

УДК 616.839 — 02: 616.72 — 002. 77: [616.714/716] — 001: 615.814.1



Є.Ф. Колтакова, М.А. Макєєва,  
В.В. Шутков, А.О. Жерновенков

## Динаміка вегетативних порушень під впливом голкорексфлексотерапії у хворих з травматичною хворобою головного мозку і ревматоїдним артритом

Дорожня клінічна лікарня на станції Харків Південної залізниці  
Харківська медична академія післядипломної освіти

**Ключові слова:** закрита черепно-мозкова травма, травматична хвороба головного мозку, вегетативні порушення, ревматоїдний артрит, голкорексфлексотерапія.

Проблема травматичної хвороби головного мозку (ТХГМ) має важливе загальномедичне і соціально-економічне значення. Закриті черепно-мозкові травми (ЗЧМТ) належать до частих і тяжких пошкоджень, кількість яких не має тенденції до зниження [2] і зростає в середньому на 2 % на рік [3]. У 40–60 % випадків (а за деякими даними, і в 70–90 % випадків) у осіб, що отримали ЗЧМТ, формуються різні її наслідки, перебіг яких характеризується частими станами декомпенсації, тимчасовою непрацездатністю, нерідко — інвалідизацією і соціальною дезадаптацією хворих [2]. Перше місце (до 68 %) серед віддалених наслідків ЗЧМТ посідають вегетативні порушення (ВП), які є або провідним клінічним синдромом, або відіграють важливу роль у патогенезі [1, 4]. Реабілітація хворих з ТХГМ ускладнюється через наявність у них соматичної патології. Одними з частих хронічних соматичних розладів є автоімунні ревматичні захворювання, на які нині страждають до 5–7 % населення [5]. Ревматоїдний артрит (РА) — одне з найчастіших автоімунних ревматичних захворювань — характеризується прогресуючим перебігом, уражує людей переважно молодого і середнього віку, призводить до стійкої втрати працездатності [6]. При РА часто виникає вегетативна дисфункція (до 47% випадків) [7].

Проблема поліпшення реабілітації осіб з ТХГМ у поєднанні з хронічною соматичною патологією є дуже актуальною. Досі не вивчені терапевтичні можливості комбінування медикаментозних і немедикаментозних методів реабілітації, низка додаткових ефектів при використанні голкорексфлексотерапії (ГРТ) потребує уточнення.

**Мета дослідження** — оцінити ефективність лікування вегетативних порушень у хворих з ТХГМ у поєднанні з ревматоїдним артритом методом голкорексфлексотерапії під час планового курсу реабілітації.

### Матеріали та методи

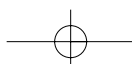
Обстежено 46 пацієнтів з ТХГМ, хворих на РА (30 жінок і 16 чоловіків віком від 28 до 63 років). У 83 % випадків ВП виникли протягом першого року після перенесеної ЗЧМТ, у 17 % — в терміни від 2 до 5 років після струсу головного мозку. Всі обстежені були розподілені на дві групи. Першу (основну) групу становили 28 хворих, у комплексній реабілітації яких, крім медикаментозних препаратів (дегідратаційних, вазоактивних, ноотропних, седативних, вітамінів), використовували метод ГРТ. Кількість і поєднання біологічно активних точок, методи дії на них підбирали індивідуально. Пацієнтам другої (контрольної) групи (18 обстежених) проводили тільки медикаментозне лікування аналогічними препаратами.

У всіх пацієнтів на початку і в кінці курсу реабілітації вивчали скарги, оцінювали неврологічний статус, проводили вимірювання артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень, ехокардіоскопію, реоенцефалографію, електроенцефалографію. Отримані дані обробляли методами математичної статистики за допомогою ліцензійної програми «Statistika».

### Результати та їхнє обговорення

Усі обстежені хворі першої групи скаржилися на ті або інші прояви вегетативної дисфункції: неприємні відчуття в ділянці серця були у 49% пацієнтів, напади серцебиття — у 29%, схильність до коливання АТ — у 93%, підвищена пітливість — у 37%, відчуття «браку повітря», задуха — у 25%, неспокій, тривожність — у 34%, відчуття жару — у 24%, субфебрильна температура тіла — у 16% хворих.

81% обстежених першої групи відзначали раптові нападоподібні стани, у перебігу яких виявлено 2 варіанти. У 59% — різке посилення головного болю, серцебиття, підвищення АТ, відчуття задухи, жару. Такі стани тривали від 10 до 30–40 хв і





виникали щодня або 1–2 рази на тиждень. У 22% хворих зареєстровано інший варіант: раптове посилення головного болю, що супроводжувався нападоподібним запамороченням; нудота, «потемніння в очах», відчуття «тиску» в грудній клітці, підвищення АТ, відчуття «безпричинної» тривоги, страху. Такі стани тривали 10–20 хв, реєструвалися щодня або 1–2 рази на тиждень. 19% хворих не скаржилися на пароксизми.

У другій групі обстежених також провідною скаргою був головний біль (практично в 100%), частіше (у 64%) – періодичний: при фізичній, психоемоційній перевтомі, як метеопатія. У решти пацієнтів головні болі мали постійний характер і частіше локалізувалися в лобовій, скроневій або в лобово-скроневих ділянках (68%), у 21% – у тім'яній і у 7% – переважно в потиличній ділянці. У 39% на тлі головного болю виникало запаморочення несистемного характеру, нудота і блювання турбували 29% хворих. Для пацієнтів цієї групи були характерними скарги на загальну слабкість (79%), підвищену стомлюваність (68%). Дратівливість, нестійкість настрою зафіксовані у 54%. Порухення сну спостерігали у 46% обстежених. 61% скаржилися на похитування, нестійкість при ходьбі. Напади серцебиття турбували 39% пацієнтів. Як і в першій групі, характерною була схильність до коливань АТ (79% випадків). Пітливість, частіше – долонь і стоп, спостерігали у 36% пацієнтів. Відчуття «браку повітря» відзначали 21% обстежених, невмотивовану тривогу – 18%, відчуття жару – 18%.

Пароксизмальні стани турбували 39% пацієнтів другої групи, вони характеризувалися різким посиленням головного болю, підвищенням АТ, нападоподібним серцебиттям, почервонінням обличчя, неспокоєм, тривожністю. Вони тривали від 5 до 15–20 хв, їхня частота становила від кількох разів на тиждень до 1–2 разів на місяць.

При дослідженні неврологічного статусу в 1-й групі нами були отримані такі дані: симптоми ураження черепних нервів виявлено в усіх обстежених, з них порушення окоорухової іннервації – у 83%, лицьового – у 76%, під'язичного – у 54%. Болючість точок виходу трійчастого нерва спостерігали у 49% обстежених, симптом Манна – у 51%. Анізорефлексія відзначена в 25% випадках. Нестійкість при пробі Ромберга спостерігали у 67% хворих, інтенцію і помилки при виконанні пальценосової проби – у 43%. ВП характеризувалися різними змінами дермографізму (87% випадків), загальним і дистальним гіпергідрозом (93%), акроціанозом (86%), лабільністю АТ і пульсу (92%), емоційною нестійкістю (96%); «грою вазомоторів» обличчя і верхньої половини тулуба (51%) і виявлялися вегетативно-судинною дистонією за гіпер-

тонічним типом (19%), а також симпато-адреналовими (59%) або змішаними (22%) вегетативними пароксизмами.

У всіх хворих основної групи використовували метод ГРТ. Голкорексфлексотерапію проводили з використанням від 2 до 7 біологічно активних корпоральних точок (punctum) і 1–2 аурикулярних. Курс лікування – 20 сеансів. Сеанси проводили щодня, в ранкові години (до 12.00).

При симпато-адреналових кризах використовували 1-й варіант гальмівного (седативного) методу: срібну голку вводили повільними обертальними рухами і залишали в тканинах на 30–40 хв. За нашими спостереженнями, найефективнішою була дія на точки V10, R1, J1, J15, J24, RP6, MC6, E36, F2. Для досягнення стійкішого ефекту використовували аурикулярні точки AP28, AP55, AP95, AP100.

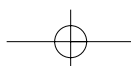
При вегетативно-судинній дистонії за змішаним типом застосовували 1-й або 2-й гальмівний варіант залежно від суб'єктивних відчуттів хворого. Використовували такі точки: P5, P9, G14, E36, RP6, RP21, C7, C9, V14, MC7, TR2, TR5, а також аурикулярні точки AP19, AP55, AP100.

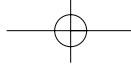
Практично всі обстежені процедуру акупунктури переносили задовільно.

Хворі основної групи після завершення курсу лікування відзначали значне зменшення головного болю (у 88% випадків), запаморочення (53%), нападів нудоти (48%), блювоти (30%). У 31% випадків зменшилися болі і неприємні відчуття в ділянці серця, в 33% – серцебиття. АТ нормалізувався в 74% спостережень. У 47% хворих поліпшився сон. Виражену позитивну динаміку спостерігали у вегетативній сфері: у 26% зменшилися явища гіпергідрозу, у 16% – зникли відчуття тривоги і страху, у 19% припинилися напади задухи, значно рідше виникали озноб (25%), припливи жару (9%).

У контрольній групі відповідні показники зазнали менших змін: головний біль зменшився в 40% випадків, запаморочення – в 32%, напади нудоти – в 35%, блювання – в 20%. Болі в ділянці серця стали менш інтенсивними у 33% обстежених, серцебиття – у 27%. Нормалізацію сну відзначали 45% обстежених. Показники АТ покращилися у 29%. У 21% пацієнтів зменшилися явища гіпергідрозу, у 18% – зникли напади тривоги, страху. Напади задухи зменшилися у 26% хворих, ознобу – у 32%, припливи жару припинилися у 23%, температура нормалізувалася у 13% обстежених.

Об'єктивні дані після завершення курсу лікування були такими: патологія з боку черепних нервів відзначена в 65% спостережень, симптом Манна – в 29%, різниця сухожильних і періос-





тальних рефлексів — у 37%. Патологічні кистьові знаки виявлені у 30% обстежених, а стопи — у 10%. Симптоми орального автоматизму спостерігали в 16% випадків. Нестійкість у позі Ромберга зареєстрована у 33% пацієнтів, нечітке виконання координаторних проб — у 19%. Явища гіпергідрозу в контрольній групі після лікування спостерігали в 26%, акроціанозу — у 31%. Стабілізація показників АТ і пульсу відзначена в 42% спостережень, 46% обстежених стали спокійнішими. «Гра вазомоторів» зафіксована у 20% пацієнтів, симптом «білої плями» — у 19%.

Позитивна клінічна динаміка корелювала з даними інструментальних досліджень, вегетативних проб (при їх повторному проведенні в кінці курсу лікування). При повторній реоенцефалографії в основній групі відзначено достовірне ( $p < 0,05$ ) поліпшення судинного тону (52% спостережень), венозного кровообігу (48%), збільшення рівня кровонаповнення судин головного мозку (35%).

У контрольній групі також відзначені позитивні результати: нормотонія — у 41% обстежених, поліпшення венозного кровообігу — у 29%.

Під час повторного електроенцефалографічного дослідження в основній групі виявлено достовірне ( $p < 0,05$ ) вирівнювання частоти альфаритму (41% спостережень), підвищення рівня біоелектричної активності (35%), зменшення ступеня вираженості пароксизмальної активності (46%).

У контрольній групі позитивні зміни на електроенцефалограмах виявлено тільки щодо ознак пароксизмальної активності — їх зникнення зафіксовано у 28% пацієнтів.

При дослідженні стану вегетативної нервової системи в кінці курсу лікування у пацієнтів основної групи виявлено достовірне ( $p < 0,05$ ) зниження симпатичного тону і збільшення тону парасимпатичної нервової системи. При дослідженні вегетативної реактивності також зареєстровано достовірну ( $p < 0,05$ ) тенденцію до нормалізації її показників. Достовірне поліпшення ( $p < 0,05$ ) відзначене при виявленні вегетативної забезпеченості.

У контрольній групі при проведенні аналогічних досліджень достовірної позитивної динаміки не виявили.

На момент виписування із стаціонару у хворих основної групи значне поліпшення з повним припиненням вегетативно-судинних пароксизмів спостерігали в 45% випадків. У 44% пацієнтів відзначено поліпшення як суб'єктивно (самопочуття

хворого), так і об'єктивно (неврологічний статус). У 11% обстежених стан здоров'я на момент виписування залишався без динаміки, захворювання перебігало хвилеподібно, клінічна симптоматика посилювалася при дії несприятливих чинників (зміна погодних умов, психоемоційні навантаження). Позитивний ефект відразу після завершення курсу лікування був слабо вираженим і короточасним. Помітного прогресування захворювання в основній групі за період спостереження не виявлено.

У хворих контрольної групи, яким не застосували метод ГРТ, результати були значно гіршими. Повне припинення вегетативного кризу досягнуте у 17% хворих. Деяке поліпшення відзначено у 51%, але при цьому зберігалися метеопатичні реакції, продовжували турбувати вегетативно-судинні пароксизми. У 32% пацієнтів після курсу лікування стан залишився без змін. Негативної динаміки не спостерігали.

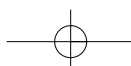
#### Висновки

1. Виявлені розлади свідчать про декомпенсуючий вплив РА на стан нервової системи (зокрема її вегетативного відділу) у хворих з ТХГМ.

2. Проведене лікування, з одного боку, спрямоване на корекцію порушених церебральних функцій і взаємозв'язків при ТХГМ, яка супроводжується ВП на тлі РА. Суть впливу комплексної терапії — функціональна корекція з дією на окремі ланки патогенезу. З іншого боку, така терапія передбачає загальну дію на організм з метою підвищення процесів компенсації церебральних функцій та імунних процесів.

3. Отримані результати в основній і контрольній групах дають підстави для висновку про те, що використання методу ГРТ у цього контингенту хворих є досить ефективним за рахунок вираженої загальноклінічної дії, позитивного впливу на рівень біоелектричної активності головного мозку, оптимізації взаємозв'язків системної і церебральної гемодинаміки, позитивної вегетотропної дії. Особливо помітний позитивний результат досягнутий нами при купіруванні і профілактиці вегетативно-судинних пароксизмів за симпатно-адреналовим типом (у 41% випадків ми зареєстрували виражене вірогідне поліпшення).

4. Перевагою методу ГРТ є відсутність побічних дій і ускладнень, можливість застосування як у стаціонарі, так і в амбулаторних умовах під час планового курсу лікування і для досягнення підтримуючого ефекту в періоди ремісії.





## Література

1. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна. — М.: Мед. информ. агентство, 2003. — 752 с.
2. Воробьева О.В., Хапаев Б.А. Суточный амбулаторный мониторинг кардиоваскулярных показателей у больных паническим расстройством // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000. — Т. 100, № 1. — С. 33–37.
3. Деменко В.Д., Ярош В.А., Нартов В.М. и др. Влияние гидроцефалии на структурно-функциональные взаимоотношения при отдаленных последствиях легкой черепно-мозговой травмы // Проблемы медичної науки та освіти. — 2006. — № 1. — С. 55–56.
4. Дралюк М.Г., Дралюк Н.С., Исаева Н.В. Черепно-мозговая травма. — Ростов-на-Дону: Феникс; Красноярск: Изд. проекты, 2006. — 192 с.
5. Мусій О., Нечай С., Соколюк О., Гаврилюк С. Російсько-український медичний словник. — Умань, 1992. — 124 с.
6. Пизова Н.В., Шилкина Н.П., Спирин Н.Н. Иммуные повреждения нервной системы при некоторых формах ревматических заболеваний // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2005. — Т. 105, вып. 2. — С. 73–78.
7. Свінціцький А.С., Яременко О.Б., Пузанова О.Г., Хомченкова Н.І. Ревматичні хвороби та синдроми: Довідник. — К.: Книга плюс, 2006. — С. 277–330.
8. Хворостинка В.Н., Федоров В.А., Ерахторина Н.В. Особенности течения ревматоидного артрита // Врачебная практика. — 1998. — № 6. — С. 13–14.
9. Якупова С.П., Исмагилов М.Ф., Салихов И.Г. Дисфункция вегетативной нервной системы у больных ревматоидным артритом и возможности ее медикаментозной коррекции димефосфоном // Неврол. вестн. — 2000. — Т. 32, вып. 3–4. — С. 28–31.

*Е.Ф. Колпакова, М.А. Макеева, В.В. Шутов, А.А. Жерновенков*

### **Динамика вегетативных нарушений под влиянием иглорефлексотерапии у больных с травматической болезнью головного мозга и ревматоидным артритом**

Приведены данные относительно характера и частоты вегетативных нарушений у больных с травматической болезнью головного мозга и ревматоидным артритом — наиболее распространенным и социально значимым аутоиммунным заболеванием. Обоснован выбор метода иглорефлексотерапии в качестве патогенетической терапии вегетативных дисфункций у данной группы больных. Представлены результаты комбинированной терапии медикаментозными и немедикаментозными методами. Выявлена достоверная эффективность включения в комплексную терапию метода иглорефлексотерапии.

*E.F. Kolpakova, M.A. Makejeva, V.V. Shutov, A.A. Zhernovenkov*

### **The dynamics of vegetative dysfunctions in patients with post-traumatic brain and rheumatoid arthritis in response to acupuncture**

The data are represented on the nature and incidence rate of vegetative dysfunctions in the patients with post-traumatic brain and rheumatoid arthritis as the most common and social significant diseases among autoimmune diseases. The method of acupuncture as pathogenetic therapy of vegetative dysfunction in the given group of patients is justified. The results of combination therapy by medicated and non-medicated methods are presented; dynamics of clinical symptoms in correlation with instrumental data are shown against the backgrounds of the therapy. Comparing these finding for patients from test group (medicated therapy combined with acupuncture) and from control group (medicated therapy only) we revealed consistent efficacy on including the method of acupuncture to combination therapy.

