

УДК 616.831-005-08

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ КАК ЧАСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Н. В. Тычкова^{1,2*}, кандидат медицинских наук,
А. Н. Новосельский^{1,2}, доктор медицинских наук,
И. В. Карманова², кандидат медицинских наук,
А. А. Быков¹, кандидат медицинских наук,
А. В. Воробьев^{1,2}, кандидат медицинских наук

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

² ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации», 153006, Россия, г. Иваново, ул. 3-я Сосневская д. 137

РЕЗЮМЕ Одним из важных компонентов медицинской реабилитации после мозгового инсульта в настоящее время является рефлексотерапия, и в частности акупунктура. В Ивановском областном клиническом центре медицинской реабилитации лечебно-диагностические методы рефлексотерапии в течение многих лет широко применялись в комплексе лечения больных с постинсультными двигательными дефектами. Проведенное объективное сравнительное исследование динамики восстановления функций подтверждает выраженный положительный эффект рефлексотерапии и доказывает целесообразность ее использования в медицинской реабилитации при данной патологии.

Ключевые слова: рефлексотерапия, медицинская реабилитация, ишемический инсульт, двигательный дефект.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: tnataliv@bk.ru.

Разнообразные методы рефлексотерапии (РТ) давно и успешно применяются при медицинской реабилитации после инсульта в России [1, 3, 4–7], Европе [2, 4, 8, 9–11], Китае, Вьетнаме и многих других странах. В Ивановском областном клиническом центре медицинской реабилитации (далее – Центр реабилитации) рефлексотерапия широко назначается при различных заболеваниях, в том числе для профилактики и лечения цереброваскулярной патологии.

Работа врачей в центре с первых лет его существования (с 1984 года) организована по мультидисциплинарному принципу. В состав бригады вхо-

дят невролог, ортопед, терапевт, кинезотерапевт, рефлексотерапевт, мануальный терапевт, физиотерапевт, психотерапевт, логопед. Все больные после обследования получают индивидуальное комплексное лечение: кинезо-, рефлексо-, физио-, психотерапию, массаж, мануальную терапию, логопедическую коррекцию и медикаментозное лечение. Рефлексотерапия давно заняла полноценное место в этом ряду. Как компонент медицинской реабилитации она применяется при цереброваскулярной патологии в среднем у четверти пациентов.

В 2006 году восстановительное лечение по поводу ОНМК прошли 497 пациентов (76,23%), из них

Tychkova N. V., Novoselsky A. N., Karmanova I. V., Bykov A. A., Vorobiyov A. V.

REFLEX THERAPY AS A PART OF COMPLEX RESTORATIVE TREATMENT FOR STROKE AT HOSPITAL STAGE UNDER REHABILITATION CENTRE CONDITIONS

ABSTRACT Reflex therapy and acupuncture particularly are the most important components of medical rehabilitation after cerebral stroke nowadays. Treatment-and-diagnostic techniques of reflex therapy have been widely used for many years in the complex of rehabilitation of patients with post insult locomotive defects in Ivanovo regional clinical centre of medical rehabilitation. The objective comparative study of function restoration dynamics has been made with use of reflex therapy, has obviously confirmed its marked positive effect and has proved the expediency of its usage in medical rehabilitation complexes in above mentioned pathological states.

Key words: reflex therapy, medical rehabilitation, ischemic insult, locomotive defect.

341 (52,30%) – в раннем восстановительном периоде; в 2007 году – 534 больных (78,18%), и 352 из них (62,63%) – в раннем восстановительном периоде; в 2008 году – 414 больных (73,67%), 309 (54,98%) из которых – на этапе ранней реабилитации; в 2009-м – 517 (85,74%) больных с инсультом, из которых 371 (61,53%) – в раннем восстановительном периоде, в 2010 году – 629 (92,9%) и 479 (70,75%) пациентов соответственно.

В своей практике рефлексотерапевты центра оказывают большинство медицинских услуг, указанных в приказе МЗ РФ № 38 от 3.02.1999 г. «О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в России». В частности, у больных с сосудистыми заболеваниями нервной системы применяются самые различные методы воздействия на акупунктурную точку: корпоральная, аурикулярная, скальпорефлексотерапия, микроиглорефлексотерапия, цуботерапия, фармакопунктура, вакуумтерапия и пр. Такое разнообразие методик позволяет врачу выбрать оптимальную программу лечения в каждом конкретном случае.

Целью данного исследования стала оценка эффективности рефлексотерапии в комплексе медицинской реабилитации при двигательных нарушениях в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Группу исследования составили 83 пациента неврологического стационарного отделения центра с полушарным ишемическим инсультом, имеющих односторонний постинсультный двигательный дефект (31 женщина и 52 мужчины в возрасте от 44 до 70 лет, в среднем $51,0 \pm 0,8$ года).

Для оценки эффективности рефлексотерапии использовались показатели, характеризующие степень гемипареза (мышечная сила и тонус в парализованных конечностях), и показатели, отражающие функциональные и адаптационные возможности постинсультного больного (функциональные тесты). Тонус мышц пораженных конечностей исследовался путем пальпации мышц и выявления степени их упругости, оценки степени тонического напряжения мышц и по 5-бальной шкале спастичности Ашворта (Modified Ashworth scale of muscle spasticity). Сила мышц в парализованных конечностях определялась по стандартной методике по 6-балльной системе изолированно для мышц плеча, предплечья и кисти, бедра, голени и стопы, с последующим расчетом среднего значения показателей для верхней и

нижней конечности. Уровни двигательного дефекта и адаптации оценивались по стандартным методикам с использованием функциональных тестов: теста для руки Френчай (Frenchay Arm Test), устойчивости стояния (Standing Balance), меры функциональной независимости (Functional Independence Measure), функциональной двигательной активности (Motor Club Assessment: functional movement activities). Исследование активности в повседневной жизни и уровня социальной адаптации (инвалидизации) осуществлялось при помощи индекса Бартела (Barthel ADL Index) и профиля PULSES (PULSES Profile).

В раннем восстановительном периоде больные обследовались дважды: на 4–5-й и 8–9-й неделе заболевания при повторных госпитализациях – на этапах дробного курса лечения.

По данной программе 83 пациента в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта были распределены на 2 группы. В 1-ю группу (основную) вошли 36 пациентов, получавших рефлексотерапию наряду с другими методами медицинской реабилитации; во 2-ю группу (контрольную) – 47 пациентов, получавших комплексное восстановительное лечение без применения рефлексотерапевтических методик.

Для каждого больного, получавшего рефлексотерапевтическое лечение, составлялась индивидуальная комплексная программа с учетом общего состояния, целостной картины двигательных нарушений (выраженность пареза, гипертонус мышц, наличие мышечно-суставных контрактур, триггерных пунктов, постинсультного сколиоза) и пр., на основе традиционной (опрос, осмотр, пальпация, диагностика по языку и по пульсу) и современной электро-, термо-рефлексодиагностики, а также мануального тестирования.

Данная программа, кроме корпоральной и аурикулярной иглорефлексотерапии, включает и другие методы (вакуумрефлексотерапию, точечный массаж, многоигольчатую стимуляцию, микроиглотерапию и др.). Персонифицированным является не только набор методов, входящий в рефлексотерапевтический комплекс, но и рецепты акупунктурного воздействия. Врач составляет для каждого больного индивидуальный рецепт, исходя из классических правил подбора точек в чжэнь-цзю-терапии. При этом принимается во внимание симптомокомплекс «здесь и сейчас», время проведения лечения, последовательность проведения рефлексотерапии в ряду прочих процедур медико-реабилитационного комплекса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Курс рефлексотерапии в основной группе проводился однократно, в период первой госпитализации. Стандартный курс лечения в обеих группах включал в себя медикаментозную (сосудисто-ноотропную, гипотензивную, дезагрегантную) терапию, физиолечение (в среднем 15,3 процедуры на курс в контрольной группе, 11,4 в основной группе), массаж (в среднем 7,3 процедуры на курс), индивидуальные и групповые занятия ЛФК в течение всего периода госпитализации. Средняя продолжительность курса рефлексотерапии в основной группе составила 8,5 процедуры на 1 пациента. При оценке исходных показателей статистически значимых различий между основной и контрольной группой не установлено.

Учитывая, во-первых, что развивающееся вследствие инсульта поражение мозговых двигательных центров и проводящих путей вызывает типичный асимметричный двигательный дефект, во-вторых, что клиническая картина право- и левостороннего гемипареза имеет определенные особенности, которые принимаются во внимание при составлении рефлексотерапевтической реабилитационной программы, а также с целью выявления различий в динамике двигательных нарушений при включении в реабилитационный курс методов рефлексотерапии. Показатели оценивались отдельно для пациентов с правосторонним и левосторонним гемипарезом.

У 39 пациентов (19 – в основной группе, 20 – в контрольной группе) в возрасте 44–67 лет имелся правосторонний гемипарез (13 (33,33%) женщин в возрасте 47–67 лет, в среднем 57,38 года, и 26 (66,67%) мужчин в возрасте 44–65 лет,

в среднем 54,62 года). У 44 больных (17 – в основной группе, 27 – в контрольной группе) в возрасте 46–70 лет наблюдался левосторонний гемипарез (18 (40,91%) женщин в возрасте 48–70 лет, в среднем 57 лет, и 26 (59,09 %) мужчин в возрасте 46–66 лет, в среднем 55,31 года).

При сравнении показателей мышечной силы и тонуса парализованных конечностей (табл. 1) при первом (на 4–5-й неделе) и втором (на 8–9-й неделе) обследованиях во всех группах выявлено статистически значимое улучшение показателей мышечной силы и тонуса. Следует подчеркнуть, что после курса рефлексотерапии установлено более выраженное увеличение мышечной силы в ноге в группе правостороннего, а в руке – в группе левостороннего гемипареза. Такая асимметричность требует дальнейшего изучения.

У всех обследованных статистически значимо улучшилась адаптация к имеющемуся дефекту (табл. 2). При применении рефлексотерапии в комплексном восстановительном лечении достигнуты статистически значимо лучшие результаты теста на меру функциональной независимости и теста для руки Френчай. Больные с левосторонним гемипарезом, кроме того, имели более высокие показатели профиля PULSES и теста на функциональную двигательную активность.

ВЫВОДЫ

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что рефлексотерапия при осуществлении медицинской реабилитации больных с инсультом дает стабильные положительные результаты, что позволяет рекомендовать более широкое ее включение в реабилитационные программы.

Таблица 1. Мышечная сила и тонус парализованных конечностей у больных, получавших и не получавших рефлексотерапию, в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, $M \pm \sigma$

Показатель	Первое обследование		Повторное обследование	
	Основная группа (n = 36)	Контрольная группа (n = 47)	Основная группа (n = 36)	Контрольная группа (n = 47)
Сила в руке, баллы	3,43 ± 0,8	3,4 ± 0,93	3,88 ± 1,01	3,81 ± 0,93
Сила в ноге, баллы	3,82 ± 0,64	3,83 ± 0,58	4,32 ± 0,85*	4,21 ± 0,6
Тонус в руке, баллы	3,28 ± 0,65	3,2 ± 0,6	2,17 ± 0,98*	2,59 ± 0,88
Тонус в ноге, баллы	3,25 ± 0,65	3,24 ± 0,64	2,19 ± 1,03*	2,68 ± 0,8

Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,001$.

Таблица 2. Результаты функциональных тестов у пациентов, получавших и не получавших рефлексотерапию, в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта, $M \pm \sigma$

Проведенные тесты	Первое обследование		Повторное обследование	
	Основная группа (n = 36)	Контрольная группа (n = 47)	Основная группа (n = 36)	Контрольная группа (n = 47)
Индекс Бартела	81,81 ± 11,34	81,15 ± 10,2	93,5 ± 6,93	92,31 ± 7,67
Профиль PULSES	12,15 ± 2,02	12,1 ± 1,9	10,05 ± 2,04	10,56 ± 1,65
Мера функциональной независимости (FIM), движение*	60,09 ± 11,68	60,03 ± 11,31	74,74 ± 6,59	72,53 ± 10,67
Мера функциональной независимости (FIM), интеллект*	23,19 ± 4,16	23,12 ± 3,82	27,83 ± 4,33	26,15 ± 4,02
Функциональная двигательная активность	44,24 ± 8,48	43,4 ± 7,78	49,67 ± 3,98	49,03 ± 4,06
Тест для руки Френчай*	2,65 ± 1,67	2,67 ± 1,47	3,94 ± 1,58	3,8 ± 1,82
Устойчивость стояния	3,66 ± 0,57	3,68 ± 0,61	3,92 ± 0,28	3,9 ± 0,41

Примечание. Статистическая значимость различий: * – $p < 0,001$.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гафуров, Б. Г. Эффективность рефлексотерапии в комплексном лечении ишемического инсульта в раннем восстановительном периоде заболевания / Б. Г. Гафуров, Н. З. Аманова // Современные проблемы психиатрии и неврологии : тез. докл. республ. науч.-практ. конф. – Андижан, 2009. – С. 54–55.
2. Де Моран, Ж. С. Китайская акупунктура : в 4 т. / Ж. С. де Моран. – М., 2005.
3. Качан, А. Т. Иглоотерапия и «точечный» массаж при спастических гемипарезах : учеб. пособие / А. Т. Качан. – СПб. : СПбМАПО, 2010. – 23 с.
4. Николаев, Н. А. Клинические лекции / Н. А. Николаев. – Рига, 2004. – 599 с.
5. Особенности клиники двигательных нарушений и методика рефлексотерапии при спастических гемипарезах у больных после мозгового инсульта / А. А. Королев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 6. – С. 54–57.
6. Рефлексотерапия (пунктурная адаптационно-энергизирующая терапия) при цереброваскулярной патологии / Н. В. Тычкова [и др.]. – Иваново, 2013. – 348 с.
7. Тянь, В. Н. Возможности мануальной терапии и рефлексотерапии в комплексном лечении ранних форм цереброваскулярной патологии / В. Н. Тянь // Мануальная терапия. – 2006. – № 1. – С. 25–29.
8. Шнорренбрегер, К. Терапия акупунктурой : в 2 т. / К. Шнорренбрегер. – М., 2003.
9. Acupuncture for Subacute Stroke Rehabilitation / J. Park [et al.]. – Arch. Intern. Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 2026–2031.
10. Effects of acupuncture treatment on poststroke motor recovery and physical function: a pilot study / D. N. Alexander [et al.] // Neurorehabil. Neural. Repair. – 2004. – Vol. 18. – P. 259–267.
11. Fink, M. Needle acupuncture in chronic poststroke leg spasticity / M. Fink, J. D. Rollnik, M. Bijak // J. Arch. Phys. Med. Rehabil. – 2004. – Vol. 85 (4). – P. 667–672.