

Опубликовано в: СКЭНАР-терапия, СКЭНАР-экспертиза: Сборник статей. Вып.6, Таганрог: Изд-во “Лукоморье”, 2001, с. 63-66

Автор(ы): Шванке И.Э., Тараканов А.В., Кармен Н.Б.
Ростов-на-Дону

Название статьи: Применение СКЭНАР-терапии в скорпомощной практике

Ключевые слова: СКЭНАР-терапия, неврология, нейрохирургия, травматология, гнойно-септическая хирургическая патология, глазная патология

Аннотация: В данной статье описывается опыт применения СКЭНАР-терапии при острой гнойно-септической хирургической, неврологической, нейрохирургической патологии, в травматологии, а также при лечении заболеваний глаз. Всего в комплексе со СКЭНАРом было пролечено 90 человек. По каждой группе патологий авторы приводят характерные наблюдения по динамике и замеченные особенности терапии. Отмечено, что положительные сдвиги, в большей или меньшей степени, наблюдались во всех случаях. По результатам работы делается вывод, что СКЭНАР-терапия в условиях больницы скорой помощи является важным и необходимым компонентом комбинированного лечения, поскольку в некоторых случаях все методы фармакологического, инструментального и “классического” физиотерапевтического лечения не могут заменить нейроадаптивного воздействия.

ПРИМЕНЕНИЕ СКЭНАР-ТЕРАПИИ В СКОРОПОМОЩНОЙ ПРАКТИКЕ

Любому врачу, оказывающему помощь в острый период заболевания, известна вся мера ответственности и сложности данной задачи. В настоящее время удельный вес острой патологии возрос, а тяжесть заболеваний значительно увеличилась. В многопрофильную больницу скорой помощи часто обращаются с крайне тяжелым и “запущенным” состоянием. В этих условиях необходимость поиска новых эффективных методов лечения очевидна. Применение СКЭНАР-терапии представляет огромный интерес ввиду доступности, быстрого положительного эффекта, простоты лечения и стойкого результата.

В БСМП-2 г.Ростова-на-Дону нами наблюдались 90 больных, которых лечили в комплексе со СКЭНАРом. Использовались модели 97.4 и 97.5. Больные распределились следующим образом.

Таблица 1.

№	Патология	Кол-во больных
1.	Неврологическая и нейрохирургическая: 1. остеохондрозы шейно-грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника, 2. остеохондрозы осложненные грыжей диска, 3. черепно-мозговая травма в остром и подострых периодах (ЧМТ).	19 9 17
2.	Травматология: 1. сочетанная травма (ЧМТ) в сочетании с переломами конечностей и таза, 2. травмы конечностей, послеоперационный период.	5 7
3.	Гнойно-септическая хирургическая патология: диабетическая ангиопатия, диабетическая стопа, гангрена, ампутация, трофические язвы нижних конечностей, рожистое воспаление нижних конечностей.	18
4.	Глазная (травмы, иридоциклиты, увеиты, невриты, кровоизлияние в сетчатку).	15

признаков “малой” асимметрии и вторичных факторов ежедневно или через день.

Первая группа – одна из самых благоприятных в плане прогноза и лечения. Уже ко 2-3 процедуре наблюдается уменьшение боли, а к 4-5 – полный регресс болевого синдрома. Расстройства чувствительности – зоны гипестезии снижаются. Увеличивается угол подъема нижних конечностей на 15-20%. Во многих случаях рекомендованное оперативное вмешательство откладывается в связи с ремиссией. Реализовались болеутоляющий и противовоспалительный эффекты, уменьшались сосудистый и мышечный спазм, нормализовалось кровообращение, тонус и трофика “заинтересованных” мышц. Кроме того, стабилизировалось общее соматическое состояние, артериальное давление, пульс, улучшался сон и аппетит, увеличивался диурез, что косвенно свидетельствует о нормализации водно-солевого обмена.

Лечение острых закрытых позвоночно-спинальных травм (ЗПСТ) зависело от уровня поражения, тяжести состояния, степени компрессии спинного мозга, характера хирургического вмешательства. Лечение СКЭНАР-ом проводилось: 1) после хирургических вмешательств (целью которых являлась декомпрессия спинного мозга, ревизия и реконструкция позвоночного канала, ламинэктомия, фиксация позвонков металлическими пластинами и т.д.); 2) в отдаленном периоде (травматическая болезнь спинного мозга, синдром полного, поперечного или частичного поражения спинного мозга).

Поражение шейного отдела позвоночника сопровождалось параличом рук, исчезновением или снижением рефлексов верхних и нижних конечностей, спастическим параличом ног с повышением мышечного тонуса, патологическими стопными рефлексами. Ниже уровня поражения регистрировалось снижение или утрата преимущественно болевой и температурной чувствительности. Отмечалась задержка мочи и кала, а также нейротрофический синдром с формированием множественных обширных глубоких пролежней.

Травма поясничного отдела позвоночника характеризовалась парезом сгибателей и разгибателей стоп и пальцев, снижением или отсутствием рефлексов, вялой параплегией, расстройствами функций тазовых органов, нейро-трофическими нарушениями (пролежнями).

Основными задачами СКЭНАР-терапии у данной категории больных в остром периоде были следующие:

- 1) уменьшение общемозговой и оболочечной симптоматики;
- 2) реализация противовоспалительного, противоотечного и рассасывающего эффектов в зоне локализации очага;
- 3) улучшение кровоснабжения в очаге поражения;
- 4) купирование стрессорной реакции, оказание транквилизирующего эффекта;
- 5) восстановление мочеиспускания при арефлекторно-спинальной или арефлекторно-атонической (вторичной) формах нейрогенных расстройств с воздействием на область проекции мочевого пузыря и область тазового дна;
- 6) стимуляция антагонистов спастических мышц нижних конечностей при травмах шейного и грудного отделов позвоночника и вяло-паретичных мышц при травмах поясничного отдела позвоночника;
- 7) восстановление или уменьшение нейротрофического синдрома со стимуляцией областей пролежней;
- 8) ликвидация осложнений со стороны бронхо-легочной системы.

В отдаленном периоде ЗПСТ проведение повторных курсов СКЭНАР-терапии сочетались с лечебным массажем и ЛФК.

При лечении ЗПСТ в послеоперационном периоде отмечались регресс общемозговой и оболочечной симптоматики, частичное или полное восстановление болевой и температурной чувствительности, уменьшение нейротрофического синдрома с заживлением даже обширных пролежней. Регистрировались увеличение объема движений, нормализация температуры, формулы крови, улучшение общего соматического состояния. Успех лечения в значительной мере зависел от заинтересованности пациента и наличия полноценного ухода и питания.

Лечение спинномозговой травмы даже в относительно благоприятном случае представляет сложную задачу. Необходимо терпение иногда в течение 2-3 и более месяцев. Начальные результаты СКЭНАР-терапии могут показаться едва заметными. В то же время, как показала практика, даже небольшое СКЭНАР-воздействие приводит к сокращению сроков лечения.

При черепно-мозговой травме СКЭНАР-терапия применялась после исчезновения общемозговой симптоматики. Лечение способствовало рассасыванию гематом и создавало благоприятные условия для восстановления функционально угнетенных участков головного мозга. Воздействие проводилось на глазничную, затылочную, периорбитальную области, воротниковую зону, места выхода черепно-

мозговых нервов на лицо и “З дорожки”. В отдаленном восстановительном периоде задача СКЭНАР-терапии состояла в улучшении ликворного оттока, регуляции артериального давления, усилении действия базисной лекарственной терапии, снижении астенизации больного. СКЭНАР-воздействие проводилось при двигательных нарушениях, гемиплегии, нарушении речевых функций.

СКЭНАР-терапия гнойно-септических осложнений у хирургических больных, в сочетании с комплексной фармакотерапией, способствовала стимуляции функции вегетативных центров, улучшала местное кровообращение, уменьшала спастические процессы, способствовала коллатеральному кровообращению, оказывала обезболивающее действие и трофическое влияние. Раны и язвы обрабатывались местно, затем – по ходу сосудистых трактов. Лечение приводило к нормализации показателей периферической гемодинамики, улучшению пульсового наполнения сосудов голени, уменьшению или исчезновению болевых ощущений в ранах, нормализации окраски кожи. Раны очищались, уменьшались в размерах, появлялись грануляции и краевая эпителизация, увеличивалось количество секрета в ране.

Использование СКЭНАРа в офтальмологической практике показало его значительный терапевтический потенциал. Воздействие аппаратом проводилось на глазничную область, затылок, воротниковую зону, позвоночник. В процессе лечения регистрировали повышение остроты зрения, улучшалось кровоснабжение заднего полюса глаза, отмечалось ускорение рассасывания ретинальных кровоизлияний. Лечение иридоциклитов и увеитов приводило к ускоренным темпам рассасывания преципитатов.

Таким образом, СКЭНАР-терапия в условиях больницы скорой помощи является важным и необходимым компонентом комбинированного лечения. В некоторых случаях все методы фармакологического, инструментального и “классического” физиотерапевтического лечения не могут заменить нейрорадаптивного воздействия. На наш взгляд, СКЭНАР должен не только являться обязательным компонентом комплексного лечения, но и выступать в виде монотерапии.