



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 615.814.1

Л.Р. Асенова, Т.Т. Пазылбеков (к.м.н.), А.К. Амиржанова

АО «Национальный центр нейрохирургии», г. Астана, Казахстан

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ДРАЙВА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДОВ ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИИ

В данной статье рассматриваются клинические случаи восстановления спонтанного дыхания на фоне проведения базисной интенсивной терапии и применения акупунктурных методов в условиях отделения анестезиологии – реанимации и интенсивной терапии, что привело к более быстрому восстановлению самостоятельного дыхания и улучшению качества жизни.

Ключевые слова: искусственная вентиляция легких (ИВЛ), респираторный драйв, акупунктура, су-джок терапия, моксы, хронопунктура

Введение

Одна из наиболее сложных задач интенсивной терапии – это прекращение респираторной поддержки у пациентов после удаления опухолей задней черепной ямки [1, 2]. При интракраниальных вмешательствах к угнетению центральной нервной системы или непосредственному повреждению ствола мозга приводят факторы хирургической агрессии [1, 2]. Поражение дыхательного центра клинически проявляется нарушением дыхания в виде апноэ и брадипноэ, а также в виде снижения силы дыхательных движений пациента. Характерной особенностью изменения дыхательной деятельности при поражении стволовых структур головного мозга является снижение частоты и глубина дыхания, т.е. развивается редкое поверхностное дыхание, что также отличает эту группу пациентов от пациентов с другими причинами дыхательной недостаточности [3]. У данной группы пациентов при проведении искусственной вентиляции легких самым опасным является преждевременное прекращение респираторной поддержки, так как это может усугубить гипоксию мозга и еще в большей степени усилить стволовую дисфункцию и привести к угнетению респираторного драйва. Под респираторным драйвом понимают способность дыхательного центра генерировать нервные импульсы с частотой и силой, достаточными для обеспечения нормальной механики дыхания [4]. Применение иглорефлексотерапии (ИРТ) у пациентов с дыхательной недостаточностью недостаточно освещено в доступной литературе. Очень много написано о магнитной стимуляции [5] с дыхательной недостаточностью, что делает актуальным использование методов иглорефлексотерапии в ранней реабилитации. Хотелось бы сказать, что существуют многочисленные методы и подходы к акупунктуре, которые отражают разнообразие медицинских традиций из школ Китая, Кореи, Японии, Вьетнама и других стран. Поэтому

для достижения анальгезии или других полезных региональных или системных эффектов могут использоваться разные методы акупунктуры и их сочетание. Акупунктура становится все более популярным в западных странах с ее оптимальным результатом и специфическим подходом к научно-теоретическим вопросам [10, 13]. В механизме действия иглорефлексотерапии очень важно гормональные и другие биохимические процессы, активируемые в головном мозге, а также в тканях организма, участвующие в нормализации деятельности внутренних органов. Кроме того, показано, что эффект иглотерапии в большей степени опосредуется биохимическими агентами, имеющие значение в регуляции психического состояния, в деятельности вегетативной нервной системы и в обеспечении анальгетических действий иглотерапии. На сегментарном уровне иглотерапия нормализует как афферентную импульсацию из внутренних органов, так и эфферентные регулирующие посылы к внутренним органам из соответствующих зон и центров ствола мозга, спинного мозга через вегетативные ганглии и нервы [9]. Нами предоставлены два клинических случая после операции по поводу патологии центральной нервной системы с проведением иглотерапевтических процедур.

Больной М. 36 лет с диагнозом: Интрамедуллярное образование шейного отдела спинного мозга с уровня продолговатого мозга до С7. Миелопатический синдром. Состояние после операции – ламинэктомия С1-С4, микрохирургическое удаление интрамедуллярной опухоли краниовертебрального перехода.

Из анамнеза заболевания отмечались жалобы на сниженную чувствительность конечностей, недержание стула и мочи, общую слабость. Со слов больного задержка мочеиспускания появилась в 2001 году. Лечился у уролога по поводу простатита без эффекта. Постепенно появилась и стала нарастать слабость и нарушение чувствительности

конечностей. Обследован на МРТ (09.09.2011г.) – интрамедуллярное образование шейного отдела спинного мозга с уровня продолговатого мозга до С7, с кистозным расширением спинного мозга ниже уровня образования до уровня Тн5. На момент осмотра состояние больного тяжелое, дыхание через трахеостомическую трубку на ИВЛ (в режиме ВІРАР). Гемодинамика: АД 100/74 мм.рт.ст., ЧСС 65 уд. в мин, ЧДД 16 в мин. Речевой контакт невозможен из-за трахеостомы, команды элементарные выполняет, пытается дать ответ артикуляцией. Периодически проводится тренировка спонтанного дыхания путем перевода на режим СРАР, больной быстро истощается. Произвольные движения только в плечевом поясе и очень слабые в руках, движение только в пальцах, справа гемиплегия. Аппетит сохранен, пьет небольшими порциями, ест, язык влажный, живот мягкий. Кашлевой рефлекс сохранен. Кожные покровы обычной окраски, на ощупь теплые. Моча выводится через катетер.

Проведено три курса иглорефлексотерапии по 20 дней с перерывом 15 дней. После акупунктурной диагностики применялся возбуждающий метод иглоукалывания на каналах легких и толстой кишки на точки: Чжун-фу, Юнь-мэнь, Чи-цзе, Цюй-чи, Ся-бай, Чи-цзе, Тай-юань, Ян-си, Ин-сян. Лечение начато с точек общего воздействия: Цзу-сань-ли, Сань-инь-цзяо, Хэ-гу, Шэнь-мэнь, Ней-гуань. И через день прижигание полынной сигарой ключущим методом на точки: Шэнь-цюе, Юнь-цунь и Ле-Цюе. Симптоматическое лечение точек: 10GI, 12GI, 14GI, 15GI, 16GI, 32E, 32E, 41E, 14TR, 5TR, 30VB, 34VB симметрично с двух сторон и их чередованием [9, 12]. Кроме того, дополнительно применялся метод Су-Джок терапии: вычислялась открытая точка по Гомо-варианту тринальной хронопунктуры ежедневно в открытую точку [7]. Применение тринальной модели функциональной системы с выходом на ствол мозга [8] и точки соответствия на кистях и стопах [6]. С первых дней лечения улучшилось самочувствие и настроение у пациента, стал лучше спать, появился интерес к жизни, стал улыбаться. В течение периода лечения переводили на самостоятельное дыхание по 5-10 минут, которое удлиняли по мере максимальной возможности. Через 17 дней пациент мог дышать самостоятельно 2 часа, через 20 дней 4 часа. На втором курсе пациент находился на самостоятельном дыхании большую часть суток, стала нарастать сила мышц в руках и ногах, мог поднять руку и показать большой палец руки в знак одобрения. На пятом сеансе третьего курса на фоне правосторонней верхнедолевой пневмонии пациент полностью перешел на самостоятельное дыхание через трахеостомическую трубку, но быстро истощался. К концу третьего курса пациента перевели в общую палату.

Вторая пациентка А. 58 лет, с диагнозом: Кистозное образование (размерами 15x20 мм с уровнем жидкости) нижнедорзальных отделов

моста и верхнедорзальных отделов продолговатого мозга, венозная ангиома правой половины моста и нижнемедиальных отделов правого полушария мозжечка. Состояние после операции – срединной субокципитальной краниотомии, удаления патологического образования в нижнедорзальных отделах продолговатого мозга (24.10.2012 г). В анамнезе жалобы на постоянные сильные головные боли, диффузного характера, шум в голове, шаткость походки, затруднение глотания, слабость и нарушение чувствительности в левых конечностях. Со слов больной, болеет с июля 2012 года, когда впервые появились нарушения координации движения, шаткость походки. Обследована на МРТ от 04.10.2012: признаки кистозного образования (размерами 15x20 мм, с уровнем жидкости) нижнедорзальных отделов моста и верхнедорзальных отделов продолговатого мозга, венозной ангиомы правой половины моста и нижнемедиальных отделов правого полушария мозжечка. На момент осмотра состояние больного тяжелое, обусловлено неврологическим дефицитом: тетрапарез, на раздражение реагирует вялыми движениями в конечностях, дыхательная недостаточность (ИВЛ в режиме ВІРАР). Уровень сознания по ШКГ 13 баллов. Контактна. Кожные покровы бледные, на ощупь сухие, теплые. На осмотр реагирует, пытается выполнить команды, быстро истощается. Вялая, адинамичная. Гемодинамика: АД 155/87 мм.рт.ст. Пульс 78 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, язык слегка обложен белым налетом.

После проведенной акупунктурной диагностики на каналах сердца, перикарда применяли тормозной метод, второй вариант иглорефлексотерапии по точкам: Шэнь-мэнь, Шао-хай, Лин-дао, Инь-си, Тун-ли, Ней-гуань, Тянь-чи, Да-лин, Цзянь-ши. На точки: Чжу-фу, Тянь-фу, Ле-цюе, Цзин-цюй, Цзянь-цзин возбуждающий метод иглоукалывания. В первые три дня было воздействие в точки: Юнь-цунь, Сянь-инь-цзяо с последующим прогреванием игл моксой. Кроме того, были поставлены иглы на болезненные аурикулярные точки: сердце, почки, гипофиз, затылок, 55AP [11]. Симптоматическое лечение точек: 4RP, 6RP, 7RP, 9RP, 11RP, 20RP, 21RP, 36E, 32E, 41E, 14TR, 5TR, 30VB, 34VB, 3F, 5F, 14F симметрично с двух сторон и их чередованием [9, 12]. На одиннадцатом сеансе пациентка перешла на самостоятельное дыхание и переведена в общую палату.

Заключение

В данной статье с описанием двух клинических случаев мы отметили восстановление спонтанного дыхания при комбинации базисной интенсивной терапии и применение акупунктурных методов. Таким образом, необходимо отметить важность случаев успешного выздоровления больных без долговременной инвалидизации в отделение реанимации для дальнейших контролируемых исследований.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Основы ИВЛ. Горячев А.С., Савин И.А. Издательство "Медиздат". Москва. 2009г.
2. Выбор оптимальной респираторной терапии у больных, оперированных по поводу опухолей задней черепной ямки. Щепетков А.Н., Савин И.А., Горячев А.С. и др. Анестезиология и Реаниматология. 2008; №2: стр.68-69.
3. Показатель РО₁ как предиктор успешной экстубации у пациентов после удаления опухолей задней черепной ямки. Полупан А.А., Горячев А.С., Савин И.А. и др. Анестезиология и Реаниматология. 2012; № 4: стр. 54-58
4. Использование режима ASV для прекращения респираторной поддержки у пациентов, оперированных по поводу опухолей задней черепной ямки. Полупан А.А., Горячев А.С., Савин И.А. и др. Анестезиология и реаниматология. 2011; №4: стр.42-46
5. Российский нейрохирургический журнал. Том 5. Поленовские чтения. 2013. – 341с.
6. Пак Чжэ Ву. Лекции по Су-Джок терапии. М., Издательство « Су-Джок Академия», 1998.
7. Пак Чжэ Ву. Триначная хронопунктура. Москва. 2009-стр 25-37.
8. Пак Чжэ Ву. Триначная акупунктура. Москва.
9. Табеева Д.М. Иглотерапия. Интегративный подход.
10. Клаус К. Шнорренбергер. Специальные техники акупунктуры и прижигания. М.: Balbe, 2007; стр.
11. Песиков Я.С., Рыбалко С.Я. Атлас клинической аурикулотерапии. М.: Медицина. 1990; стр. 144, стр.150, стр.149.
12. Иванов В.И. Акупунктура. Новейший справочник., М.: ЭКСМО. 2006. стр.143, стр.188, стр.67, стр.79.
13. Учебник китайской медицины для западных врачей. Клаус К. Шнорренбергер. М.: Balbe, 2007; стр. 6-7, стр. 221, стр. 284.

ТҮЙІНДЕМЕ

Л.Р. Асенова, Т.Т. Пазылбеков (м.ғ.к.), А.К. Амиржанова

«Ұлттық нейрохирургия орталығы» АҚ, Астана қ., Қазақстан

ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ ТЕРАПИЯСЫН ҚОЛДАНУ КЕЗІНДЕГІ РЕСПИРАТОРЛЫ ДРАЙВТЫ ОҢАЛТУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫ

Бұл мақалада базистік қарқынды терапияны жүргізу фонында өздігінен тыныс алуды қалпына келтірудің және АРҚТБ жағдайында акупунктуралық әдістерді қолданудың клиникалық жағдайлары қарастырылады, бұл өз бетінше тыныс алуды

қалпына келтіруге, науқастың сауығып кетуіне және өмір сапасының жақсаруына әкелді.

Негізгі сөздер: өкпенің жасанды вентяляциясы (ӨЖВ), респираторлық драйв, акупунктура, су-джок терапия, мокстар, хронопунктура.

SUMMARY

L.R. Asenova, T.T. Pazyzbekov (Ph.D.), A.K. Amirzhanova

«National Centre for Neurosurgery» JSC, Astana, Kazakhstan

MEDICAL CASES OF USING ACUPUNCTURE IN RESPIRATORY DRIVE REHABILITATION

This article discusses the clinical cases of recovery of spontaneous breathing based on basic intensive care and use of acupuncture techniques in the ICU setting that leads to a more rapid recovery of spontaneous breathing and improvement in patients' quality of life.

Key words: artificial pulmonary ventilation (ALV), respiratory drive, acupuncture, Su-Jok therapy, moxas, chronopuncture.