

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

М. А. МАНУҚЯՆ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЛИОМИЕЛИТОМ
БИОСТИМУЛЯТОРАМИ*

Общеизвестны трудности лечения больных с тяжелыми последствиями полиомиелита. Они обусловлены тяжестью двигательных расстройств, вызванных глубокими морфологическими и сопутствующими им функциональными нарушениями в нервной системе, в связи с чем поиски новых средств и методов лечения паралитического полиомиелита являются практически важной и актуальной задачей.

В литературе опубликовано лишь несколько работ отечественных и зарубежных авторов (Балуева Е. И. [2], Евдотьева М. Я. [4], Крумань К. А. [5], Бедуаник и Паор (Beduanic M., Paorog V. [8]), указывающих на эффективность тканевой терапии по методу В. П. Филатова у больных с последствиями полиомиелита. Андрушко Н. С. [1] полагает, что медикаментозное лечение дает лучшие результаты в тех случаях, когда одновременно больной полиомиелитом получает тканевую терапию.

Каландер (Calandra F. [9]) также говорит об эффективности тканевой терапии больных полиомиелитом, но автор не указывает число наблюдений и не останавливается на клинической характеристике этих наблюдений.

Наблюдения вышеуказанных авторов немногочисленны, не указана контрольная группа, недостаточно приведено объективных показателей, подтверждающих лечебную эффективность тканевой терапии.

Под нашим наблюдением находилось всего 223 больных полиомиелитом. По возрасту они распределялись следующим образом: до 1 года—8 чел., от 1 до 2 лет—47, от 3 до 5 лет—93, от 6 до 15 лет—65, от 16 до 27 лет—10 чел. (из них мальчиков 104, девочек—119).

По давности заболевания больные распределялись: от 3 до 6 мес.—83, от 7 мес. до 1 года—50, от 13 мес. до 3 лет—50, от 4-х до 10 лет—40 чел.

По локализации патологического процесса на первый план выступали спинальные поражения, которые были у 95,5% больных, а у 4,5% имелась понто-бульбо-спинальная форма полиомиелита.

По клиническим синдромам больные распределялись следующим образом: парез одной верхней конечности был у 11% больных, парез

* Доложено в клиническом полиомиелитном отделении Института инфекционных болезней АМН СССР 10.V 1959 г.

обоих верхних конечностей—у 4,5%, парез одной нижней конечности—у 37,5%, парез обеих нижних конечностей—у 28,5%, парез трех или четырех конечностей, а также мышц туловища и живота—у 18,5% больных.

Для характеристики состояния двигательной функции больных мы подразделяли их на следующие группы: с очень тяжелыми поражениями—27% больных, с тяжелыми—38%, средней тяжести—35% больных. Степень поражения двигательной сферы у наблюдавшихся больных определялась, главным образом, выраженностью двигательных расстройств в остром периоде болезни, причем нередко последующее течение заболевания не влияло на ее тяжесть.

Почти у всех больных пораженные конечности были холодными на ощупь. Кожа на пораженных конечностях была гладкой, синюшной и часто имела мраморный вид, с нарушением потоотделения, которое у больных с более тяжелыми двигательными нарушениями проявлялось в виде ангидроза и гипогидроза. Волосяной покров несколько отставал в росте по сравнению с симметричным отделом непораженной конечности.

Значительная атрофия и гипотония с ослаблением, либо отсутствием мышечной силы в пораженных конечностях наблюдалась у 4/5 больных. У 9,5% этих же больных имелся также парез мышц живота, который проявлялся в виде гипотонии брюшной стенки (парез косых мышц живота) и сопровождался умеренным выпячиванием, т. е. наблюдался «симптом пузыря» с исчезновением или понижением брюшных рефлексов.

У 89% больных на пораженных конечностях сухожильные и надкостничные рефлексы не вызывались, и у 11% они были резко пониженными. У большинства детей (96,5%) отмечалось глубокое нарушение гальванической и фарадической возбудимости мышц и нервов в виде повышения порога возбудимости или полного отсутствия ее в виде частичного или полного перерождения. У 19% больных имелись контрактуры в тазобедренных и голеностопных суставах, у 21,5% отмечалась рекурвация в коленном суставе. Разболтанные суставы наблюдались у 8,5% больных. Сколиоз позвоночника был отмечен у 7,5% больных. В 13,5% наблюдений больные до начала проведенного лечения не могли сидеть самостоятельно, 20% больных не стояли на коленях, 27% больных не могли ходить в аппаратах, а 25,5% ходили с помощью аппаратов. У 16,5% больных было обнаружено отставание в физическом развитии и имелась гипотрофия первой и второй степени, 11% больных страдали рахитом второй и третьей степени. В качестве стимулирующего средства в комплексе лечения больных полиомиелитом применялись биостимуляторы гомогенного и гетерогенного происхождения (экстракт человеческой плаценты и отгон бычьей кожи). Для определения эффективности проводимого комплексного лечения биостимуляторами все больные были подразделены на 2 группы.

I группа—118 человек, которые получали биостимуляторы в ком-

бинации с физическими методами лечения (массаж, лечебная гимнастика, гидротерапия, физиотерапия и др.). При этом 40 из них лечилось препаратом гетерогенного происхождения (отгон бычьей кожи), а 78 детей получали экстракт человеческой плаценты. Суточная доза препарата определялась из расчета 0,1 мл на каждый кг веса ребенка, составляя в среднем 1—4 мл, которые вводились однократно, ежедневно, подкожно; курс лечения в среднем состоял из 45—50 инъекций.

II группа—насчитывала 105 человек; лечились без применения биостимуляторов (контрольная группа), причем назначались все физические методы лечения, которыми пользовались больные первой группы в сочетании с прозеринем, дибазолом, глютаминовой кислотой, иногда секуринином, или АТФ, карбохолином и другими медикаментозными средствами, применявшимися в общепринятых дозировках и курсах терапии.

Больные обеих групп являлись почти одинаковыми по возрастному составу, характеру поражения, по течению и давности болезни. Об эффективности лечения мы судили прежде всего по сдвигам в неврологическом состоянии больных, наблюдавшимся в динамике, а также учитывались данные электродиагностики, сдвиги в белковых фракциях сыворотки крови и другие, сделанные нами дополнительные исследования.

Результаты лечения нами обозначались: как значительное улучшение, улучшение, незначительное улучшение и без перемен.

Под значительным улучшением мы понимали эффективность лечения, которая выражалась в существенном восстановлении двигательной функции пораженных конечностей в целом. При этом появлялись активные движения в суставах, которые ранее не функционировали, а также значительно нарастал объем до этого незначительных движений. Имело место заметное улучшение в основных двигательных актах: сидение, вставание, ходьба. В более поздние сроки лечения отмечалось оживление или появление угасших сухожильных рефлексов, надкостничных или кожных, с улучшением электровозбудимости пораженного нервно-мышечного аппарата. Нормализовались белковые фракции сыворотки и состав периферической крови и другие показатели.

Улучшение нами определялось как удовлетворительный эффект проводимого лечения и заключалось в увеличении объема активных движений в суставах пораженных конечностей с нарастанием мышечной силы, появлении ранее отсутствующих движений в одном или нескольких суставах и заметном улучшении основных двигательных актов.

Незначительное улучшение определялось нами как некоторое нарастание объема активных движений в одном или двух суставах конечностей, которое большей частью не имело существенного значения.

«Без перемен» мы констатировали состояние в тех случаях, когда под влиянием проведенного лечения не было выявлено заметных сдвигов со стороны нарушенных двигательных функций пораженных конечностей.

Восстановление объема активных движений под влиянием биости-

муляторов не было связано со сроками заболевания, хотя последнее, несомненно, играло известную роль. Это обстоятельство в некоторой мере облегчало оценку эффективности применения биостимуляторов.

Из 17 больных, прикованных болезнью к постели, 14 после лечения биостимуляторами стали самостоятельно сидеть. 18 из 30 детей, которые не ходили с помощью аппаратов, после лечения стали ходить с их помощью самостоятельно. Группа больных (11 из 33), которая ходила до этого с помощью аппаратов, после окончания курса лечения биостимуляторами стала передвигаться без аппаратов. Дети, которые с трудом ходили в аппаратах и часто падали, стали ходить более уверенно, а старшие дети сами отмечали значительное улучшение в отношении ходьбы после лечения биостимуляторами.

Известно, что для борьбы с развивающимися контрактурами у больных полиомиелитом одного физиотерапевтического лечения, массажа и лечебной гимнастики не достаточно. Необходима консервативная ортопедическая терапия. На основании наших наблюдений мы можем сказать, что применение биостимуляторов удачно дополняло консервативное, ортопедическое лечение, причем срок устранения контрактур значительно сокращался.

У ряда больных, имевших алгический синдром в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и в суставах, особенно при пассивных движениях, после 10—15 дней инъекций биостимулятора болевые явления исчезали полностью.

В то же время для устранения контрактур у больных контрольной группы, не получивших лечения биостимуляторами, приходилось терять значительно больше времени. Эта группа больных лечилась только коррегирующими гипсовыми этапными повязками, и поэтому они не имели возможности в полной мере получать физические методы лечения.

Влияние комплексного лечения с применением биостимуляторов на больных с последствиями перенесенного полиомиелита расценивалось нами как весьма благоприятное, при этом обращало на себя внимание общее тонизирующее влияние этих препаратов. Было отмечено заметное ускорение восстановления нарушенных двигательных функций в суставах пораженных конечностей у больных, у которых до начала лечения биостимуляторами наблюдалось крайне замедленное нарастание объема активных движений. При лечении биостимуляторами у детей улучшался аппетит, сон и самочувствие, они становились более активными и подвижными. В более поздние сроки лечения биостимуляторами у некоторых больных имело место оживление или появление угасших рефлексов, с одновременным повышением электровозбудимости пораженных мышц, т. е. снижение порога в среднем на 4—7 м. а.

Необходимо отметить, что у 30-ти крайне тяжело больных было проведено два курса лечения биостимуляторами с промежутками в один-три месяца, и в этих случаях также было отмечено улучшение состояния нарушенных двигательных функций.

Мы считаем возможным рекомендовать повторные курсы терапии

(2—3 курса) для тяжело больных с обширными поражениями, чередуя их с курортным лечением.

Таким образом, у больных с медленным восстановлением моторики под влиянием комплексного лечения наблюдались четкие сдвиги в сторону значительного нарастания имевших место нарушенных двигательных функций. Отсутствие эффекта от предшествующих курсов физиотерапии, медикаментозной терапии у больных с тяжелыми последствиями полиомиелита, у которых мы отмечали заметное улучшение под влиянием комплексного лечения и биостимуляторов, дает нам основание связать это благоприятное действие с влиянием применявшихся биостимуляторов.

Результаты эффективности комплексного лечения биостимуляторами и другими медикаментозными средствами у больных полиомиелитом в его раннем и позднем, а также резидуальном периодах представлены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты комплексного лечения больных полиомиелитом

Группы больных	Число больных	Значительное улучшение	Улучшение	Незначительное улучшение	Без перемен
1. Лечившиеся биостимуляторами	118	26	47	32	13
2. Лечившиеся без биостимуляторов (контрольная группа)	105	9	28	41	27

Как видно из таблицы, эффективность комплексной терапии биостимуляторами была значительно выше, чем при лечении подобных больных другими комплексными методами.

Функциональное состояние пораженных групп мышц определялось нами по шестибалльной системе до начала, после, а также в динамике лечения через каждые 10 дней. Эти данные в процентном выражении представлены в табл. 2 и на рис. 1 и 2.

Из табл. 2 и рис. 1 видно, что процент нулевых оценок, имеющих у больных до лечения биостимуляторами, значительно уменьшился после лечения и возрос процент высоких оценок (до 4 баллов).

В контрольной группе, как это видно из табл. 2 и рис. 2, улучшение функциональной деятельности пораженных мышц после лечения другими медикаментозными средствами было менее выражено.

Другим объективным критерием эффективности проведенного лечения являлось изучение белковых фракций сыворотки крови.

Белковые фракции были определены методом электрофореза на бумаге у 107 больных (из них 67 лечились биостимуляторами, 40 были из контрольной группы) как до начала, так и после окончания курса терапии. Промежуток между первым и вторым исследованием составлял в среднем 55 дней.

Таблица 3

Распределение больных полиомиелитом в зависимости от содержания белковых фракций, сыворотки при лечении биостимуляторами (в %)

Группы	Обследовано	Общий белок		Альбумины			Глобулины												
							Альфа-1			Альфа-2			Бета			Гамма			
		до 7	от 7 до 8 выше 8	до 54	от 54 до 60	выше 60	до 2,5	от 2,5 до 5,5 выше 5,5	до 6	от 6 до 9 выше 9	до 10	от 10 до 13 выше 13	до 14	от 14 до 18 выше 18					
67 чел., леченных биостимуляторами	I	5	89	6	12	67	21	—	83	17	16	60	24	22	67	11	27	66	7
	II	—	100	—	3	91	6	—	96	4	6	85	9	2	94	4	4	93	3
40 чел.—контрольная группа	I	5	88	7	15	67	18	—	80	20	13	67	20	16	77	7	20	75	5
	II	—	95	5	10	75	15	—	95	5	10	80	10	13	77	10	10	80	10

это имело место у больных, лечившихся иными медикаментозными средствами.

Исследование состава периферической крови у наблюдавшихся больных проводилось как до начала, так и после, а также и в динамике лечения.

Картина периферической крови у 223 больных до проведенного лечения характеризовалась изменениями со стороны лейкоцитарной формулы: лейкопения (4000—5000) была у 13%, лимфоцитопения (15—24%)—у 19,7%, моноцитопения (1—3%)—у 18,3% больных. Развитие моноцитопении у больных с последствиями перенесенного полиомиелита свидетельствует о понижении деятельности ретикулоэндотелиальной системы. Со стороны красной крови у 32,5% больных отмечалась умеренная эритропения (3100000—3900000) с низким процентом гемоглобина. В оценке изменений крови (количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула) мы исходили из возрастных норм А. Ф. Тура.

Как показали полученные нами данные исследования картины периферической крови, после окончания курса лечения в группе больных, лечившихся биостимуляторами, исчезала умеренная эритропения, лимфоцитопения, и у большей части больных—моноцитопения. В то же время в контрольной группе, не пользующейся лечением биостимуляторами, не наблюдалось существенной нормализации состава периферической крови; лейкопоз оставался по-прежнему угнетенным у многих больных.

Выводы

1. Применение биостимуляторов в комбинации с физическими методами лечения у 118 больных с последствиями перенесенного полиомиелита оказалось более эффективным, чем использование иных меди-

каментозных средств (прозерин, дибазол, глютаминовая кислота и др.)

2. При лечении биостимуляторами значительно нарастает темп восстановления нарушенных двигательных функций у больных с последствиями полиомиелита.

3. Под влиянием лечения биостимуляторами у больных полиомиелитом существенно нормализуется состав белковых фракций сыворотки и показатели периферической крови.

4. Этот вид терапии можно сочетать с другими медикаментозными средствами и как дополнительный метод—при консервативном ортопедическом лечении, что способствует устранению контрактур, болевых явлений и значительно ускоряет выздоровление.

5. Простота и доступность лечения больных с последствиями полиомиелита биостимуляторами позволяют рекомендовать применение этого метода терапии как в амбулаторных, так и в санаторных условиях.

Киевский институт
инфекционных болезней

Поступило 6.IV 1961 г.

Մ. Ա. ՄԱՆՈՒԿՅԱՆ

ՊՈԼԻՈՄԻԵԼԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԲԻՈՍՄՈՒԼՅԱՏՈՐՆԵՐՈՎ

Ա մ փ ո փ ու մ

Մեր հսկողության տակ գտնվել են 223 հիվանդ՝ պոլիոմիելիտի մնացորդային երևույթներով:

Ըստ հիվանդության տևողության՝ 3 ամսից մինչև 10 տարի: Ըստ հիվանդության ծանրության ընթացքի 55-ը շատ ծանր էին, 83-ը՝ ծանր և 85-ը՝ միջին ծանրության: Բոլոր հիվանդներին մենք բաժանեցինք երկու խմբի, այն հաշվով, որ երկու խմբի հիվանդներն էլ ըստ հիվանդության ծանրության և ախտահարման բնույթի, հիվանդության տևողության և տարիքի գրեթե նույնանման լինեն: 118 հիվանդի նշանակվեց բուժում բիոսիմուլյատորներով, իսկ մնացած 105-ին՝ հայտնի դեղորայքային բուժում, ընդունված կարգով: Երկու խմբի հիվանդներն էլ օգտվում են միատեսակ ֆիզիկական բուժման կոմպլեքսներով:

Որպես բիոսիմուլյատոր մենք օգտագործեցինք խոշոր եղջերավոր անասունների մաշկի և մարդկային պլազենտային թորմվածքը ըստ Վ. Պ. Յիլատովի: Կոմպլեքսային բուժման արդյունքները գնահատելիս մենք հաշվի առանք ինչպես ներոլոգիկ ախտանիշների փոփոխությունը բուժման կուրսի սկզբում, ընթացքում և բուժումը ավարտելիս, այնպես էլ օբյեկտիվ քննությունների արդյունքները: Պարզվեց, որ կոմպլեքսային բուժումը բիոսիմուլյատորներով տալիս է երկու անգամ ավելի բուժական արդյունք, քան թե սովորական դեղամիջոցները: Ուստի մենք խորհուրդ ենք տալիս բիոսիմուլյատորների լայն կիրառում՝ պոլիոմիելիտով հիվանդների մնացորդային հետևանքների բուժման կոմպլեքսում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Андрюшко Н. С. Полиомиелит. Методические указания по профилактике деформаций и ортопедическому лечению больных. Новосибирск, 1958, 32.
2. Балужева Е. И. Лечение контрактур и остаточных явлений после полиомиелита подсадками тканей по Филатову-Румянцеву. Науч. конф. по тканевой терапии и лечению ран эмбриональной мазью. Томск, 1951.
3. Бавина М. В. Электрофоретическое исследование белковых фракций сыворотки крови при лечении кордеальной формы ревматизма. Терапевтич. архив, 1956, т. XXVIII, 3, 72—87.
4. Евдотьева М. Я. Опыт применения тканевой терапии при некоторых заболеваниях нервной системы у детей. Журн. невропатологии и психиатрии, 1952, 1, 43—44.
5. Крумань К. А. Тканевая терапия в лечении последствий полиомиелита. В кн. Материалы по изучению полиомиелита в Латвийской ССР. Труды, 1958, IX, 183—189.
6. Рославлева Н. Г. Тканевая терапия при некоторых заболеваниях у детей. Педиатрия, 1952, 5, 44—47.
7. Рудпой Н. М. К вопросу об изменениях белковых фракций сыворотки крови как показание течения воспалительного процесса. Бюлл. exper. биологии и медицины, 1957, XIII, 3, 53—59.
8. Bednanc M. Pahor V. La terapia tissulare Nella poliomielite. Mineva. medica, 1956 XVII, v. II, № 74, 661—662.
9. Calandra F. Est-il possible que la paralysie infantile puisse bénéficier de la thérapie tissulaire. Rev. el chir, orthop, 1953, 39, 5—6, 669—670.
10. Flynn P., Mayo DE. Microelectrophoresis of Proteins on filter paper. Lancet N IV, 1951, № 6076 235—239.
11. Oldershsen H. F., Gries G, und Aly T. W. Zur Klinischen Bedeutung von Ligur, serum Elektrophores Untersuchungen bei der Poliomyelitis anterior acuta. Deutsche Zeitschrift für Ver-Wenheitkunde Bol 170, 254—260, 1953.