, ефективні при лікуванні АГ в гуртах високого ризику, в тому числі у пацієнтів з цукровим діабетом, супутньою органною патологією та високим коронарним ризиком [4, 5, 6]. Ностасартан Н (лосартану калію -50,0мг; гідрохлоротіазиду – 12,5 мг) - найбільш доступний західноєвропейський комбінований лосартан, препарат тривалої дії для досягнення 24 - годинного ефекту за однократного прийому (ТОВ "Носта Фарма", реєстраційне посвідчення №UA/11766/01/01). Дане дослідження присвячене порівнянню ефективності та переносимості комплексної терапії ішемічних інсультів у поєднанні з серцево-судинною патологією, заснованої на використанні ностасартану Н, неотону та магніто-лазерної терапії [7] з традиційним лікуванням даної нозологічної форми в умовах ангіоневрологічного відділення багатопрофільного лікувального закладу (ВМКЦ ПР) за клінічного вимірювання АТ та самоконтролю цього показника пацієнтом.

Матеріал та методи. В порівняльне дослідження в паралельних гуртах хворих включали чоловіків та жінок, госпіталізованих в ангіоневрологічне відділення ВМКЦ ПР (з 2011р. до 2013р.), котрі потребували специфічного лікування. Комплексна терапія проводилась з 1-ї доби госпіталізації, коли було відомо про відсутність протипоказів до призначення відповідного лікування та з'являлась можливість оцінки ефективності та переносимості комплексної терапії, призначеної при поступленні. Всі пацієнти та їх родичі були згодні на проведення даного лікування. Не включали в дослідження хворих з гострою стадією інфаркту міокарда (ІМ); з тяжкою супутньою патологією; із захворюваннями крові; пацієнтів з онкологічною патологією, а також тих пацієнтів, хто повідомляв нас про непереносимість неотону, ностасартану Н та магніто-лазерної терапії (МЛТ). Ностасартан Н призначався, як перший засіб, з послідуочим додаванням при необхідності інших антигіпертензивних засобів;

- після відміни неефективного раніше антигіпертензивного лікування;
- при непереносимості раніше призначеної гіпотензивної терапії;
- в якості доповнення до попередньої недостатньо ефективної гіпотензивної терапії.

Початкова доза ностасартану Н складала 50,0мг лосартану калію та 12,5 мг гідрохлоротіазиду/ добу одноразово на думку лікуючого лікаря. Клінічне вимірювання АТ та ЧСС всім пацієнтам проводилося зразу ж після підйому одним і тим же лікуючим лікарем з 07.00 до 08.00 до чергового прийому гіпотензивних засобів. Вимірювання АТ проводилося тричі з інтервалом 1хв. після 5 хв. відпочинку в положенні сидячи та одноразово через 1 хв. після переходу у вертикальне положення. Вимірювання тиску ми проводили щоразу на обох руках, визначалась рука, де реєструвався більш високий АТ, а в подальшому клінічний контроль та самостійна реєстрація АТ пацієнтами та їх родичами проводилась на цій руці.

З дня рандомізації пацієнти обох гуртів спостереження проводили самоконтроль АТ з використанням апарату UA 767 PC (AND, Японія). Вимірювання АТ проводились о 07.00, 15.00 та 22.00 тричі з інтервалом 1хв. після 5 хв. відпочинку в положенні сидячи та одноразово через 1 хв. після переходу у вертикальне положення. Корекція комплексної терапії та оцінка її ефективності проводились на основі даних клінічного вимірювання АТ лікарем. Щоденно пацієнти оцінювали виразність симптомів та давали загальну оцінку свого самопочуття по 5-бальній шкалі. Оцінку свідомості лікарі АНВ ВМКЦ ПР проводили по ШКГ; оцінку неврологічного дефіциту проводили за шкалою NIH SS, оцінку когнітивних функцій ми проводили за шкалою MMSE [8]. Для оцінки клінічної ефективності ностасартану Н, неотону та магніто-лазерної терапії (МЛТ) [7] використовувались магнітно-резонансна томографія головного мозку (МРТ ГМ), комп'ютерна томографія (КТ) ГМ, ультразвукова доплерографія судин головного мозку та транскраніальна доплерографія судин головного мозку (УЗДГ + ТКДГ),

електроенцефалографія (ЕЕГ), ехокардіоскопія (ЕКС), інтегральна реографія тіла, добове моніторування ЕКГ. Оцінка перебігу захворювання проводилась постійно, під час всього терміну перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні. Повторні МРТ ГМ та КТГМ проводилися деяким пацієнтам на другому тижні захворювання, після 10-и діб вживання ностасартану Н, всередину, 8-ми діб крапельних інфузій неотону та 10-и сеансів МЛТ. Для цього була розроблена анкета, що дала можливість родичам пацієнтів та деяким пацієнтам зібрати дані про результат захворювання, ускладнення, наявність повторних госпіталізацій, прихильність до лікування тощо. Оцінка перебігу захворювання проводилась в послідовному через 1-2 місяці методом телефонного анкетування. Для порівняння ефективності та переносимості двох режимів комплексної терапії використовувались наступні критерії: регрес неврологічного дефіциту, досягнення цільового АТ (нижче 140 і 90 мм рт.ст. в загальній групі пацієнтів та нижче 130 і 80 мм рт.ст. у пацієнтів з цукровим діабетом II типу); різниця в рівні АТ за клінічних зіставлень та за даними самоконтролю на 5-у добу та 10-у добу після рандомізації; кількість гіпотензивних засобів, необхідних для досягнення цільового АТ та відповіді на лікування; строк досягнення цільового АТ після рандомізації; частота корекції дози та зміни гіпотензивної терапії; частота небажаних ефектів; динаміка суб'єктивного самопочуття на фоні лікування. В кінці лікування пацієнтам було запропоновано дати оцінку ефективності лікування (погано, добре, відмінно). Дані спостереження реєструвалися в історіях хвороб, та переносилися в комп'ютерну базу даних. Оцінювали інформацію в програмі Excel 2000 з використанням критеріїв параметричної та непараметричної статистики. Кількісні показники представлені у вигляді M±SD. Якісні зміни порівнювали з використанням однобічного точного критерію Фішера. Різницю вважали достовірною при P < 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення. В дослідження включені 125 пацієнтів (до гурту А були включені 75 пацієнтів з ГПМК, котрі приймали комплексне лікування із застосуванням ностасартану Н, неотону, МЛТ; 50 пацієнтів були віднесені до гурту Б, котрі приймали традиційну терапію). Гурти були співставні за основними показниками (гурт А: пацієнти віком від 43 до 86 років, середній вік 69,2 ± 3,1 року; чоловіків 39 (52%), жінок 36 (48%), АТ при рандомізації 167,3 ± 9,3/ 98,6 ± 6,7 мм рт. ст.; гурт Б (стандартної терапії): чоловіків 34(68%), жінок 16 (32%), середній вік 66,6 ± 8,4 роки, 163,4 ± 9,5 /98,7 ± 6,8 мм рт.ст.). Пацієнти гурту А, недостовірно частіше страждали стенокардією напруження, в крові у них відмічено дисліпідемію. 93 (74,4%) пацієнта до поступлення на стаціонарне лікування в АНВ ВМКЦ ПР з ГПМК страждали АГ, та приймали гіпотензивну терапію, котра не включала сартанів. В більшості випадків призначалась комбінована гіпотензивна терапія: В-адреноблокатор + іАПФ у 43 пацієнтів (46,2%); іАПФ + діуретик - у 26(27,9%); В-адреноблокатор + діуретик - у 7 пацієнтів (7,5%); іАПФ + діуретин + В-блокатор - у 11 пацієнтів (11,8%); у 6 пацієнтів (6,6%) призначалися В-адреноблокатор з дигідропіридиновим антагоністом кальцію. Ностасартан Н призначали в зв'язку з небажаними явищами гіпотензивної терапії, котра застосовувалася до виникнення у них ГПМК. Досягнення цільового АТ при виписці було відмічено у 69 пацієнтів (92%) з гурту А, та в 43 хворих (86%) з гурту Б (P<0,0075). Пацієнти гурту А досягали цільового АТ дещо раніше(3,7 ± 2,4 доби після рандомізації), чим пацієнти, котрі отримували традиційні засоби(5,6 ± 2,5 доби). Пацієнти гурту А з гіпотензивних засобів приймали тільки ностасартан Н, в той же час, як пацієнти з гурту Б приймали чотирьохкомпонентну гіпотензивну терапію 28 пацієнтів (56%), останні 22 пацієнта (44%) приймали три гіпотензивних засоби одночасно. Корекція гіпотензивної терапії (зміни дози, призначення додаткового гіпотензивного засобу, відміна або заміна засобів) потрібна була у 100% пацієнтів, котрі знаходились на традиційній терапії. До 5-ї доби після рандомізації в обох гуртах відмічалось зменшення різниці між рівнями денного та вечірнього АТ. За цього достовірно виразне зниження систолічного тиску було відмічено у пацієнтів гурту А. Зниження діастолічного АТ досягло достовірності в аналізованих гуртах на 10-у добу дослідження. Серед пацієнтів, включених в дослідження, у 90 (72%) пацієнтів відмічалась стенокардія напруження (70 (93,3%)- пацієнти першого гурту, та 20 (40%) - хворі з гурту Б). На момент рандомізації у 80% пацієнтів обох гуртів були призначені нітрати пролонгованої дії, при необхідності пацієнти приймали короткодійні нітрати. При виписці терапію нітратами короткої дії продовжували приймати пацієнти з гурту Б. Потреба в

продовжених нітратах достовірно знизилась в пацієнтів гурту А до 30,7% ($P < 0,05$ в порівнянні з вихідним значенням) та збереглася у 100% пацієнтів в гурті традиційної терапії ($P < 0,05$ в порівнянні з гуртом А). За період спостереження не було відмічено випадків відміни комплексної терапії (неотон, ностасартан Н, магніто-лазерна терапія). При виписці ефективність комплексної терапії (неотон, ностасартан Н, магніто-лазерна терапія) оцінили на відмінно 70 пацієнтів (93,3 %) гурту А, та 30 пацієнтів (60%), котрі отримували традиційну терапію. Таким чином, клінічний перебіг захворювання у пацієнтів, які перенесли ГПМК, асоціюється з таким клінічними проявами: гіпертензія, розвиток та прогресування серцевої недостатності, порушення серцевого ритму, особливо за умови їх чисельності. Неотон не відноситься до числа засобів, котрі використовуються для екстреної корекції церебральних уражень та порушень діяльності серця. Стабілізуючи мембрани нейронів та кардіоміоцитів та впливаючи на природні механізми енергетичного гомеостазу м'язової тканини, неотон попереджає виникнення та розвиток неблагочинних наслідків гострої ішемії мозку та гострої ішемії міокарду, попереджаючи прогресування хронічної серцевої недостатності. Лікувальний ефект неотону дозволяє віднести його до засобів фонові терапії вказаних патологічних станів. Таким чином, неотон в поєднанні з магніто-лазерною терапією при комплексному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу володіє високою безпекою, метаболічними властивостями, призводить до профілактики різноманітних порушень функціональної діяльності міокарда, попереджає розвиток порушень серцевого ритму, та серцевої недостатності [5]. Найбільш благоприємний прогноз у пацієнтів з лакунарними ГПМК та з невеликим числом чинників ризику розвитку інсульту, а також в пацієнтів, котрі отримували регулярне лікування, приймали неотон, ностасартан Н та сеанси МЛТ. Тактика ведення пацієнтів, котрі перенесли ГПМК в госпітальних умовах диктує ефективне зниження АТ та попередження інших серцево-судинних ускладнень в обмежені терміни госпіталізації. В групах пацієнтів, котрі не отримували регулярної гіпотензивної терапії на догоспітальному етапі, котрі поступали в ангіоневрологічне відділення ВМКЦ ПР з АГ, досягнення цільового АТ є бажаним. Використання самоконтролю АТ є важливою освітньою програмою для пацієнтів, котрі перенесли ГПМК, котра проводиться в ангіоневрологічному відділенні ВМКЦ ПР. Ця методика дозволяє більш повно оцінити ефективність комплексного лікування пацієнтів, котрі перенесли ішемічний інсульт, який супроводжується серцево-судинною патологією, ефективність гіпотензивної терапії та судити про динаміку варіабельності АТ.

Висновки

1. Запропоноване комплексне лікування ішемічних інсультів у поєднанні з серцево-судинною патологією задовільно переноситься та покращує якість життя даного гурту пацієнтів.

2. Неотон в поєднанні з магніто-лазерною терапією при комплексному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу володіє високою безпекою, метаболічними властивостями, призводить до профілактики різноманітних порушень функціональної діяльності міокарда, попереджає розвиток порушень серцевого ритму, та серцевої недостатності.

3. Ностасартан Н володіє високою гіпотензивною активністю та дозволяє досягнути цільового АТ у 92% пацієнтів (що достовірно більше, чим в групі традиційної терапії).

4. Включення ностасартану Н в комплексне лікування ішемічних інсультів у поєднанні з серцево-судинною патологією дозволяє значно зменшити кількість гіпотензивних засобів в терапевтичній комбінації, що знижує медикаментозне навантаження на пацієнта та робить економічною терапію.

Література:

1. Вопросы и ответы в неврологии: справочник врача / Мищенко Т. С.: Под ред. Мищенко Т. С. - К.: ООО "Доктор - Медиа", 2012. - 432с..
2. Кушнир Г. М., Могильников В. В., Корсунская Л. Л., Микляев А. А. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике (методические рекомендации). - Симферополь, 2004. - 34с
3. Машковский М. Д. Лекарственные средства: Т.2. - 14-е изд., перераб., испр. и доп. - М.: ООО "Издательство Новая Волна", 2000. - 165 с.

4. Самосюк І. З., Головченко Ю. І., Поліщук М. Є., Зозуля І. С., Самосюк Н. І. Використання частотно - модульованої магніто-лазерної терапії в комплексному лікуванні ішемічного інсульту в гострому періоді (методичні рекомендації). - К., 2002. - 21с.
5. Тещук В. Й., Тещук В. В. Застосування неотону в поєднанні з резонансною магніто - квантовою терапією в комплексному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу: механізм дії та ефективність //Вісник морської медицини. - №1(58). - 2013. - С. 52 - 59.
6. B. M. Brenner, M. E. Cooper, D. De Zeeuw, et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy.// N Engl J Med. – 2001.- Vol. 345. - P 861–869.
7. Dahlöf B., Devereux R. B., Kjeldsen S., et al. For the LIFE Study group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol.// Lancet. – 2002.- Vol. 359.- P. 995 – 1003.
8. European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. Journal of Hypertension 2003, 21: P1011 – 1053.

Работа поступила в редакцию 02.12.2013 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616–056.52–085:[615.82:615.835.14

І. П. Шмакова, Т. В. Лисенко

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВІБРО-ВАКУУМНОГО МАСАЖУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ТА НАДЛИШКОВУ МАСУ ТІЛА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

Одеський національний медичний університет

Реферат. І. П. Шмакова, Т. В. Лисенко. **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИБРО-ВАКУУМНОГО МАССАЖА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ.** В статье приведены данные по эффективности применения вибро-вакуумного массажа у больных ожирением и избыточной массой тела. Показано, что дополнительное к медикаментозной терапии применение вибро-вакуумтерапии способствует положительной динамике клинико-функциональных показателей, что сопровождается более выраженным снижением массы тела как непосредственно после лечения, так и в течении 6 месяцев. Установлено улучшение качества жизни больных.

Ключевые слова: ожирение, избыточная масса тела, вибро-вакуумный массаж.

Реферат. І. П. Шмакова, Т. В. Лисенко. **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВІБРО-ВАКУУМНОГО МАСАЖУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ТА НАДЛИШКОВУ МАСУ ТІЛА НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ.** У статті наведено дані по ефективності застосування вібро-вакуумного масажу у хворих на ожиріння і надлишкову масу тіла. Доведено, що додаткове до медикаментозної терапії застосування вібро-вакуумтерапії сприяє позитивній динаміці клініко-функціональних показників, що супроводжується більш вираженим зниженням маси тіла як безпосередньо після лікування, так і на протязі 6 місяців. Встановлено поліпшення якості життя хворих.

Ключові слова: ожиріння, надлишкова маса тіла, вібро-вакуумний масаж.