

ОПЫТ ФИЗИОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ И РЕЗИДУАЛЬНОЙ СТАДИЯХ ПОЛИОМИЕЛИТА

Доц. В. Е. Добрускин

Курс физиотерапии (зав.— доц. В. Е. Добрускин)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Полиомиелит вызывается вирусом, проникающим в организм человека и поражающим различные органы и системы, главным образом нервную систему. Поражение нервной клетки, особенно двигательной, наступает в ранней стадии инфекционного процесса и связано с внедрением вируса в клетку.

Двигательные клетки, будучи измененными в острой стадии полиомиелита, могут длительно сохраняться в измененном, но еще восстановимом состоянии. В развитии этих хронических, но обратимых изменений нервов, помимо трансневрональных нарушений, особую роль играет расстройство обмена витамина «Е» (токоферол), который оказывает энзимохимическое действие на синтез ацетилхоллина. Наблюдения последних лет показали, что под влиянием фармакологических средств — прозерина, дибазола, физиотерапевтических и ортопедических воздействий эти клетки могут восстановить свои функции даже спустя 10 лет после заболевания. Поэтому вполне оправданы, по мнению ряда авторов (Робинзон, Уфлянд, Аникин и др.), активное вмешательство в резидуальной стадии полиомиелита и применение при этом средств, стимулирующих нервные клетки, восстанавливающих синаптическую передачу, активизирующих внутриклеточный обмен и вызывающих перестройку метаболизма клетки, находящейся в состоянии парабиоза.

Исходя из вышеизложенного, мы приступили к лечению различными физиотерапевтическими средствами больных полиомиелитом в восстановительной и резидуальной стадиях.

Под нашим наблюдением в 1955—57 гг. находились 40 больных полиомиелитом в восстановительном и резидуальном периодах.

Острую стадию заболевания большинство перенесло, находясь в инфекционной больнице, где применяли переливание крови и различные медикаменты (пенициллин, дибазол, прозерин, гамма-глобулин и другие препараты), отдельные ортопедические, главным образом, профилактические мероприятия и некоторые физиотерапевтические процедуры (ванны, массаж и иногда диатермию).

Из 40 больных 26 поступили из Казани, а остальные — из районов Татарии. Мальчиков было 17, девочек — 23. Возраст детей при заболевании: до 6 мес. — 2; от 6 мес. до 1 года — 8; от 1 г. до 2 лет — 9; от 2 до 3 — 7; от 3 до 4 — 8; от 4 до 5 лет — 1; от 5 до 10 — 3; от 10 до 20 лет — 2.

По тяжести заболевания всех наших больных можно разделить на несколько групп. К первой мы отнесли больных с острым началом заболевания, высокой температурой (39—40°), менингеальными симптомами, болями в туловище и конечностях и параличами в начале заболевания. Эти больные поступали в течение первой декады заболевания в инфекционные больницы, где им проводили медикаментозное лечение (прозерин, дибазол, гамма-глобулин) и в отдельных случаях применяли парафин или диатермию. В результате наступала ликвидация паралича в верхних конечностях и оставался парез одной нижней конечности. Под наше наблюдение они поступали в восстановительном периоде, чаще всего через 1—1,5 месяца после начала заболевания.

Ко второй группе мы относили больных, у которых начало и развитие заболевания протекали значительно легче, чем у первой группы, и в патологический процесс вовлекалась лишь одна нижняя конечность. Этим больным, госпитализированным в первые дни заболевания, проведена соответствующая медикаментозная терапия. К нам они поступали через 1—2 месяца после начала заболевания. Мы начинали физиотерапию поступавших к нам больных спустя 1—2 месяца после начала заболевания — с диатермии, учитывая, что при этом происходит образование эндогенного тепла, усиление фагоцитоза, обмена и ферментативных реакций с рассасыванием местных отеков. Первый курс диатермии проводили по поперечной методике (один электрод накладывали на очаг поражения в спинном мозгу, а другой — на живот), силу тока варьировали в зависимости от возраста от 0,2 до 0,6 А по 15—20 мин. на сеанс, давая процедуры через день и на курс лечения — от 15 до 20 процедур. В чередовании с диатермией проводили на следующий день электрофорез кальция и фосфора одновременно, располагая электроды во время первого курса поперечно, а в дальнейшем — продольно, сила тока — от 2 до 6—8 мА по 15—20 мин. на процедуру в количестве 12—15 сеансов на курс. Одновременно многим больным проводилось лечение массажем и лечебной гимнастикой, была сделана соответствующая ортопедическая обувь. Уже после первого курса лечения у большинства отмечено улучшение: увеличение объема движений и силы, улучшение электровозбудимости мышц в парализованных конечностях.

Через 1—2 месяца мы провели многим больным повторные курсы физиотерапевтических процедур, а ряду из них в дальнейшем мы провели третьи, четвертые и

последующие курсы лечения. Во всех курсах лечения обязательной процедурой была диатермия в чередовании с ритмической прерывистой гальванизацией или электро-стимуляцией мышц на аппарате АСМ-2. В случае отрицательной реакции ребенка на эти процедуры мы, взамен их, применяли лабильную гальванизацию с силой тока до 5 мА и продолжительностью процедуры до 10—15 мин. или проводили курс электрофореза кальция и фосфора по вышеуказанной методике. Некоторым, вместо диатермии, мы применяли грязевые аппликации на очаг поражения в позвоночнике и на ноги, температура грязи — от 38 до 42°, продолжительность процедуры — 10—15 мин. через день в количестве 10—12 процедур на курс лечения. Некоторые приняли в перерыве нашего лечения курс лечения на курортах (Евпатория, Калуга-Бор, Одесса). У большинства после систематических курсов физиотерапевтического лечения отмечаются значительные сдвиги в сторону улучшения: уменьшался или полностью исчезал паралич конечностей, увеличивался объем движений и нарастала сила пораженной конечности, появлялись отсутствовавшие рефлексы и нормализовалась электровозбудимость нервов и мышц.

Поступила 2 ноября 1959 г.

ЗАВИСИМОСТЬ МЕЖДУ ХАРАКТЕРОМ АВТОТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ И КОЛИЧЕСТВОМ АЛКОГОЛЯ В КРОВИ И МОЧЕ ВОДИТЕЛЕЙ

Е. Я. Соколов

Кафедра судебной медицины (зав.— доц. И. В. Скопин)
Саратовского медицинского института

Выяснение роли алкоголя при происшествиях на автотранспорте на практике требует количественного определения алкоголя в крови водителей, поскольку в 60—70% даже средняя степень опьянения не сопровождается достаточными клиническими признаками, а легкая степень часто и вообще не определяется (1—3). Однако даже при малых концентрациях алкоголя в крови (от 0,43 до 1%) нарушается ориентировка в скорости движения автомашины, замедляется ответная реакция на опасность и снижается наблюдательность. При больших же концентрациях (выше 2%) скорость движения автомашины может быть завышена на 20—30 км/час, а скорость ответной реакции водителя замедляется в 8—9 раз.

В. Шверд и Д. Аммон (11) установили, что при концентрации алкоголя в крови в 1,4—1,6% человек представляет угрозу на улице, независимо от средств транспорта. Часто при этом шофера теряют под влиянием алкоголя способность сохранять установившийся на данной улице темп движения.

Нами проведено 88 освидетельствований водителей, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, у которых определялась концентрация алкоголя в крови и моче микрометодом Видмарка в модификации Шоймша.

Детальные данные о характере нарушений и происшествий, допущенных водителями, мы получали из материалов дисквалификационной комиссии госавтоинспекции Саратова.

Изученный материал (по классификации Видмарка) распределяется следующим образом:

Легкая степень опьянения

I до 0,5‰ — содержание алкоголя в крови, не имеющее судебного значения 1 сл.
II 0,5—0,99‰ — выраженное влияние алкоголя 10 сл.

Средняя степень опьянения

III 1,0—1,49‰ — явное влияние алкоголя 23 сл.
IV 1,5—1,99‰ — стойкое влияние алкоголя 30 сл.
V 2,0—2,49‰ — сильное влияние алкоголя 14 сл.
VI 2,5‰ и выше — сильнейшее влияние алкоголя 1 сл.

По характеру автотранспортных происшествий случаи распределяются следующим образом:

1. Нарушение правил движения автотранспорта — 54 случая, из них: а) превышение скорости — 26; б) проезд под запрещающий знак — 16; в) езда по осевой линии и левой стороне проезжей части улицы — 5; г) нарушение правил обгона — 6; д) провоз пассажиров на необорудованной автомашине — 1.
2. Автопроисшествия — 21 случай: а) наезды — 12; б) столкновения — 9.