

Қ. Құнанбай, А.Б. Сейданова, А.А. Суйналиева
*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,
№2 Ішкі аурулар кафедрасы,
Клиникалық фармакология және фармакотерапия курсы*

ДӘНЕКЕР ТІНІНІҢ ДИСПЛАЗИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ПСИХОВЕГЕТАТИВТІ, АСТЕНИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ТАНЫМДЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР: ТИІМДІ ЕМ ТАҢДАУ ТӘСІЛІ

Бұл әдебиеттік шолуда диспансерлік бақылауда тұрған дәнекер тінінің дисплазиясы бар 60 науқастардағы астениялық, психовегетативтік және танымдық бұзылыстарды дәрі-дәрмексіз және белсендіретін дәрілермен емдеумен салыстырғандағы ацетил-L-карнитин (Карницетин) дәрісін қолдану тиімділігі және қауіпсіздігін бағалау нәтижесі көрсетілген. Карницетинмен емдеу астения көріністерін әлсіретеді, неврологиялық және вегетативті белгілерді азайтады, барлық танымдық шкаласы бойынша айқын жақсаруға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: *дәнекер тінінің дисплазиясы, астениялық бұзылыстар, психовегетативті бұзылыстар, танымдық бұзылыстар, ацетил-L-карнитин*

Өзектілігі: Дәнекер тінінің (ДТ) талшықты құрылымының биосинтезінің бұзылысымен байланысты синдромдар тұқым қуалайтын аурулар ішінде алғашқы орында. Қазіргі таңда дәнекер тінінің дисплазиясы (ДТД) дәрігерлердің назарын аудартуда, себебі соңғы кезеңде бұл аурудың анықталу жиілігі жоғарылауда және клиникалық көрінісінің күрделілігінде. Әлемде ДТД ауруының анықталу жиілігі 26-80% құрайды. Кейбір зерттеушілер мәліметтері бойынша 74%-дан 85%-ға дейін мектеп жасындағы балаларда ДТД белгілері анықталған. Қазақстандағы статистикалық мәліметтерге келіп тоқталсақ, Алматы қаласында 2323 балада тек жүрек зақымдануы көрініс тапқан ДТД ауруы анықталса, Өскеменде туа пайда болған жүрек қауы бар балалардың 67,4 % негізгі себебі диспластикалық бұзылыстар екені анықталған [18].

ДТД – бұл жасуша сырты матриксі фибриллогенезінің генетикалық өзгерісінен дамиды ДТ дамуының эмбрионалды және постнаталды кезеңінде түзіледі. ДТД ішкі ағзалардың және қозғалыс мүшелерінің үдемелі ағымда, түрлі морфологиялық құрылымдық зақымдалуы нәтижесінен гомеостаздың тіндік, мүшелік және ағзалық деңгейдегі бұзылысына әкеліп соқтырады. ДТД түрлі клиникалық көріністермен сипатталады [1].

ДТД клиникалық көріністер:

- қаңқадағы өзгерістер: астениялық дене бітім, долихостеномелия, арахнодактилия, кеуде торының әртүрлі деформациялары (сколиоз, кифоз және лордоз, «сирескен арқа» синдромы), май табан және т/б: бұл өзгерістер шеміршек тіні құрылымының бұзылыстарымен және эпифизарлы өсу аймағының өсіп-жетілуінің кідіруі нәтижесінде түтікті сүйектің ұзаруымен көрініс береді, қабырға шеміршегінің бұзылыстары нәтижесінде кеуде торының деформациясы дамиды;
- терідегі өзгерістер: жоғары иілгіштік, қажу, жарақат алуға бейімділік және «папироз қағазы» түріндегі тыртық түзілуі немесе келоидты тыртықтар т.б.
- бұлшық еттегі өзгерістер: бұлшықет салмағының азаюы, соның ішінде жүрек, көз қозғалтқыш бұлшықеттерінің, бұл миокард жиырылу қызметінің төмендеуіне және миопатияға әкеліп соқтырады;
- буындағы бұзылыстар: шамадан тыс қозғалыс (гипермобильділік), байламдардың әлсіздігіне байланысты буын шығуы және жартылай шығуына бейімділік;
- көру мүшесінің зақымдануы: ДТД жиі көріністерінің бірі, түрлі деңгейдегі миопиялар, көзбұршақтың жылжуы, көз алмасы ұзындығының өсуі, жалпақ қасаң қабақ, көгілдір шел синдромы;
- жүрек-қан тамыр жүйесінің зақымдануы, әртүрлі көріністі және сирек жағдайда болжамды анықтайды; жүрек қақпақшаларының анатомиялық өзгерістері, фиброзды сақина дилатациясы мен пролапсы, қалыпты жағдайдан ауытқыған хордалар, аортаның өрлеуші бөлігінің және өкпе артериясының кеңуі және кейіннен қаптарізді аневризма түзілуімен, сонымен қатар кеуде торы мен омыртқаның деформациясы торакодиафрагмалды жүрек түрлерінің дамуына әкеліп соқтырады;
- бронх өкпелік бұзылыстары бронх ағашының және альвеолалардың зақымдануы, жиі бронхэктаздар, жай және кистозды гипоплазия, буллезді эмфизема және кенет пневмоторакс;
- бүйрек зақымдануы: нефроптоз және реноваскулярлы өзгерістер.

ДТД неврологиялық белгілері: вертеброгенді синдромның әртүрлі көріністері ювенильді остеохондроз, омыртқа аралық жарық, спондилолистез, вертебробазалды жеткіліксіздігі. Алайда ДТД бар науқастардың клиникалық симптомдары жиі психовегетативті бұзылыстармен көрініс табады. Олар: вегето қан тамырлық дистония, нейро-айналымдық дистония, үрей. Аталған белгілер ерте балалық шақта алғаш түзіледі және диспластикалық фенотиптің міндетті құрылым бірлігі. ДТД бар науқастарда жиі жұмысқа қабілетінің төмендеуімен, физикалық және психоземotionalдық жүктемеге деген төзімділіктің нашарлауы, тез шаршағыштық, нейродинамикалық типті танымдық бұзылыстарымен көрініс беретін астениялық синдром байқалады. Ол мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балаларда, жасөспірімдер және жастарда көрініс береді де ДТД бар науқастарда өмір бойына сақталады. Бұл науқастарда психика саласындағы аталмыш (нефротикалық бұзылыстар, күйзелістер, ипохондрия, қорқу-фобиялық бұзылыстар, жүйкелік анорексия) бұзылыстармен қоса физикалық және әлеуметтік бейімделу саласында да айқын бұзылыстар көрініс табады. Жасөспірімдердің 14-15 жасында ДТД көріністері астениялық, қорқыныш және танымдық белгілермен ауырлайды. ДТ бар науқастар өз мүмкіндіктерінің субъективті бағалуының төмен болуымен, наразылық тудырудың төмен деңгейімен, көңіл күй тұрақсыздығы және жұмыс бастылықпен, жоғары дәрежелі үрей болуы, нәзік жанды және күйзелістерге бейімділікпен сипатталатын жоғары психологиялық қауіп тобын құрайды. Аталған мәселелер жасөспірім шақта аса маңызды.

Жоғарыда көрсетілген синдромдар кәсіби дайындық, кәсіби жарамдық мәселелерімен және жасөспірімдер өмірінің болжамымен тығыз байланысты. Көп жағдайда осындай науқастар тобына сәйкес ем жүргізілмейді. Сол себепті бүгінгі таңда астеноневротикалық, үрей-вегетативті және танымдық белгілерімен ДТД бар науқастардың алдын-алуы мен емі өзекті мәселе.

ДТД емдеу кезінде дәстүрлі түрде психологиялық, жеке тұлғалық күн тәртібі, емдік дене шынықтыру, физиоөмдеу және массаж сияқты әдістер кеңінен қолданылады. Қанықпаған амин қышқылдарына, ақуызға, микроэлементтерге бай емдәм де маңызды. Медикаментозды емдеу тәсілдеріне коллаген түзілуін ынталандыратын дәрілік заттарды қолданады. Бұл, ең алдымен, мукополисахарид текті дәрілік заттар (хондроитинсульфат), В тобының дәрумендері (В1, В2, В3, В6) және микроэлементтермен (мырыш, мыс, магний) емдеу хаттамасына сәйкес метаболикалық емді қосу ұсынылған [5]. Ацетил-L-карнитинмен емдеу арнайы зерттеуді қажет етеді. (Карницетин; ООО "ПИК-ФАРМА", Ресей). L-карнитин (ЛК) және оның ацетил-L-карнитин (АЛК) тәрізді туындылары адам ағзасында маңызды қызмет атқарады. Олар май қышқылы қалдықтарын цитоплазмадан митохондрия матриксіне энергия түзу үшін тасымалдайды, бұл энергия ағзадағы барлық жасушалар, тіндер, және жүйелердің қызметі үшін қажет [2, 9]. Соңғы жылдары АЛК мен ЛК, коэнзим-Q-мен бірге этиологиясы әртүрлі митохондриялы бұзылыстарды түзету үшін кең қолданылуда [2, 3, 5]. Әдебиеттік шолуларды сараптай келе АЛК қосымша ЛК-нен жоғары фармакологиялық қасиетке ие екенін және астениялық, психовегетативті, танымдық бұзылыстар кезінде дәрілік зат ретінде қолдануға болады деген қорытынды жасай аламыз. Ол гематоэнцефалдық кедергіден оңай өтеді, жасушалық құрылымдармен жеңіл сіңіріледі, митохондрияға тез енеді, ацетилхолин түзу арқылы холин молекуласы үшін ацетил тобының доноры ретінде қызмет ете алады, танымдық бұзылыстарды қалпына келтіру арқылы нейропротекцияда ЛК қарағанда тиімділігі жоғары [3, 10].

АЛК ми жұмысына әсер етеді, себебі ол нейрехимиялық кең спектрлі: аспартат және тауриннің жасушалық концентрациясын арттырады, ұзақ уақыт қолданғанда NMDA рецепторларының тығыздығын жоғарылатады. АЛК тек холинергиялық қана емес сонымен қатар дофаминергиялық жүйе әсерін ынталандыруға қабілетті, ми жасушаларын глутамат және аммиактың шамадан тыс мөлшерінен қорғайды, осы арқылы жоғары нейропротективті әсер көрсетеді [11-13, 15, 16].

Аталмыш зерттеудің мақсаты айқын астения- неврологиялық, үрейлі вегетативті және танымдық синдромдармен көрініс тапқан ДТД бар науқастарды емдеуде АЛК-нің (Карницетин) клиникалық тиімділігін және дәрілік затқа сезімталдығын бағалау.

Материал және әдістер

Салыстырмалы клиникалық зерттеу объектісі ретінде диспансерлік бақылауда тұрған, ДТД диагнозы расталған 60 науқас алынған. Науқастардың орташа жасы 21,5 құрады.

Зерттеуден алынып тастау қағидалары:

- соңғы 4 апта ішінде орталық жүйке жүйесі қызметіне әсер ететін дәрілік заттармен ем қабылдаса;
- дәрілік заттар дозасын өзгертуді қажет ететін қосалқы аурулары болса;
- Гамильтон шкаласы бойынша бағалау кезінде (> 10 ұпай) болса немесе анамнезінде күйзелістер анықталса;
- созылмалы маскүнемдік, дәріге және есірткіге бейімділік;
- жүктілік.

Науқастар екі топқа жіктелді: негізгі (1-ші топ) және бақылау (2-ші топ). Бірінші топ науқастары тәуліктік мөлшері 0,5г АЛК – мен (295 мг Карницетиннің 2 капсуласы) монотерапия қабылдады. Бақылау тобына 8 апта бойына ДТД кезіндегі стандартты ем тағайындалды (дәрі-дәрмексіз ем: дұрыс режим, емдік жаттығулар, емдәм – ақуыз, дәрумен, микроэлементтерге бай тағамдарды қолдану, магний құрамды дәрілік заттар)

Зерттеу бағдарламасына соматикалық жағдайын бағалау (артериялық қан қысымы, жүрек соғу жиілігі, антропометриялық мәліметтер, қан және зәр талдамалары, электрокардиография, бүйрек және жүректің ультрадыбысты зерттеу нәтижелері); танымдық қызметін зерттеу үшін Шульте кестесі (ақпаратты өңдеу жылдамдығы, зейін шоғырлануын зерттеу; қалыптыда – 40-50 секунд), Векслер тесті (ақпаратты өңдеу жылдамдығы, көру-қимыл бағдарын және таңдау назарын зерттеу; қалыптыда 40 секунде және одан жоғары), Гробер-Бушкенің 12 сөз тесті (тікелей және ұзартылған қабылдау жиынтығы), танымдық бұзылыстың Монреаль шкаласы (қалыптыда – ұпай жиынтығы 26 дан кем емес) қолданылды.

Вегетативті бұзылыстарды анықтау үшін келесі әдістер қолданылды. Вегетативті бұзылыстардың белгілерін анықтау үшін сауалнама (науқас толтырады) қалыпты – 15 ұпайға дейін, 15 ұпайдан жоғары болса вегетативті бұзылыс синдромының даму мүмкіншілігі жоғары.

Вегетативті бұзылыстардың белгілерін анықтауға арналған сызба (дәрігер толтырады); қалыпты – 25 ұпайға дейін, 25 ұпайда жоғары болса вегетативті бұзылыс синдромы дамуына бейімділік.

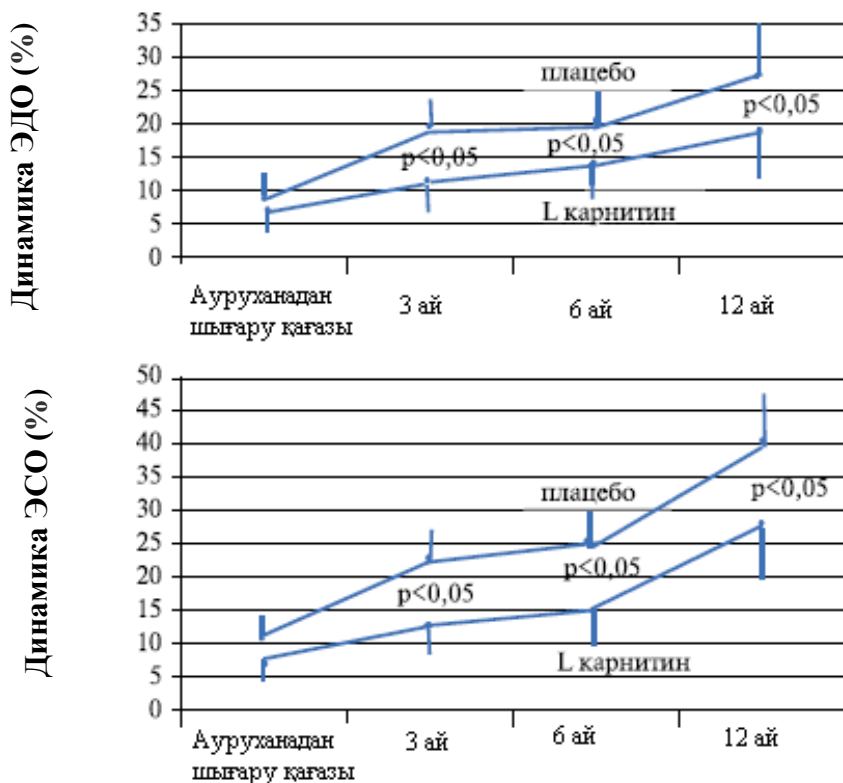
Психовегетативті және астениялық бұзылыстар келесі шкала бойынша анықталды:

- Үрейді анықтауға арналған Гамильтон шкаласы (HARS); бағалау қағидалары: 6 ұпай және одан төмен – қалыпты жағдай, 7-13 ұпай – үрейлік бұзылыстар болуы мүмкін, 14-20 ұпай – үрей, 21-28 ұпай – симптоматикалық үрей, 29 ұпайдан жоғары – айқын үрей;
- Астенияны субъективті бағалау шкаласы (MFI-20); астения көрсеткіштері 5 қосымша шкала бойынша бағаланады: жалпы астения (қалыптыда 12-ге дейін), физикалық астения (қалыптыда 12-ге дейін), белсенділіктің төмендеуі (қалыптыда 12-ге дейін), зейіннің төмендеуі (қалыптыда 12-ге дейін), психикалық астения (қалыптыда 12-ге дейін);
- жалпы клиникалық әсер шкаласы жақсаруды бағалау үшін (CGI-I); 1-ші және 2-ші топ салыстырмалы бағалау;
- Науқастың жалпы алған әсерінің шкаласы; 1-ші және 2-ші топ салыстырмалы бағалау.

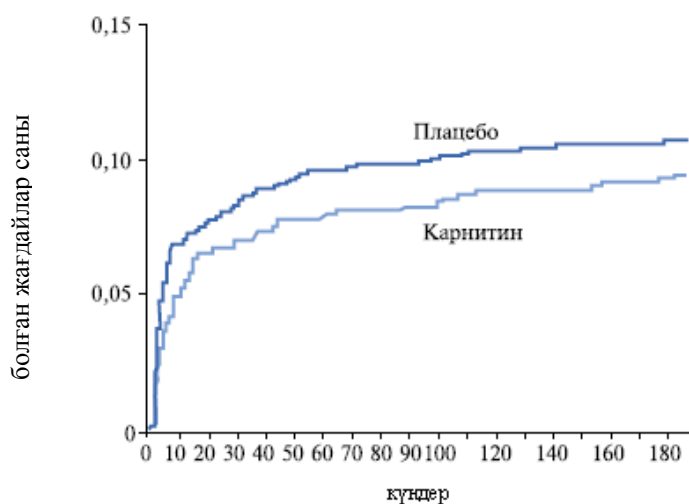
Қолданылған тесттер және шкалалар мәліметтерін статистикалық өңдеу SPSS, 11.5 версиясы, компьютерлік бағдарлама көмегімен жүргізілді. Мәліметтерді өңдеу үшін параметрлік емес Уилкоксон– Манна–Уитни қағидасы қолданылды. Вариациялық қатарды салыстыру үшін анық айырмашылық ескерілді.

Зерттеу нәтижелері

Екі зерттеу топтарында анықталды: астениялық синдром -- 98 %; үрей - 95%; вегетативті белгілер - 82%; танымдық бұзылыстар- 47 %. Негізгі топтағы астениялық бұзылыстарды бағалағанда емнің 60 -шы күнінде АЛК қолданып жүрген науқастарда жалпы астения көріністері айқын төмендеген. Нейродинамикалық танымдық шкалалар (Гробер-Бушке және Шульте) бойынша статистикалық айқын жақсару байқалды. (р АЛК-нің 0,5 г/тәул тәуліктік мөлшері қауіпсіз деп бағаланды. Жанама әсерлер 1 топта 3 науқаста, 2-ші топта 1 науқаста анықталды, бірақ зерттеуден ешбіреуі шектелмеді. Ем басталар алдында науқастар тарапынан айтылған негізгі шағымдар: 4 науқаста асқазандағы жайсыздық сезімі және лоқсу.

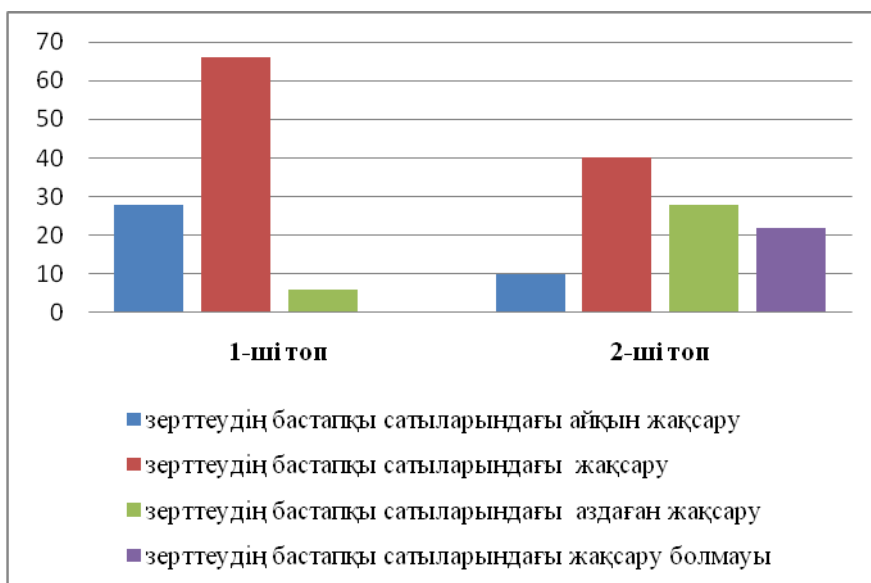


Сурет 1 - Астениялық бұзылыстардың динамикасын бағалау (MFI-20) негізгі топта, Карнидетинмен емдеуден бұрын және кейін



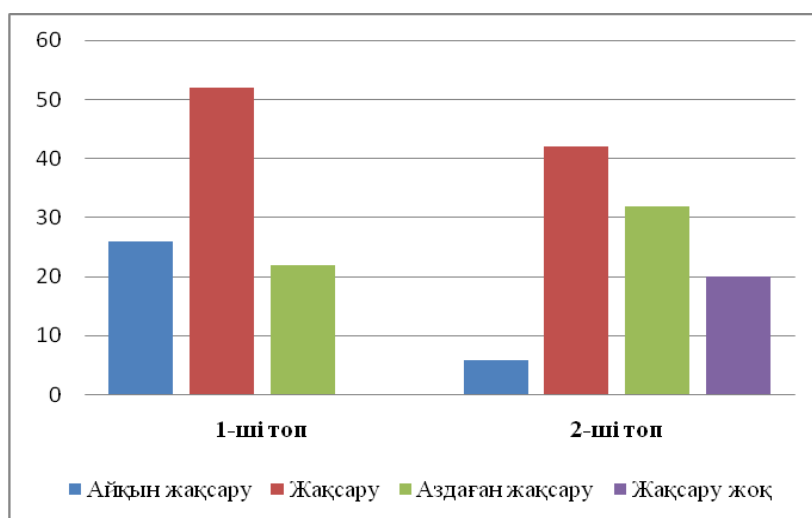
Сурет 2 - Үрей-вегетативті және танымдық бұзылыстардың динамикасын бағалау, негізгі топта, Карнидетинмен емдеуден бұрын және кейін

Топтардағы ем нәтижелерін салыстыру кезінде науқастың жалпы әсер алу шкаласы бойынша емнің 30-шы күні негізгі және бақылау топтары арасында маңызды дерлік айырмашылықтар анықталмады, бірақ зерттеу соңында 1-ші топтағы оң нәтижелер саны 2-ші топқа қарағанда айтарлықтай көп; ал салыстыру тобында науқастың жағдайына әсері болмағанын көрсетті (негізгі топта - 6,6%; 3 сурет).



Сурет 3 - Жалпы әсер алу шкаласы бойынша науқастардың үлесін бөлу. емнің 60-шы күні. негізгі (1-ші) топта және бақылау (2-ші) топта

Топтардағы науқастардың жағдайын динамикада клиникалық әсер ету-жақсару шкаласы CGI-I бойынша бағалау Карницетинмен емдеудің 30-шы күні жақсару және айқын жақсару жиілігі 1 топта 90 % (бағалау тек қана науқастардың субъективті пікірін ғана негізделіп қана қоймай, сонымен қатар зерттелген шкалалар динамикасы ескерілді), сол кезде 2-ші топтағы ұқсас бағалау 46,6 % науқаста ғана екендігін (2 есе сирек) көрсетті. Анығырақ оң динамика (76,7 % науқас айқын жақсаруына 50,1 % қарсы) ем соңында негізгі топта сақталды (сурет. 4).



Сурет 4 - Салыстырмалы динамика клиникалық әсер ету –жақсару шкаласы бойынша CGI-I, екі топта да терапияның 60-шы күні. Жанама әсерлер 1 топта 3 науқаста, 2-ші топта 1 науқаста анықталды, бірақ зерттеуден ешбіреуі шектелмеді. Ем басталар алдында науқастар тарапынан айтылған негізгі шағымдар: 4 науқаста асқазандағы жайсыздық сезімі және лоқсу.

Қорытынды

1. ДТД бар науқастарда келесі неврологиялық белгілер анықталған: астениялық синдром – 98 %; үрей – 95 %; вегетативті бұзылыс белгілері – 82 %; танымдық бұзылыстар – 47 %.
2. Карницетиннің 0,5г/тәул тәуліктік мөлшері жалпы астенияның, психикалық астенияның көріністерін статистикалық анық төмендетті. ДТД бар науқастар еміне карницетин (0,5 г/тәул) қосып тағайындау неврологиялық белгілерді айқын төмендетеді.
3. Карницетин қабылдап жүрген науқастарда барлық зерттелген танымдық шкала бойынша статистикалық айқын жақсару анықталды. Емнің 30-шы күні науқастарда нейродинамикалық типті танымдық қызметтің (зейін шоғырлануы, тапсырмаларды орындау жылдамдығы, есте сақтау қабілеті) және жалпы жағдайының клиникалық жақсаруы байқалды.
4. Карницетинмен емдеу кезіндегі зерттеудің 60-шы күні үрей айқын статистикалық төмендеді (р Карницетин 0,5 г/тәул тәуліктік мөлшері қауіпсіз деп бағаланды).

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Кадурина Т.И., Горбунова В.Н. Дисплазия соединительной ткани. Руководство для врачей. - СПб., 2009. - 714 с.
- 2 Копелевич В.М. Применение ацетил-L-карнитина (карнитетин) в клинической практике. Методическое пособие. - М., 2010. - 28 с.
- 3 Копелевич В.М. Витаминоподобные соединения L-карнитина и ацетил-L-карнитина: от биохимических исследований к медицинскому применению // Укр. биохим. журн. - 2005. - № 77. - С. 24-45.
- 4 Нечаева Г.И., Викторова И.А. Дисплазии соединительной ткани: терминология, диагностика, тактика ведения пациентов. - Омск, 2007. - 188 с.
- 5 Сухоруков В.С. К разработке рациональных основ энерготропной терапии // Рациональная фармакотерапия. - 2007. - № 2. - С. 40-47.
- 6 Торшин И.Ю., Громова О.А. Дисплазии соединительной ткани, магниевые и нуклеотидные полиморфизмы // Кардиология. - 2008. - № 10. - С. 57-64.
- 7 Шабалов Н.П., Арсентьев В.Г. Педиатрия: национальное руководство. - М., 2009. - № 1. - С. 298-320.
- 8 Aliev G, Liu J, Shenk J, et al. Neuronal mitochondrial energy metabolism // Neuropharmacol. - 2008. - Vol.55(2). - P. 223-229.
- 9 Angelucci L, Ramacci MT, Tagliatalata G, et al. Nerve growth factor binding in aged rat central-nervous system: effect of acetyl-L-carnitine // J. Neurosci. Res. - 1988. - Vol.20. - P. 491-496.
- 10 Bremer J. Carnitine-metabolism and functions // Physiol. Rev. - 1983. - Vol.63. - P. 1420-1480.
- 11 Castorina M., Ambrosini A.M., Pacific L., et al. Age-dependent loss of NMDA receptors in hippocampus, striatum and frontal cortex of the rat: prevention by acetyl-L-carnitine // Neurochem. Res. - 1994. - Vol.19. - P. 795-798.
- 12 Harsing L.G. Jr., Sershen H., Toth E., et al. Acetyl-L-carnitine releases dopamine in rat corpus striatum: an in vivo microdialysis study // Eur. J. pharmacol. - 1992. - Vol.218. - P. 117-121.
- 13 Imperato A., Rammacci M.T., Angelucci L. Acetyl-L-carnitine enhances acetylcholine release in the striatum and hippocampus of awake freely moving rats // Neurosci. Lett. - 1989. - Vol.107. - P. 251-255.
- 14 Liu J., Head E., Kuratsune H., et al. Comparison of the effects of L-carnitine // Ann. NY Acad. Sci. - 2004. - Vol.1033. - P. 117-131.
- 15 Pettegrew J.W., Levine J., McClure R.J. Acetyl-L-carnitine physical-chemical, metabolic, and therapeutic properties: relevance for its mode of action in Alzheimer's disease and geriatric depression // Molecul. Psychiat. - 2000. - № 5. - P. 616-632.
- 16 Tempesta E., Janiri L., Pirrongelli C. Stereospecific effects of acetyl-L-carnitine on the spontaneous activity of brainstem neurones and their responses to acetylcholine and serotonin // Neuropharmacology. - 1985. - Vol.24. - P. 43-50.
- 17 Tsuji A. Functional relevance of carnitine transporter OCTN2 to brain distribution of L-carnitine and acetyl-L-carnitine across the blood-brain barrier // J. Neurochem. - 2001. - Vol.79. - P. 959-969.
- 18 Ормантаев К.С., Хабижанов Б.Х., Машкеев А.К. Анализ современного состояния и тенденции развития мировой и отечественной педиатрической науки // Известия НАН РК. Медицина. - 2011. - №3. - С. 70-81.

К. Кунанбай, А.Б. Сейданова, А.А. Суйналиева

*Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова,
Кафедра внутренних болезней №2,
С курсом клинической фармакологии и фармакотерапии*

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ, АСТЕНИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ: ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Резюме. В настоящем обзоре представлены результаты оценки эффективности и безопасности использования препарата ацетил-L-карнитин (Карнитетин) при астенических, психовегетативных и когнитивных нарушениях для 60 пациентов, находящихся на диспансерном учете с дисплазией соединительной ткани в сравнении с немедикаментозной и общеукрепляющей терапией. Установлено, что терапия Карнитетином ослабляет проявления астении, уменьшает неврологическую и вегетативную симптоматику, способствует значимому улучшению по всем когнитивным шкалам.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, астенические нарушения, психовегетативные нарушения, когнитивные нарушения, ацетил-L-карнитин

K. KUNANBAI, A.B. SEIDANOVA, A.A. SUINALIYEVA

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of Internal Medicine №2,
course of clinical pharmacology and pharmacotherapy*

PSYCHOVEGETATIVE, ASTHENIC AND COGNITIVE IMPAIRMENT IN CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA: THE CHOICE OF OPTIMAL THERAPY

Resume: This review presents the results of the evaluation of the efficacy and safety of use of acetyl-L-carnitine (Carnicetine) in asthenic, psycho-vegetative and cognitive impairment in 60 patients which located at the dispensary with connective tissue dysplasia in comparison with non-pharmacological and bracing therapy. It was found that the therapy with Carnicetine reduces the manifestations of asthenia, reduces neurological and vegetative symptoms with significant improvement in all cognitive scales.

Keywords: connective tissue dysplasia, asthenic disorders, psychovegetative disorders, cognitive impairment, acetyl-L-carnitine.