

*Н.С. МІЩАНЧУК<sup>1</sup>, Т.Й. НІКОЛАЄВСЬКА<sup>2</sup>, Р.О. ТРУНОВА<sup>2</sup>*

## **АНТИГОМОТОКСИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ІЗ СЛУХОВИМИ ТА ВЕСТИБУЛЯРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС**

*<sup>1</sup>Відділення тимпанопластики (зав. – проф. Ю.О. Сушко) Ін-ту отоларингології  
ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України (дир. – чл.-кор. АМНУ,  
проф. Д.І. Заболотний), <sup>2</sup>Укр. центр радіац. медицини  
(дир. - чл.-кор. АМНУ, проф. В.Г. Бебешко)*

Як відомо, в учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС спостерігається зростання органічної патології нервової системи, яка найчастіше проявляється дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕП), що розвивається на фоні стійких цереброваскулярних та гемодинамічних порушень при гіпертонічній хворобі, вегето-судинній дистонії, ранньому атеросклерозі (О.Р. Вінницький, 1993; І.С. Зозуля, М.Є. Поліщук, 1995; А.И. Нягу, К.Н. Логановский, 1998).

Клінічний перебіг ДЕП на різних стадіях розвитку захворювання супроводжується різноманітною органічною симптоматикою. Проте одними з основних скарг у хворих при ДЕП є головний біль та запаморочення, яке супроводжується різним за інтенсивністю вестибуло-вегетативним або вестибуло-атаксічним синдромом. Крім того, часто у цих осіб мають місце шум у вухах, зниження слуху різного ступеня прояву із порушенням розбірливості зверненої мови.

Вестибулярні порушення у цих пацієнтів знижують працездатність, життєдіяльність та часто приводять до інвалідності, а слухові розлади посилюють соціальну неадекватність.

Пошук ефективних способів лікування цих порушень у комплексній реабілітації УЛНА на ЧАЕС з основною та супутньою патологією залишається актуальним і важливим як у медичному, так і соціальному аспекті (А.И. Нягу и соавт., 1994; Д.И. За-

болотный и соавт, 2000; І.А. Розкладка, В.В. Римар, 2002; Т.В. Шидловська, Т.А. Шидловська, 2005).

У клінічній медицині широкого поширення набуває терапія антигомотоксичними препаратами (АГТП). Ці препарати являють собою синтез досягнень біологічної науки та офіційної медицини. Суть їх полягає в активації захисних сил організму шляхом детоксикації та компенсування наслідків ендо- та екзотоксикозу в організмі. Токсичні речовини в організмі, які викликають протидію захисній системі людини, згідно з основними принципами вчення Rekkeberga, називаються гомотоксинами. Препарати, які стимулюють резервні захисні механізми та нормалізують порушені системи в організмі, за принципом подібності за Rekkeberga, отримали назву антигомотоксичних. Ці АГТП успішно застосовують при гострих, затяжних та хронічних системних захворюваннях. Вони нормалізують гомеостаз, регулюють активність імунної системи та неспецифічної резистентності організму, синхронізують діяльність підсистем. Водночас діють як каталізатори, знімаючи блокаду ферментів, вітамінів, мікроелементів на різних етапах окисно-відновних процесів в організмі. До їх складу входять сиус-органні компоненти, які діють безпосередньо на гомологічний орган, оптимізуючи його функції завдяки підтримці фізіологічної регенерації структурних елементів органу.

У даний час внаслідок забруднень навколишнього середовища хімічними і фізичними факторами, а також іонізуючим опроміненням після Чорнобильської катастрофи, терапія АГТП набуває особливо важливого значення (Л.И. Ильенко и соавт., 1997; В.О. Каширин, 2000; Н.С. Міщанчук, 2004; С.Б. Безшапочний та співавт., 2005; В.Р. Деменков и соавт., 2005; A. Morawiec-Bayda et al., 1998).

Мета досліджень – вивчити ефективність антигомотоксичної терапії при дисциркуляторній енцефалопатії з вестибулярними та слуховими розладами в УЛНА на ЧАЕС.

Основні завдання: 1) вивчити показники аудіометрії у хворих обох груп до і після лікування АГТП та алопатичними препаратами; 2) визначати показники вестибулометрії у цих хворих до та після лікування АГТП та алопатичними препаратами; 3) порівняти ефективність лікування АГТП та алопатичними препаратами.

#### **Матеріал та методи дослідження**

Було обстежено до та після лікування 59 УЛНА на ЧАЕС чоловічої статі віком від 42 до 60 років з ДЕП II ступеня, яка супроводжувалась слуховими та вестибулярними розладами.

Основну I групу становили 31 особа, яким проводили лікування АГТП.

В контрольну II групу увійшли 28 хворих, яким була проведена алопатична терапія за схемою (А.И. Нягу и соавт., 1994).

У цій роботі дослідження пам'яті проводили за тестом MMSE (MINI MENTAL SCALE EXAMINATION).

Аудіометричне обстеження виконували на аудіометрі МА-31 (Німеччина) та магнітофону Маяк – 231 (Україна) з використанням порогових, надпорогових тональних та мовних тестів.

Для топічної та диференційної діагностики слухових порушень використовували комплекс електрофізіологічних досліджень слуху. Отоакустичну емісію (ОАЕ) вивчали за допомогою системи Mimosa Acoustics Cub Etimotis Research (США). Проводили динамічну імпедансометрію на імпедансометрі “Амплайд” (США), а також визначення слухових викликаних потенціалів – короткола-

тентних або стовбуромозкових (КСВП) і довголатентних або коркових (ДСВП) за допомогою системи “Multibacus O.T.E. Biomedica” (Італія).

Ступінь зниження слуху визначали за класифікацією В.Г. Базарова та А.І. Розкладки (1995), а пресбіакузис – за Є.М. Харшаком (1970) та А.І. Лопотко і М.С. Плужниковим (1986).

Вестибулометричне дослідження проводили за схемою В.Г. Базарова (1988) з використанням комплексу тестів для визначення статико-кінетичної рівноваги. Виконували електроністагмографію (ЕНГ) спонтанного, позиційного та експериментального ністагму на електроенцефалографі “Біоскрипт-BST-12” (Німеччина). Визначали тривалість вестибуло-сенсорних та ступінь прояву вестибуло-вегетативних реакцій за К.Л. Хіловим (1969). Стимуляцію експериментального ністагму проводили за допомогою калоричної проби за методикою Н.С. Благовещенської (1990), та обертової проби за Барані.

Ступінь вестибулярної дисфункції в цілому визначали за В.Г. Базаровим (1988).

Для детоксикації та ослаблення дії іонізуючого опромінення, а також стимуляції захисних сил організму особам I групи на 1-му етапі лікування призначали такі препарати: **Траумель С, Мукоза композитум, Гепар композитум та Коензим композитум.**

**Траумель С** – комплексний препарат для стимуляції захисних сил організму.

**Мукоза композитум** – комплексний препарат імунопротекторної та дезінтоксикаційної дії. **Гепар композитум** – препарат гепатопротекторної, жовчогінної, метаболічної та антиоксидантної дії. **Коензим композитум** – препарат, що активізує та регулює ферментні системи організму.

Після прийому вищезазначених препаратів на базисному 2-му етапі лікування призначали: **Церебрум композитум Н, Ангіо-ін'єль та Вертигохель.**

**Церебрум композитум Н** – комплексний препарат спазмолітичної, ангіопротекторної, судиннорозширюючої та ваготонізуючої дії.

**Ангіо-ін'єль** – препарат, який призначають при гіпертонічній хворобі, вегетосудинній дистонії, стенокардії та хронічній серцевій недостатності.

**Вертигохель** – препарат психотонізуючої, олігодинамічної та судиннорозширювальної дії (не має седативних властивостей, тому є безпечним при управлінні транспортом).

Всі ці АГТП приготовлені за гомеопатичною технологією фірмою “**HeeL**” (Німеччина), зареєстровані та затверджені МОЗ України до використання. До їх складу входять речовини рослинного, мінерального та тваринного походження. Призначали ці препарати, крім Вертигохеля, в ін’єкціях внутрішньом’язево. Індивідуальну корекцію дози та частоту прийому препаратів проводили за методом Фолля. Вертигохель призначали по 1 таблетці або по 10 крапель сублінгвально до розсмоктування тричі на день.

Особам контрольної II групи вводили алопатичні препарати: на 1-му етапі лікування призначали радіопротектори для ослаблення ефектів іонізуючої радіації (калій йодистий, унітіол, фероцин). Для детоксикації організму рекомендували гемодез або реополіглокін по 200,0 мл внутрішньовенно крапельно №3. Основу базисного 2-го етапу лікування становили препарати для покращення метаболізму в тканинах. Для цього вводили 2,0 мл кавінтону або тренталу на 100 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно крапельно №10-12. В кінці крапельниці вводили струйно 10,0 мл ноотропілу. Крім того, вводили 5,0 мл актовегину внутрішньом’язево, 10-12 ін’єкцій на курс лікування. При гіперрефлексії вестибулярної функції призначали циннаризин або бета-серк, а при гипорефлексії – стугерон на протязі 1-2 місяців. Також призначали вазокоригуючі препарати (при підвищеному тонусі мозкових судин – дібазол, папаверин, сірчанокислу магnezію, а при зниженому – кокарбоксілазу, вітамінно – судинний комплекс, зокрема аскорбінову кислоту, аеровіт, пантокрин, елеутерокок). Водночас призначали протинабрякові та седативні медикаменти.

### ***Результати досліджень та їх обговорення***

На основі комплексу аудіометричних та електрофізіологічних досліджень у 25 осіб I групи визначено ретрокохлеарний

тип, а 6 – комбінований тип двосторонньої майже симетричної сенсороневральної приглухуватості. У 24 осіб II групи визначено ретрокохлеарний, а у 4 – комбінований тип сенсороневральної приглухуватості, майже симетричної з обох сторін. В усіх УЛНА на ЧАЕС обох груп виявлена сповільнена розбірливість мовних тестів різного прояву.

За ступенем зниження слуху у 12 осіб (24 вуха) I групи зафіксовано зниження гостроти слуху, що укладалось в межі пресбіакузис прекокс (передчасна стареча приглухуватість), а у решти 19 (38 вух) – III ступінь зниження слуху.

У 9 пацієнтів (18 вух) II групи зареєстровано пресбіакузис прекокс, а у 5 (10 вух) – II ступінь зниження слуху, у решти 14 осіб (28 вух) – III ступінь зниження слуху.

При вестибулометрії у 19 осіб I групи виявлений центральний вестибулярний синдром III ступеня із значною гіперрефлексією експериментального ністагму, його дисритмією та тривалими вестибуло-сенсорними і значними вестибуло-вегетативними реакціями III ступеня. У 12 осіб цієї групи зафіксований змішаний вестибулярний синдром II ступеня, який характеризувався гіпорефлексією експериментального ністагму із ознаками його дисритмії при значних порушеннях статичної та динамічної рівноваги.

У 11 осіб II групи зареєстрований змішаний вестибулярний синдром II ступеня, а у решти 7 – центральний вестибулярний синдром III ступеня.

При опитуванні після лікування осіб двох груп через 2, 6, 12, 18 та 24 місяців у всіх відзначалося зменшення головного болю, покращення загального стану та його залежності від метеорологічних змін, покращення когнитивних функцій (покращення в емоційно-вольовій сфері, підвищення пам’яті, пізнавальної активності, аналізу та рухливості процесів мислення) та зменшення запаморочень, ознак укачування у транспорті, шуму у вухах, покращення слуху, покращення сприйняття та розбірливості зв’язаної мови.

При аналізі результатів дослідження пам’яті, аудіометричного та вестибулометричного досліджень через 2 місяці після лікування отримані наступні результати.

У пацієнтів основної I групи порівняно з контрольною II групою осіб, котрим проводилась алотерапія, зафіксована статистична достовірність більшої ефективності АГТП за дослідженням всіх видів пам'яті за тестом MMSE (MINI MENTAL SCALE EXAMINATION) на 15-20%.

Середньостатистичні показники аудіометрії у ЛНА на ЧАЕС обох груп до та після лікування двома схемами представлені у табл. 1.

Як видно з табл. 1, у всіх обстежених обох груп при статистичній обробці показників аудіометрії після лікування зафіксовано достовірне ( $P > 0,01$ ) зниження порогів сприймання звуків по всій тоншкالی, особливо в зоні високих частот 2,0-8,0 кГц, а також значне поліпшення розбірливості мовних тестів. Звертає на себе увагу той факт, що у 12 осіб (24 вуха) I групи з пресбіакузис прекокс показники порогів тональної аудіометрії змінилися на 5-10 дБ, а у 19 осіб (38 вух) пороги тонального слуху покращилися після лікування на 15-20 дБ. Проте у пацієнтів із пресбіакузис пресококс після лікування відзначено більш значне покращення розбірливості мови. Аналогічні зміни зафіксовані у осіб II групи після алотерапії. Але пороги тонального слуху та пороги розбірливості мовних тестів покращилися на 5-15 дБ. При порівнянні двох методів лікування відзначена за даними аудіометрії достовірно більша ефективність результатів лікування осіб I групи, ніж II ( $P > 0,05$ ).

Середньостатистичні величини основних параметрів експериментального ністагму до та після лікування ЛНА на ЧАЕС обох груп представлені в табл. 2. Як вказують дані цієї таблиці, у осіб обох груп після лікування достовірно змінилися в бік нормалізації основні параметри експериментального ністагму, проте у осіб I групи ці зміни достовірно суттєвіші ( $P > 0,01$ ). Так, наприклад, у 19 пацієнтів I групи до лікування тривалість експериментального ністагму

при калоричній стимуляції становила  $115,0 \pm 2,3$  с., а після –  $90,5 \pm 1,3$  с. Середня кутова швидкість повільної фази ністагму (ПФН) у тих же пацієнтів до лікування дорівнювала  $37,5 \pm 1,2$  град/с., а після лікування –  $29,0 \pm 1,3$ . В той час вищеназвані показники у осіб II групи були такими: тривалість ністагму –  $102,5 \pm 1,3$  с., а після лікування –  $92,5 \pm 1,2$  с., а середня кутова швидкість ПФН до лікування –  $35,5 \pm 1,0$ , після –  $30,5 \pm 1,1$  град/с.

У динаміці спостережень відзначена більш триваліша терапевтична дія вищеназваних антигомотоксичних препаратів. Якщо покращення загального стану, пам'яті, слуху, та вестибулярної функції у 15 хворих II групи після алопатичної терапії трималось протягом 6 місяців, у 10 – 9 місяців та у 3 – 12 місяців, то після лікування АГТП у осіб I групи ефект був значно тривалішим та спостерігався у 19 пацієнтів протягом 18 місяців, а у решти 12 осіб – 24 місяці.

Крім того, побічних реакцій та алергічних проявів при антигомотоксичній терапії не виявлено. Проте у 3 осіб при алотерапії виникли алергічна реакція у вигляді шкірних проявів на кавінтон та у 2 – побічна реакція на ноотропіл (збудження, підвищення артеріального тиску).

Слід підкреслити, що вартість лікування АГТП майже у півтора рази дорожча, ніж алопатичними препаратами. Але антигомотоксична терапія більш вигідна за рахунок більшої ефективності, більш тривалої терапевтичної дії та за відсутністю побічних реакцій.

Таким чином, як свідчать результати проведених досліджень, терапія АГТП є ефективною, не дає побічних реакцій, має більш стійку терапевтичну дію порівняно з алопатичною. Її можна рекомендувати у широку клінічну практику, при зтяжньому та хронічному перебігу захворювань, як терапію вибору.

Таблиця 1

Основні показники слухової функції у ЛНА на ЧАЕС двох груп за даними аудіометрії до та після лікування антигомотоксичними препаратами (1 група) та алотерапією (2 група)

Групи хворих	Ступінь зниження слуху	Пороги тональної аудіометрії, дБ														Пороги 100%-ної розб. мови	
		0,5 кГц		1,0 кГц		2,0 кГц		3,0 кГц		4,0 кГц		6,0 кГц		8,0 кГц		до	після
		до	після	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після				
1	пресбіакузис (24 вуха)	25,5±1,0	15,0±1,5*,**	27,5±0,7	20,5±0,8*,**	30,5±0,6	20,5±1,1*,**	32,0±0,5	22,5±0,9*,**	36,0±1,2	25,0±0,8*,**	40,0±1,2	31,0±0,7*,**	42,5±0,8	32,0±0,9*,**	80,0±0,6	65,0±0,5*,**
	III (38 вух)	7,0±1,0	38,5±0,9*,**	60,5±1,0	41,5±0,7*,**	68,5±0,6	48,5±0,8*,**	72,6±1,0	50,7±1,0*,**	73,0±0,6	51,9±1,1*,**	75,0±0,7	53,5±0,7*,**	76,0±0,6	55,5±0,7*,**	115,5±0,8	90,5±0,5*,**
2	пресбіакузис (18 вух)	26,0±0,5	20,5±0,5*	28,5±0,9	21,5±0,6*	29,5±0,7	22,5±0,7*	35,5±0,6	25,5±0,7*	39,5±0,7	28,0±0,7*	31,5±0,9	29,5±0,9*	45,0±0,9	35,1±0,6*	85,0±0,7	75,0±0,5*
	II (10 вух)	46,5±0,7	41,5±0,5*	50,5±0,6	45,5±0,5*	52,5±0,6	42,0±0,5*	48,5±0,5	40,5±0,5*	51,5±0,5	40,6±0,6*	55,0±0,5	45,5±0,5*	52,7±0,6	44,5±0,7*	85,5±0,6	75,5±0,5*
	III (28 вух)	57,0±0,5	47,5±0,6*	63,0±0,7	55,0±0,6*	64,5±0,7	54,0±0,6*	68,5±0,7	53,0±0,6*	70,5±0,7	53,5±0,6*	72,5±0,6	55,5±0,5*	74,5±0,9	58,0±0,6*	105,0±0,7	95,0±0,9*

Примітка \* - достовірність до та після лікування ( $p > 0,01$ ); \*\* - достовірність після лікування між I та II групами ( $p > 0,05$ ).

Таблиця 2

Основні показники експериментального ністагму у ЛНА на ЧАЕС з дисциркуляторною енцефалопатією та вестибулярними порушеннями до та після лікування двох груп (I – антигомотоксична терапія, II – алопатична терапія)

Група хворих	Стан експериментального ністагму	Калорична стимуляція								
		тривалість ністагму, в с			частота, в Гц			Швидкість ПФН, град/с		
		M±m								
		до	після	P 1	до	після	P1	до	після	P1
I	гіперрефлексія	115,0±2,3	90,5±1,3*	>0,01	2,7±0,3	2,0±0,3	>0,05	37,5±1,2	29,0±1,3*	>0,01
	гіпорефлексія	46,5±1,7	62,3±1,1*	>0,01	1,6±0,1	1,9±0,2	>0,05	15,7±1,2	25,5±1,2*	>0,01
II	гіперрефлексія	102,5±1,3	92,±1,2*	>0,01	2,5±0,2	2,2±0,2	>0,05	35,5±1,0	30,5±1,1*	>0,01
	гіпорефлексія	50,5±1,3	68,5±2,0*	>0,01	1,8±0,1	1,7±0,1	>0,05	14,5±1,1	20,2±1,5*	>0,01
Обертובה стимуляція										
I	гіперрефлексія	52,5±1,1	40,5±0,8*	>0,01	3,5±0,2	3,0±0,2	>0,05	62,5±1,3	45,5±1,3*	>0,01
	гіпорефлексія	23,5±0,1	35,5±0,1*	>0,01	2,7±0,1	2,8±0,2	>0,05	30,5±1,1	40,5±0,1*	>0,01
II	гіперрефлексія	47,5±0,5	41,5±0,5*	>0,01	3,2±0,4	3,0±0,1	>0,05	57,5±1,2	45,5±1,5*	>0,01
	гіпорефлексія	26,5±0,5	37,0±1,2*	>0,01	2,5±0,1	2,7±0,1	>0,05	29,5±1,1	37,5±1,1*	>0,01

Примітка: P>0,01 та P>0,05 - достовірність до та після лікування, \* - достовірність після лікування 1 та 2 груп (P>0,01)

1. Базаров В.Г. Практическая вестибулометрия. – Киев: Здоров'я, 1988. – 200 с.
2. Базаров В.Г., Розкладка А.И. Оценка нарушений слуха при различных формах тугоухости // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1995. - №3. – С. 28-33.
3. Безшапочный С.Б., Лобурець В.В., Муляр Л.А. Вплив антигомотоксичних препаратів на імунний статус хворих бронхіальною астмою, асоційованою з поліпозним риносинуситом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. - №5-с. – С. 16-17.
4. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. – М: Медицина, 1990. – 432 с.
5. Вінницький О.Р. Післярадіаційна енцефалопатія // Післярадіаційна енцефалопатія / Під ред. А.П. Ромаданова. – Київ: УНДІНХ, 1993. – С. 100-115.
6. Деменков В.Р., Напрасников С.Н., Шумова И.Н. Опыт применения препарата Траумель С в лечении острых геморрагических средних отитов // Журн. вушних, носовых і горлових хвороб. – 2005. - №5-с. – С. 16-17.
7. Заболотный Д.И., Шидловская Т.В., Римар В.В. Пути профилактики и лечения нарушений слуха у лиц, имевших контакт с радиацией // Вестн. оториноларингологии. – 2000. - №2. - С. 9-15.
8. Зозуля І.С., Поліщук М.Е. Особливості цереброваскулярних порушень в осіб, які зазнали впливу іонізуючого опромінення внаслідок аварії на ЧАЕС // Лікарська справа. – 1995. - №3-4. – С. 26-29.
9. Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И., Смирнова Т.Н., Авдеева Г.Ф., Кондакова Е.Н. Применение гомотоксических и гомеопатических препаратов в комплексном лечении патологии носоглотки, дисфункции слуховой трубы и некоторых заболеваний уха, сопряженных с ней // Биол. медицина. – 1997. – №1. – С. 30-34.
10. Каширин В.О. Эффективность использования антигомотоксических препаратов // Биолог. терапия, 2000, №3, С.3-8.
11. Міщанчук Н.С. Антигомотоксична терапія при лікуванні вестибулярних порушень у ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. - №5-с. – С. 140.
12. Нягу А.И., Логановский К.Н. Нейропсихические эффекты ионизирующих излучений. – К., 1998. – 351 с.
13. Нягу А.И., Чупровская Н.Ю., Юрьев К.Л., Мищанчук Н.С., Базаров В.Г., Сушко Ю.А., Котов А.И. Диагностика, профилактика, лечение слуховых и вестибулярных нарушений у пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС: Метод. Рекомендации. – Киев, Ассоциация «Врачи Чернобыля», 1994. – 27 с.
14. Розкладка І.А., Римар В.В. Медикаментозна реабілітація хворих на нейросенсорну приглухуватість радіаційного генезу // Ліки України. – 2002. - №3. – С. 9-15.
15. Шидловська Т.В., Шидловська Т.А. Загальні принципи діагностики і лікування хворих з сенсоневральною приглухуватістю // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. - №4. – С. 2-16.
16. Харшак Е.М. Модифицированное лекало для нанесения на аудиограмму уровней порогов слышимости тонов при закономерных возрастных изменениях слуха и при пресбиакзис прекокс // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1970. - №6. – С. 104-106.
17. Хилев К.Л. Функция органа равновесия и болезнь передвижения. – Л.: Медицина, 1969. – 280 с.
18. Morawiec-Dajda A., Latcowski B., Wasilewski B. Leczenie szumow usznych preparatem Vertigoheel // Meducyna Biologiczna. – 1998. – №2. – P. 41-46.

Надійшла до редакції 15.11.05.

© Н.С. Міщанчук, Т.Й. Ніколаєвська, Р.О. Трунова, 2005

**АНТИГОМОТОКСИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СО СЛУХОВЫМИ И ВЕСТИБУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЕС**

*Мищанчук Н.С., Николаевская Т.И., Трунова Р.А. (Киев)*

*Резюме*

Представлены результаты лечения 2 групп участников ликвидации аварии на ЧАЕС, которые страдают дисциркуляторной энцефалопатией со слуховыми и вестибулярными нарушениями. Основная I группа лиц принимала антигомотоксические препараты, контрольная II группа – аллопрепараты. Показано, что после проведенного лечения у лиц обеих групп наблюдается достоверное улучшение состояния слуховой и вестибулярной функций. Однако отмечено, что эффективность лечения антигомотоксическими препаратами достоверно выше, чем аллопатическими ( $P > 0,01$ ). Кроме того, антигомотоксическая терапия обладает достоверно более стойким лечебным эффектом, не дает побочных реакций и ее можно рекомендовать для широкой клинической практики при затяжном и хроническом течении заболеваний, как терапию выбора.

**ANTIOMOROXICAL THERAPY AT DISCIRCULATORY ENCAPHALOPATHY WITH HEARING AND VESTIBULATORY DISORDERS IN CHERNOBYL CLEAN-UP WORKERS**

*Mischanchuk H.S., Nikolaevskaya T.I., Trunova (Kiev)*

*Summary*

There were presented results of treatment of 2 groups Chernobyl clean-up workers who suffer from discirculatory encephalopathy with hearing and vestibular disorders. The first main group used antihomototoxic medicine, the second control group – allomedicine. It is shown that after carrying out treatment in both groups we see a reliable improvement in hearing and vestibular functions. Hence, it is noted, that the efficiency of antihomototoxic medicine treatment is much highest than that of allopathic ( $P > 0,01$ ). Moreover, antihomototoxic therapy has a more stable curing effect does not have an accessory reactions and it can be recommended for a wide clinical practice with lingering and chronically disease course.