



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО–МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

А. В. Киселев, А. А. Герасимов

Черепно-мозговая травма относится к числу наиболее распространенных повреждений и встречается в 40% случаев всех видов травм. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, частота ЧМТ имеет тенденцию к нарастанию в среднем на 2% в год. Отмечается преобладание возрастной категории пострадавших от 20 до 50 лет, обладающих наибольшей трудоспособностью.

Проблема лечения черепно-мозговой травмы имеет социальное и экономическое значение. Первоочередной задачей в лечении пострадавших с черепно-мозговой травмой является снижение летальности, совершенствование оптимальных способов лечения, а также сохранение личности и трудовая реабилитация.

Методы консервативного лечения легкой черепно-мозговой травмы (ушиб головного мозга легкой степени тяжести и сотрясение головного мозга) стандартизированы и включают дегидратационную, седативную, противосудорожную, сосудистую, ноотропную терапию, симптоматические средства, витаминотерапию и создание покоя. Срок пребывания в стационаре по медико-экономическим стандартам 8 дней с последующим амбулаторным лечением в течение месяца. Несмотря на такой «типовой» подход к лечению больных, большая часть их выписывается с неврологической симптоматикой.

Наиболее характерной симптоматикой при легкой черепно-мозговой травме является общемозговая (головная боль, головокружение, тошнота, рвота) и астеновегетативная. Сохранение неврологических нарушений

связано и с субъективными причинами: отсутствие желания лечиться в стационаре и нарушение режима, нехватка медикаментов или денег для их покупки. Существуют некоторые особенности легкой ЧМТ, сопровождающейся травмой шейного отдела позвоночника и обострением остеохондроза, особенно с синдромом позвоночной артерии, замедляющие ее лечение. Для решения проблемы лечения этих больных необходимо применение более эффективных и достаточно дешевых методов лечения.

Одним из таких методов является способ внутритканевой электростимуляции (по патенту № 1103855), разработанный А. А. Герасимовым. Суть его заключается в воздействии на спинной и головной мозг импульсным электрическим током. Электрический ток при транскутантных процедурах задерживается поверхностным слоем кожи и уменьшается от 100 до 500 раз, поэтому иглу-электрод подводят к дужкам позвонков в шейном отделе.

А. А. Герасимовым было экспериментально установлено, что электроток проникает через костную ткань, воздействует на спинной мозг и распространяется далее по токопроводящим структурам нервной ткани и ликвора. Предполагалось, что пассивный электрод, уложенный на голове, будет способствовать проникновению электротока по ликворопроводящей системе желудочков и мозговой ткани, создавая дополнительный лечебный эффект.

Проведено лечение у 28 больных, находящихся на лечении в нейрохирургическом отделении по поводу легкой ЧМТ. Показанием к назначению лечения являлось отсутствие эффекта от традиционного консервативного лечения к 4 дню госпитализации и наличие общемозговых и астеновегетативных симптомов. Как правило, у таких больных трудно ликвидировать неврологическую симптоматику в стационаре и далее в амбулаторных условиях.

Методика заключалась в подведении иглы-электрода к дужке CVII или CII позвонков и проведении низкочастотного тока в течение 15-20 минут. Использовались также дополнительные точки (2-3 за 1 процедуру). Курс лечения состоял из 2-5 процедур ежедневно или через 1 день. Критерием для прекращения лечения являлся полный регресс неврологических нарушений.

У 2 больных возникали неприятные болевые ощущения и процедуры были прекращены. У остальных (26 человек) эффект прогрессировал после каждой процедуры. Часто было достаточно 2 процедур для ликвидации всех общемозговых и астеновегетативных проявлений. В динамике клинических симптомов наблюдался двуволновой эффект, когда все неврологические проявления исчезали сразу после процедуры, на следующий день симптомы частично возвращались, а через день вновь наблюдалось стабильное улучшение. Для закрепления эффекта процедура проводилась повторно. Отдаленные результаты лечения прослежены у 10 больных в сроки 3-6 месяцев. Ухудшение не наблюдалось.

Также нами проведено лечение электростимуляцией у 13 больных с последствиями ушибов головного мозга с грубой очаговой симптоматикой: гемипарезами, моторной афазией, парезами лицевого нерва и др. неврологическими нарушениями. Хорошие результаты получены в случаях мотор-

ной афазии и периферического пареза лицевого нерва. В некоторых случаях восстановление функции ЧМН не происходило (парезы VI пары, гемипарезы и т.д.). Предполагалось, что восстановление функций мозга при ушибах зависит от сохранности элементов нервной системы. Если последние находятся в зоне ишемии, то восстановление происходит быстрее, если же они сдавлены или имеется перерыв (т. е. нарушена анатомическая целостность), то электростимуляция лишь ускоряет процесс биологической перестройки и адаптации нервных структур.

Таким образом, небольшой опыт применения электростимуляции (по А. А. Герасимову) при лечении легкой ЧМТ дает хороший эффект в виде быстрого устранения неврологических расстройств и сокращения сроков лечения. Метод также эффективно может применяться при последствиях ушибов головного мозга. Следует отметить также экономичность, быстрый терапевтический эффект и сокращение расходов на медикаменты.

