

УДК 615.857

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ**

© 2010 Е.С. Бобылева, Д.Э. Искендеров, П.Ф. Панин

Самарский военно-медицинский институт МО РФ

Поступила в редакцию 14.07.2010

В статье описан клинический случай развития синдрома Гийена-Барре у военнослужащего. Подробно представлена методика иглорефлексотерапии при данной патологии с положительным эффектом. Ключевые слова: синдром Гийена-Барре, иглорефлексотерапия.

В настоящее время метод иглорефлексотерапии в практической медицине применяется ограниченно. Ниже описываются случаи применения в клинике Самарского военно-медицинского института иглорефлексотерапии при синдроме Гийена-Барре с положительным стойким эффектом.

Рядовой срочной службы И. 19 лет поступил в реанимационное отделение клиник Самарского военно-медицинского института 7 июня 2009 года с жалобами на: онемение и сильную слабость в руках, онемение и отсутствие активных движений в ногах, невозможность самостоятельного мочеиспускания, боли в глазах, поперхивание при глотании жидкой пищи; также отмечалась выраженная общая слабость. Был выставлен предварительный диагноз: “Острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия с поражением черепно-мозговых нервов (глазо-двигательных, подъязычных, языкоглоточных), грубым смешанным тетрапарезом с нарушением чувствительности, нарушением функции тазовых органов; быстро прогрессирующая форма, тяжелое течение”. После проведенного обследования диагностирован синдром Гийена-Барре с периферическим тетрапарезом.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Острый периферический паралич или полирадикулонейропатия Гийена-Барре описана в 1911 году (Гийен, Барре, Штроль). Первоначально считали, что заболевание имеет благоприятный прогноз, позже признали возможность летального исхода. Описанная авторами клиническая картина не отличалась от “острого восходящего паралича”, который наблюдал Ландри в 1859 году. Данный синдром составля-

Бобылева Елена Святославовна, врач-иглорефлексотерапевт клиники военно-полевой терапии.

Искендеров Дмитрий Эдуардович, кандидат медицинских наук, начальник научно-исследовательского и редакционно-издательского отдела.

Панин Павел Фёдорович, кандидат медицинских наук, доцент, заместитель начальника кафедры организации медицинского обеспечения. E-mail: info@samsmu.ru

ет 2% от всех полинейропатий и возникает после переутомления, переохлаждения, катара верхних дыхательных путей. Две трети больных отмечали недавно перенесенные инфекции, обычно респираторное заболевание. Средний возраст 32-39 лет (возможно в возрасте от 8 до 81 года), чаще у мужчин. Патогенез: демиелинизация периферических нервов, в основе которой лежит аутоиммунный процесс, который локализуется преимущественно в передних корешках спинного мозга. Ведущий симптом синдрома Гийена-Барре – мышечная слабость. Наиболее ранний симптом – слабость в нижних конечностях, чаще в проксимальных отделах (56%). Слабость нарастает и развивается в течение 2-3 недель. Одновременно развивается арефлексия, гипотония, гипостезия в виде “носков” и “перчаток”, поражение мышц – вялый тетрапарез. Может поражаться лицевой нерв. В отдельных случаях развивается вегетативная дисфункция – тахикардия, снижение потоотделения. Характерны изменения в ликворе: белково-клеточная диссоциация (отсутствие клеток в ликворе – обязательное условие для постановки диагноза синдрома Гийена-Барре).

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Прибыл к месту срочной службы в конце мая 2009 года со слабо выраженными катаральными явлениями. На второй день была произведена вакцинация согласно плана медицинской службы воинской части. Через несколько дней на фоне отмеченных ранее симптомов появились признаки неврологического дефицита: стал отмечать слабость, миалгия и симметричное снижение сухожильных рефлексов на нижних конечностях, парестезии губ и десен. Был госпитализирован 2.06.09 в лазарет воинской части с диагнозом: “Острый бронхит”. На фоне проводимого стандартного лечения 6.06.09 развился нижний парапарез с нарушением функций тазовых органов: отмечалось отсутствие позывов на

мочейспускание, нарушение чувства опорожнения мочевого пузыря. 7.06.09 больной впервые отметил у себя нарушение глотания жидкой пищи. В связи с прогрессированием заболевания, появлением тяжелой неврологической симптоматики пациент был переведен в реанимационное отделение клиник института.

**ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ
ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**
(в описании приводится
только неврологический статус)

Общее состояние больного тяжелое. Сознание ясное, адекватное. Менингеальных знаков нет. Зрачки равновеликие, фотореакции живые, глаза наверх поднять не может. Лицо амимично. Глоточные рефлексы снижены, поперхивается при глотании жидкой пищи. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и с ног не вызываются. Брюшные рефлексы с обеих сторон отсутствуют. Сила в ногах снижена до нуля баллов, в руках до одного балла. Анестезия рук – до уровня плечевых суставов, ног – до середины бедра, на туловище – до уровня восьмого межреберья.

В реанимационном отделении на фоне интенсивной терапии стала нарастать дыхательная недостаточность (тахипное до 36 в минуту, сатурация кислородом крови уменьшилась до 91%), появился цианоз ногтей, тахикардия до 128 ударов в минуту, которая явилась показанием для перевода пациента на искусственную вентиляцию легких. В течение 2 недель состояние пациента было стабильно тяжелым, затем в связи с улучшением общего состояния больной был переведен из реанимации в неврологическое отделение.

В неврологическом отделении пациенту назначено комплексное лечение: медикаментозная терапия, физиотерапия и лечебная физкультура. Одновременно начался курс иглорефлексотерапии. Жалобы, предъявляемые пациентом при первичном осмотре рефлексотерапевтом: полное отсутствие движений в ногах ниже колена, выраженная слабость в руках, интенсивные парес-

тезии по всей поверхности тела при малейшем прикосновении, боль при движениях глазных яблок, затруднение носового дыхания, покашливание, плохой сон, выраженная общая слабость. Состояние больного оценивалось как средней степени тяжести. Пациент был малоподвижен, самостоятельно мог поднимать руки и поворачивать голову в стороны, отмечалась гипотрофия всех групп мышц и амимичное лицо.

Всего было сделано 34 сеанса иглорефлексотерапии с перерывом в одну неделю после первых 20.

Во время первых 10 сеансов использовались следующие точки: аурикулярные – 55 “шень-мень”, 13 “надпочечник”, 26а “придачок мозга”, 29 “затылок”, 33 “лоб”, 34 “кора головного мозга”; корпоральные - E36 цзу-сань-ли, E38 тяо-хоу, E41 цзе-си, VB41 цзу-линь-ци, F2 син цзань, F3 тай чун, VC6 ци-хай, VC3 чжун цзи, VC4 гуань юань, MC6 нэй-гуань, RP6 сань-инь-цзяо, GI11 цюй-чи, GI20 ин сян, VG20 бай-хуэй, PC3 ин тан.

С 11 сеанса стали применяться биологически активные точки по задней поверхности тела: VG14 да-чжуй, VG4 мин-мэнь, VB30 хуань-тяо, V23 шэнь шу, V40 вэй чжун, V57 чэн-шань, V60 кунь-лунь. Тогда же с периодичностью 3 раза в неделю проводилось выстукивание игольчатым молоточком задней поверхности обеих ног и поясничной области, раз в неделю – скальпопунктура в моторной и сенсорной зонах. Через 20 дней от начала ИРТ была отмечена положительная динамика: восстановилась способность к самостоятельным движениям в нижних конечностях, перемене положения тела, ходьбе. Особенно эффективным оказалось воздействие игольчатым молоточком на заднюю поверхность головы по методу Шнорренбергера К. (2003). На лечении в неврологическом отделении больной находился 65 суток и был выписан в удовлетворительном состоянии с остаточными явлениями полирадикулонейропатии в виде небольшого нарушения чувствительности голеней.

Вышеописанный случай подтверждает эффективность иглорефлексотерапии в составе комплексного лечения полинейропатий при синдроме Гийена-Барре.

ACUPUNCTURE TREATMENT OF PATIENT WITH GUILLAIN-BARRE SYNDROME

© 2010 E.S. Bobyleva, D.E. Iskenderov, P.F. Panin

Samara Military Medical Institute

This article describes a clinical case of Guillain-Barre syndrome at a soldier. Presented acupuncture methods used in case of Guillain-Barre syndrome showed a high positive effect.

Keywords: Guillain-Barre syndrome, acupuncture.

Elena Bobyleva, the Doctor – Acupuncture-Therapist of Clinic of Field Therapy.

Dmitry Iskenderov, the Candidate of Medical Sciences, the Chief of a Research and Publishing Department.

Pavel Panin, the Candidate of Medical Sciences, the Senior Lecturer, the Deputy Chief of Faculty of the Organization of Medical Maintenance. E-mail: info@samsmu.ru.