

# ПРИМЕНЕНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

А.Б. Ситель, Е.Б. Тетерина, Т.С. Аванесова

Центр мануальной терапии (г. Москва)

## Введение

Проблема лечения последствий черепно-мозговой травмы является чрезвычайно актуальной для современной медицины [1]. «Травматизм, прежде всего мозговой, в конце XX века стал актуальной проблемой не только здравоохранения, но и любой общественной системы в целом. Повреждения мозга – одна из главных причин смертности и инвалидизации населения, а у лиц молодого возраста им принадлежит трагическое первое место. Ежегодно в мире от черепно-мозговой травмы (ЧМТ) погибает 1,5 млн. человек, а 2,4 млн. становятся инвалидами. Частота встречаемости ЧМТ в среднем составляет 3–4 на 1000 населения. Ежегодно в России ЧМТ получает около 600 тысяч человек, 50 тысяч из них погибают, а еще 50 тысяч становятся официальными инвалидами» [2].

Актуальность изучения возможностей эффективного лечения последствий перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) связана с тем, что возникающие в раннем или позднем посттравматическом периоде расстройства со стороны психоневрологической сферы также могут вызывать серьезные нарушения в организме человека вплоть до полной инвалидизации. В связи с этим изучаемая проблема является сегодня чрезвычайно важной в современной неврологии и психиатрии.

К отдаленным и наиболее опасным для здоровья человека последствиям перенесенной ЗЧМТ относится формирование посттравматической энцефалопатии в виде церебрального синдрома, астено-невротического состояния, синдрома ликворной дистензии, эпи-синдрома. В посттравматическом периоде часто развивается диэнцефальный синдром, для которого характерным является наличие

вегето-сосудистой дистонии, вегето-висцеральных пароксизмов, нервно-психический синдрома, расстройства сна и терморегуляции.

Пациенты, перенесшие ЗЧМТ, нуждаются в тщательном наблюдении неврологом, причем, как минимум в течение одного года с момента получения травмы. При этом предусматривается проведение нескольких курсов медикаментозной терапии, которая бывает, как правило, длительная, и включают большое количество препаратов психоневрологической направленности.

Исходя из этого, использование в комплексном лечении таких пациентов одного из эффективных методов традиционной медицины как иглорефлексотерапия (ИРТ) будет способствовать уменьшению или исчезновению болезненных проявлений, особенно в стадии функциональных нарушений [3–5].

**Цель исследования** – изучение эффективности иглорефлексотерапии в комплексном лечении пациентов, перенесших закрытую черепно-мозговую травму.

## Материалы и методы

Работа выполнялась на базе Центра мануальной терапии г. Москвы и основана на результатах клинического наблюдения и лечения 43 пациентов (17 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 26 до 44 лет с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы. ЗЧМТ в виде сотрясения головного мозга легкой и средней степени диагностировалась у 20 человек, тяжелой степени – у 19 пациентов, ушиб головного мозга – у 4-х человек.

Помимо консультации невролога и оценки психоневрологического статуса всем пациентам до и после лечения проводилось комплексное обследование, включающее электро-

энцефалографию (ЭЭГ), реоэнцефалографию (РЭГ), эхоэнцефалографию (ЭХО-ЭГ), полную развернутую диагностику методом вегетативного резонансного теста (ВРТ) «ИМЕДИС-ТЕСТ» [6], электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля [7]. В некоторых случаях использовалось дополнительное УЗИ-исследование пациентов.

Проведение исследований методом ВРТ «ИМЕДИС-ТЕСТ» и Фолля осуществлялось на аппаратно-программном комплексе «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ» (регистрационное удостоверение № ФС 022а2005/2263-05), разработанного в Центре интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» под руководством профессора Ю.В. Готовского.

При ИРТ использовались как корпоральные, так и аурикулярные точки.

### Полученные результаты и их обсуждение

Астено-невротическое состояние было выявлено у всех 43 человек, перенесших сотрясение или ушиб головного мозга. Проявления астено-невротического состояния были различными: пациенты жаловались на головную боль, утомляемость, снижение памяти, вялость, плаксивость, перепады настроения.

У 2-х человек после перенесенного сотрясения головного мозга появился ночной энурез, а у одного пациента – гиперкинезы мимических мышц.

В группе пациентов, у которых получение травмы было связано с острым эмоциональным стрессом (автокатастрофа, избиение на улице, драка при конфликтных отношениях в семье) практически у всех обследуемых наблюдались стойкие фобии (страх выходить на улицу, страх смерти), а у 2% пациентов – депрессивные состояния.

У 40 пациентов после травмы появилось беспокойство, нервозность, отмечалось ухудшение сна, нарушения процесса засыпания, частые пробуждения ночью.

При осмотре в неврологическом статусе у 72% человек была выявлена рассеянная очаговая микросимтоматика: горизонтальный мелкоамплитудный нистагм, тремор и девиация языка, оживление сухожильных рефлексов с анизорефлексами и расширением рефлексогенных зон, атаксия и головокружение в позе Ромберга.

Методом ВРТ психологическая нагрузка 2–3-й степени определялась у 28 человек, а также тестировались и психо вегетативные нагрузки. Указание на вегетативное отягощение слабой степени тестировалось у 14% пациентов, средней – у 68%. У 4-х человек (2 пациента после автокатастрофы и 2 человека после избиения супругом) методом ВРТ выявлялись депрессивные расстройства. Указание на напряжение вегетативной нервной системы 1-2-й степени отмечалось у 18%, 3-й степени у 38 %, а 4-й степени – у 4% обследуемых.

При обследовании по методу Р. Фолля у 78% пациентов отмечался выраженный дисбаланс вегетативной нервной регуляции (асимметрия показателей на БАТ вегетативной нервной системы до 20 у.е. справа и слева при превалировании повышенных показателей слева). Это сочеталось с выявленными нарушениями в артерио-венозном русле головного мозга. Так у 64 % пациентов выявлено обеднение артериального кровотока в виде снижения измерительных величин на точках артерий до 30 у.е., признаки артериального спазма в виде повышения показателей на тех же точках – до 70 у.е. При этом проявления венозного застоя и нарушения венозного оттока в виде повышения показателей на точках вен от 70 до 85 у.е. с «падением стрелки» от 8 до 20 у.е. наблюдалось практически у всех обследуемых.

Клинико-анамнестические данные, выявленные изменения неврологического статуса и результаты обследования с помощью методов ВРТ и Фолля достоверно подтверждались результатами РЭГ, ЭЭГ и ЭХО-ЭГ исследований, а также характером картины глазного дна. Так, у всех 78% пациентов, у которых методами ВРТ и Фолля тестировались вышеуказанные патологические нарушения со стороны нервной системы, по результатам РЭГ исследования наблюдались наибольшие изменения мозгового кровотока с признаками обеднения в артериальном русле, недостаточности кровоснабжения, артериального спазма, избыточного кровенаполнения в сонных или позвоночных артериях и венозного застоя. По данным ЭЭГ, проявления дисфункции структур лимбико-ретикулярного комплекса отмечались у 78% пациентов, снижение порога судорожной готовности – у 18%, наличие специфической эпи-активности «пик-волна» – у 4% пациен-

тов. Признаки внутричерепной гипертензии по данным РЭГ, ЭХО-ЭГ, картины глазного дна отмечались у 87% пациентов.

Таким образом, все обследованные пациенты нуждались в проведении неврологической коррекции указанных нарушений.

Всем 43 пациентам была назначена комплексная терапия, когда на фоне курсового приема дегидратационных, сосудистых, нейротропных, седативных средств, назначаемых в зависимости от клинической картины, проводились сеансы ИРТ.

Контрольную группу составили 28 человек, которые получали только лечение аллопатическими препаратами без применения ИРТ.

Курс лечения пациентов обеих групп составил от 6 месяцев до 1 года.

Пациентам обследуемой группы (43 человека) при назначении ИРТ учитывался ведущий синдром, на устранение которого и направлялось основное лечение.

При нарушении функции сердечно-сосудистой системы (перепады АД, аритмии, боли в области сердца) использовались точки на меридианах сердца и перикарда:  $C_5$ ,  $C_7$ ,  $MC_6$ ,  $MC_7$  с комбинацией в рецепте точек  $V_{13}$ ,  $T_{13}$ ,  $J_{14}$  и  $J_{15}$ .

При вегето-сосудистой дистонии по гипертоническому типу эффективным было воздействие на точку  $P_9$ , а по гипотоническому –  $TR_5$  и  $T_{20}$ .

При частых фобических реакциях в рецепт включались точки  $C_5$ ,  $MC_5$ ,  $RP_6$  или же  $TR_5$  и  $VB_{41}$ ;  $TR_8$  и  $VB_{39}$ . Для снижения гипоксии и улучшения кровотока в диэнцефальной области в рецепт добавлялись точки шейно-воротниковой области, затылка, лица и головы (точки задне-срединного меридиана  $T_{4,13-17,20}$ , меридиана мочевого пузыря –  $V_{10-15}$ , желчного пузыря  $VB_{12,14,20,21}$ ).

Длительность курса лечения зависела от клинического состояния больного и переносимости им терапии и составляла от 10–12 до 15 сеансов с последующими повторными курсами через 2–4 недели.

Аурикулотерапия проводилась или после окончания сеанса ИРТ или одновременно с проведением корпоральной ИРТ. В основном использовали точки сердца, коры головного мозга, подкорки, симпатической нервной системы.

При вегето-висцеральной форме диэнцефального синдрома, сопровождавшейся расстройством функции пищеварительного тракта или функции дыхания в терапии наряду с точками, влияющими на ЦНС (точки головы, шейно-воротниковой зоны). В рецепт также включались точки, нормализующие функцию желудочно-кишечного тракта или легких:  $GI_{4,11,12}$ ,  $E_{25,36,41,45}$  или  $MC_6$  и  $RP_4$ .

Расстройства режима сна и бодрствования характеризовались разными проявлениями – трудности при засыпании, прерывистый или поверхностный сон, раннее пробуждение, изменение формулы сна (сонливость днем и бессонница ночью). В этих случаях наиболее часто применяемыми точками были:  $T_{4,14,16,20}$ ,  $F_2$ ,  $F_3$ ,  $R_6$ ,  $E_{36,44}$ ,  $RP_4$ ,  $V_{60-62}$ ,  $VB_{20,21,41}$ ,  $MC_6$ ,  $RP_6$ ,  $R_2$ .

В случаях выраженного астено-невротического состояния (раздражительность, повышенная утомляемость, вспыльчивость, нарушения сна, головные боли, эмоциональная лабильность и др.) в терапии использовались точки меридиана сердца, путем воздействия на которые устраняют тревогу, страх, тахикардию, боли в области сердца –  $C_{5,7,3,9}$ , при повышенной утомляемости –  $T_4$ , и  $E_{36}$ ,  $GI_{10,11}$  и др., при головной боли в лобной части –  $T_{23}$ ,  $GI_4$ ,  $E_{36}$ , в теменной области –  $T_{20}$ ,  $V_{63}$ ,  $F_2$ ,  $V_7$ , боль в затылке –  $V_{10}$ ,  $T_{14}$ ,  $IG_3$ ,  $V_{60}$ , в височной области –  $E_8$ ,  $TR_5$ ,  $VB_{11}$  и др.

При лечении энуреза, возникшего после перенесенной ЗЧМТ, основными точками являлись  $J_{3,4}$ ,  $T_{1,4}$ ,  $V_{31-34}$ ,  $GI_{4,10}$ ,  $RP_{8,9}$ ,  $E_{36}$ .

Полученные результаты можно обобщить в следующем виде.

В группе пациентов, получавших сеансы ИРТ, отмечался более быстрый и более стойкий положительный терапевтический эффект, чем у обследуемых контрольной группы. По окончании курсов лечения пациенты не предъявляли жалоб, отмечалась нормализация как неврологического статуса, так и показателей по методам ВРТ и Р. Фолля, а также по данным ЭЭГ, РЭГ, ЭХО-ЭГ-исследований и картины глазного дна. При этом у обследуемых контрольной группы процесс выздоровления протекал несколько медленнее, причем в некоторых случаях отмечались побочные реакции на аллопатические средства (тошнота, изжога, сонливость днем), а также непереносимость назначенных препаратов.

Помимо исчезновения жалоб неврологического характера, пациенты на фоне ИРТ отмечали улучшение общего самочувствия. Методами ВРТ и Р. Фолля, а также и при УЗИ-исследованиях выявлялась четкая тенденция к нормализации сопутствующих соматических нарушений (дискинезия желчных путей, хронический холецистит, хронический гастродуоденит, хронический тонзиллит, нейродермиты).

После окончания курсов лечения (катамнез составил не менее 2-х лет) жалобы у пациентов не возобновлялись. Пациенты субъективно отмечали хорошее самочувствие, утомляемости при физической и умственной работе не наблюдалась. Головной боли и патологических симптомов со стороны других органов не было.

В контрольной группе обследуемых курсы коррекции аллопатическими препаратами часто приходилось проводить более длительно или назначать их повторно, причем даже 2–2,5 года спустя после перенесенной травмы.

Таким образом, стойкость терапевтического эффекта после проведения комплексного курсового лечения с использованием ИРТ прослеживалась довольно четко. Особо следует отметить, что отрицательных результатов и побочных эффектов при проведении ИРТ не было отмечено ни в одном случае.

### Выводы

Полученные результаты показали, что применение иглорефлексотерапии в комплексе лечения пациентов, перенесших закрытую черепно-мозговую травму, является высокоэффективным коррекции имеющихся психоневрологических нарушений. Отмечено, что проведение такой комплексной терапии не вызывало побочных явлений, характерных для лечения с использованием аллопатичес-

ких средств. Помимо исчезновения жалоб неврологического характера и улучшения общего самочувствия у пациентов отмечалась четкая тенденция к нормализации сопутствующих соматических нарушений. Проведенные исследования показывают целесообразность применения вышеуказанного метода лечения для всех пациентов, перенесших закрытую черепно-мозговую травму различной степени тяжести.

### Литература

1. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. – Т.1. – М.: «Антидор», 1998.
2. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма: итоги века // Медицинская газета. – 2000. – № 16–3.
3. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.: Наука, 1986.
4. Мачерет Е.Л., Самосюк Ч.З. Руководство по рефлексотерапии. – Киев: Вища школа, 1982.
5. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. – М.: Медицина, 1982.
6. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Махонькина Л.Б., Сазонова И.М., Фролова Л.А. Электростимуляторная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ»: Методические рекомендации. – М.: ИМЕДИС, 1997.
7. Яновский О.Г., Карлыев К.М., Королева Н.А., Кузнецова Т.В., Готовский Ю.В. Возможности компьютеризированной электростимуляторной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии (методические рекомендации). – М.: ИМЕДИС, 1999.