

нялся, кровотечение не возобновлялось и необходимости повторения электростимуляции не возникло. Выписана на 11-й день с выздоровлением.

Ф., 29 лет. Наблюдалась в клинике с 04.01.85 г. по поводу несостоятельности рубца после кесарева сечения в прошлом. 15.01.85 г. родоразрешена кесаревым сечением на сроке 39—40 нед. Извлечена девочка массой тела 3400 г, длиной 48 см, с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Кровопотеря во время операции — 800 мл. В дальнейшем на протяжении 10 ч с момента окончания операции периодически возникала гипотония матки и небольшими порциями выделялась кровь. Несмотря на активное консервативное лечение гипотонии, кровопотеря за этот период времени составила дополнительно 1000 мл. Применена наружная электростимуляция, продолжавшаяся в течение 2 часов. Матка сократилась, кровотечение прекратилось. Объем кровопотери восполнен. Выписана на 11-й день по выздоровлении.

Таким образом, наружная электростимуляция матки оказалась эффективной во всех 153 наблюдениях в плане предупреждения кровотечения как при искусственном прерывании беременности на поздних сроках, так и при последовом и послеродовом периодах срочных родов, включая и кесарево сечение.

Полученный лечебный гемостатический эффект у двух родильниц при гипотоническом кровотечении после кесарева сечения вселяет надежды, но требует дальнейшего подтверждения на большом количестве наблюдений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Персианинов Л. С., Хасин А. З. В кн.: Электронная аппаратура для стимуляции органов и тканей. Под ред. Р. И. Утямышева и М. Враны. М., Энергоатомиздат, 1983.

Поступила 08.01.86.

УДК 617.51—001.036.8—085.814.1—036.8

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЛЕГКОЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ.

Е. К. Валеев, Р. Ш. Шакуров, О. Ш. Самитов

Отделение нейрохирургии (руководитель — ст. научн. сотр. Е. К. Валеев) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деятель науки РСФСР и ТАССР, проф. У. Я. Богданович), кафедра иглорефлексотерапии (зав. — доцент Р. Ш. Шакуров) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, городская больница № 21 (главврач — Н. Н. Багаев) г. Казани

Наиболее частой формой закрытой черепно-мозговой травмы является сотрясение мозга; на его долю приходится от 50 до 84% [1, 3, 4]. Полагают, что изменения в головном мозге, возникающие при сотрясении, носят функционально обратимый характер [5]. Одним из эффективных методов воздействия на вегетативную нервную систему, функция которой значительно нарушается при легкой закрытой черепно-мозговой травме, считается рефлексотерапия, которая влияет на центры регуляции вегетативных функций [2].

В задачу данного исследования входило изучение возможностей использования метода иглорефлексотерапии в комплексном лечении больных в остром периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы.

Под нашим наблюдением находилось 287 больных (мужчин — 102, женщин — 185 в возрасте от 19 до 60 лет), получивших сотрясение и ушиб мозга легкой степени. Из них 112 пострадавшим в процессе лечебных мероприятий (кроме препаратов психотропного и вегетативного действия, анальгетиков и спазмолитиков) применяли иглорефлексотерапию. Контрольную группу составляли 175 человек, леченных в остром периоде по общепринятой методике, включающей в себя дегидратационную, десенсибилизирующую и седативную терапию. Госпитализация осуществлялась в первые часы — сутки после травмы. Производились клинико-рентгенологическое и электрофизиологические обследования.

Классическую акупунктуру больные получали со второго дня после травмы, вторым вариантом торсионного типа с оставлением игл на 30—40 мин по методике трехуровневого воздействия на точки акупунктуры [6] с некоторыми видоизменениями. Лечение начинали с точек «общего действия» 36 Е (III), 11 GI (II), затем переходили к точкам-ключам «чудесных» меридианов I и II пар 3 IG (VI), 62 V (VII), 5 TR (X), 41 VB (XI) с подключением точек, локализирующихся в области головы и шейно-воротниковой зоны: 15 T (XIII), 16 T (XIII), 17 T (XIII), 20 T (XIII),

10 IG (VI), 11 IG (VI), 15 GI (II), 16 GI (II), 20 VB (XI), 15 TR (X), 2 VB (XI), 11 VB (XI), 8 E (III). Рефлекторное воздействие акупунктуры было направлено на лимбико-гипоталамические структуры и нейроны ядер IX—X пар черепных нервов, контролирующей тоническую тормозную импульсацию в системе бульбарного афферентного пути и на преганглионарные симпатические нейроны боковых рогов спинного мозга.

В зависимости от преобладания ведущих нарушений в клинической картине острого периода травмы обследованные больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 70 больных, у которых превалировали общемозговые симптомы. Во 2-ю группу вошел 121 пострадавший с преобладанием вегетососудистых расстройств. В 3-й группе были 96 лиц с преимущественно астеноневротическим синдромом. Следует отметить, что абсолютно чистых форм ни в одной из выделенных групп не наблюдалось, имелись те или иные признаки сопутствующих синдромов.

В клинической картине больных 1-й группы преобладали признаки повышения внутричерепного давления: интенсивные головные боли распирающего характера, неоднократная рвота в первые часы и сутки, затем тошнота до 2—3 дней. Неврологические нарушения проявлялись раздражением образований срединных структур: снижением кортикальных рефлексов, нистагмом, слабостью мимической мускулатуры лица, понижением мышечного тонуса. У трети больных имелись резко выраженные менингеальные знаки; поясничный прокол терминальной цистерны показывал повышение ликворного давления от 1863 до 2942 Па, жидкость была прозрачной. Травматических изменений на краниограммах не выявлено.

При исследовании дисков зрительных нервов у большинства обследованных на 2—3-и сутки было умеренное расширение вен на глазном дне, нормализовавшееся к 7—10-му дню. У большинства больных ЭЭГ характеризовалась десинхронизацией биоэлектрической активности головного мозга. Диффузно регистрировалась высоко-частотная бета-активность с амплитудой 20—30 мкВ. Иногда бета-активность приобретала характер пароксизмов с амплитудой выше амплитуды доминирующей активности. На РЭГ выявлялась межполушарная асимметрия, преимущественно в окципитомастоидальных отведениях. ЭхоЭГ указывала на расщепление и расширение срединного эха, отраженного от стенок III желудочка, расстояние между которыми было больше 7 мм, а в ряде случаев до 10—11 мм; определялись выраженные импульсы от боковых желудочков мозга. «Индекс мозгового плаща», то есть отношение расстояния между срединным и конечным эхом к расстоянию между эхо-сигналом от височного рога до конечного эха, колебался в пределах 2,5—3,0, причем у всех больных, у которых указаный индекс был выше 2,4, отмечалось расширение III желудочка.

Пострадавшие 2-й группы, преимущественно женщины (75%) в возрасте от 27 до 48 лет, жаловались на головную боль перемежающегося характера, общую слабость, эмоциональную лабильность, нестабильность пульса и АД, головокружение и тошноту при поднятии и поворотах головы. У них констатированы признаки раздражения диэнцефальных и мезенцефальных структур мозга: асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов, мышечного тонуса, слабость конвергенции, нарушение координаторных проб; гипергидроз, стойкий дермографизм. Изменения на глазном дне характеризовались мозаичностью картины: у 32% — норма, у 37% — спазм артерий сетчатки, у 31% — расширение вен. На краниограммах костно-травматических изменений не обнаружено, в то же время у половины обследованных имелось усиление сосудистого рисунка костей свода черепа. На ЭЭГ отмечалась дезорганизация биопотенциалов с наличием признаков раздражения: заострение вершук альфа-волн, гиперсинхронные вспышки альфа- и тета-волн частотой 5—7 кол./с, амплитудой 100—110 мкВ. На РЭГ наблюдались признаки асимметрии кровенаполнения в системе сонных артерий или сосудов вертебробазилярной системы. При ЭхоЭГ — признаки межполушарной асимметрии, усиление пульсации отраженных сигналов.

В 3-й группе можно было выделить две преобладающие в возрастном аспекте категории больных: 19—23 лет (34%) и 51—60 лет (43%). Пострадавшие жаловались на головную боль сжимающего характера, раздражительность, нарушение сна, сердцебиение, общую слабость, быструю утомляемость. Неврологические нарушения были представлены непостоянным мелкокорзинчатым горизонтальным нистагмом, оживлением проприоцептивных рефлексов, клонусом стоп, тремором век и вытянутых пальцев рук, неустойчивостью в позе Ромберга. Имелась тенденция к артериальной гипотензии. У половины обследованных на глазном дне выявлялся спазм артерий сетчатки. Краниограммы были без особенностей. На ЭЭГ регистрировался нерегулярный деформированный альфа-ритм с правильным его распределением по областям

коры; на этом фоне периодически можно было наблюдать появление вспышек заостренных альфа-волн более высокой амплитуды. Функциональные нагрузки вызывали усиление признаков ирритации. На РЭГ определялось снижение сосудистого тонуса, что проявлялось в уменьшении крутизны наклона анакротической фазы, уплощении вершины РЭГ-волны, появлении дополнительной венозной волны. ЭхоЭГ-изменения характеризовались усилением пульсации сигналов, ширина III желудочка была в пределах нормы.

Результаты наших клинико-электрофизиологических исследований указывают на то, что у больных при легкой закрытой черепно-мозговой травме преобладают симптомы раздражения срединных структур и образований верхнего отдела ствола головного мозга.

Из 112 больных, которым в комплексе лечебных мероприятий была включена иглорефлексотерапия, признаки повышения внутричерепного давления были обнаружены у 27, вегетососудистые расстройства — у 53, астеноневротические проявления — у 32.

У больных 1-й группы для воздействия на сосудистый тонус дополнительно использовали следующие точки: 2 R (VIII), 15 I (XIV), 12 I (XIV), 15 V (VII), 20 V (VII), 20 T (XIII), 4 GI (II), 7 C (V), что способствовало уменьшению венозного полнокровия и отека мозга. При интенсивных головных болях иглотерапию сочетали с электроакупunkturой по тем же точкам.

Больным 2-й группы для воздействия на вегетативные центры иглы вводили в специфические точки: 20 VB (XI), 2 R (VIII), 10 V (VII), 12 I (XIV), а также во внемеридианные и «новые» точки: BM1, BM3, BM29, H14, H27. Эффект значительно усиливался при подключении аурикулярных точек: AT9I (внутреннее ухо), AT13II (надпочечник), AT29VI (затылок), AT34VI (кора головного мозга), AT51IX (симпатическая нервная система), AT55X (шень-мэнь).

У больных 3-й группы дополнительно воздействовали на следующие точки: 4 I (XIV), 6 I (XIV), 13 F (XII), 15 V (VII), 17 V (VII), 14 T (XIII), 36 E (III), 43 E (III), 20 T (XIII), 14 E (III), 10 TR (X), 5 C (V), 7 C (V).

У большинства больных уже после 3—5 сеансов иглорефлексотерапии наступало отчетливое улучшение, что подтверждалось положительной динамикой клинической симптоматики и электрофизиологических показателей. Сроки их пребывания в стационаре оказались на 3 ± 1 дня меньше, чем у пациентов, леченных по общепринятому методу.

В контрольной группе заметное улучшение в состоянии больных начиналось с 8—10-х суток после травмы. В то же время на ЭЭГ существенных изменений по сравнению с первым днем не наблюдалось. На реограммах имелась тенденция к восстановлению, но она была статистически недостоверной.

ВЫВОДЫ

1. Одним из пусковых моментов возникновения патологических реакций при легкой закрытой черепно-мозговой травме является раздражение срединных образований и ствольных отделов головного мозга, что обосновывает применение метода рефлексотерапии.

2. Использование акупунктуры в комплексном лечении больных в остром периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы способствует более раннему восстановлению нарушенных функций: регрессированию не только вегетососудистых и астеноневротических расстройств, но и признаков интракраниальной гипертензии.

3. Воздействие иглорефлексотерапии должно быть дифференцированным и зависеть от ведущих проявлений острого периода легкой закрытой черепно-мозговой травмы. Этот метод как один из видов лечения может быть рекомендован в широкую клиническую практику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганженко Л. А. В кн.: Актуальные вопросы реабилитации в нейротравматологии. Л., 1979.— 2. Дуринян Р. А., Козлов Б. Л. В кн.: Технические вопросы рефлексотерапии и системы диагностики. Калинин, 1981.— 3. Лебедев В. В., Горенштейн Д. Я. Лечение и его организация при черепно-мозговой травме. М., Медицина, 1977.— 4. Моисеева Н. И., Лучко Г. Д. Опыт работы консультативно-диагностического пункта вычислительной диагностики острой черепно-мозговой травмы. Л., 1977.— 5. Самоткин Б. А. Руководство по нейротравматологии. М., Медицина, 1978. т. 1.— 6. Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии. М., Медицина, 1982.