

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ И МЕТОДИКА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ГЕМИПАРЕЗАХ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

А. А. Королев, Г. А. Суслова, С. В. Кузьмина, Р. Р. Шарипова

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия», г. Санкт-Петербург;

Санкт-Петербургская клиническая больница РАН koroland.dok@mail.ru

Проведена оценка особенности клинической картины постинсультных двигательных нарушений у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с формированием спастического гемипареза. Предложена методика рефлексотерапевтического воздействия при спастических парезах и параличах.

Ключевые слова: мозговой инсульт, двигательные нарушения, рефлексотерапия.

FEATURES AND CLINIC OF MOTOR DISORDERS AND REFLEXOTHEROPY METHOD FOR PATIENTS WITH SPASTIC HEMIPARESIS AFTER CEREBRAL STROKE

A. A. Korolev, G. A. Suslova, S. V. Kuzmina, R. R. Sharipova

St. Petersburg State Pediatric Medical Academy,

St. Petersburg Clinical Hospital RAN, koroland.dok@mail.ru

Assessment of clinical features of poststroke motor disorders in patients after acute cerebral blood flow with the formation of spastic hemiparesis. Performed the technique of reflexotherapy impact with spastic paresis and paralysis.

Keywords: cerebral stroke, motor disorders, reflexotherapy.

Введение

Проблема восстановления двигательных нарушений у больных в восстановительном периоде инсульта продолжает оставаться актуальной. Несмотря на значительные успехи, которые сделала физиология в выяснении механизмов, лежащих в двигательных расстройствах церебрального генеза, и на возрастающий арсенал средств их в восстановительной медицине, процент инвалидиза-

ции больных с данной патологией движения остается достаточно высоким. В настоящее время комплекс реабилитационных мероприятий для лечения больных со спастическими гемипарезами после мозгового инсульта состоит из медикаментозных и физических средств терапии. Для воздействия на основные патогенетические механизмы заболевания применяются противосклеротические, гипотензивные, спазмолитиче-

ские, противосвертывающие средства, вещества, улучшающие обменные процессы в структурах головного мозга, и т. д. [3]

Использование медикаментозных препаратов противоположной направленности обусловлено влиянием одних на парез, других — на мышечный тонус, однако при парэнтеральном введении эти вещества действуют диффузно на все группы мышц, и поэтому введение одних препаратов снижает степень пареза, но повышает мышечный тонус, а введение других — снижает мышечный тонус, но способствует нарастанию пареза. Подобное положение дел имеет место и при использовании общего массажа, который способствует улучшению двигательной функции, однако параллельно повышает мышечный тонус [5].

В связи с вышеизложенным, в последние годы значительно возрос интерес к методам локально-рефлекторного воздействия: спирто-новокаиновые блокады спастиче-

ских групп мышц, электростимуляция паретичных мышц, избирательный массаж и т. д. К этой группе лечебного воздействия можно отнести и иглорефлексотерапию [6].

Цель исследования

Провести оценку клинической картины постинсультных двигательных нарушений у больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с формированием спастического гемипареза при применении рефлексотерапии.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 43 пациента в возрасте от 47 до 65 лет. Все больные находились на этапе стационарного восстановительного лечения после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с формированием спастического гемипареза.

Всем больным проводилась оценка степени спастичности паретичных мышц при помощи модифицированной шкалы Ahworths [3]

Модифицированная шкала Ahworths для оценки мышечного тонуса

Описание	Балл
Нет увеличения мышечного тонуса	0
Незначительное увеличение мышечного тонуса, проявляющееся хватанием, напряжением и расслаблением при минимальном сопротивлении в конце движения, когда пораженная часть (и) совершает движения в сгибателях или разгибателях	1
Более заметное увеличение мышечного тонуса практически во всем объеме движения, но движения производятся легко	2
Значительное увеличение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены	3
Пораженные части ригидны при сгибании или разгибании	4

для клинической оценки мышечного тонуса (таблица).

Оценка мышечного тонуса проводилась до и после проведения курса рефлексотерапевтического воздействия на спастичные мышцы. Все пациенты были распределе-

ны на 3 группы. Первая группа больных (14 человек) на момент начала проведения курса иглорефлексотерапии имела 4 балла по шкале Ahworths, вторая группа (21 человек) — 3 балла, третья (8 человек) — 2 балла.

После тестирования пациентов непосредственно начинался курс иглорефлексотерапии. Исходя из наличия повышенной возбудимости во всех группах мышц, использовался переходный или тормозный методы иглоукалывания. Выбор того или иного варианта находился в прямой зависимости от степени повышения мышечного тонуса и уровня артериального давления [1]. Время оставления игл в тканях составляло соответственно при переходном методе — 25 минут, при тормозном методе — 40 минут. Глубина введения — каноническая до появления комплекса так называемых предусмотренных ощущений. При наличии расстройства чувствительности, как правило, получить четкие предусмотренные ощущения не удавалось. В этих случаях о нахождении иглы в точке акупунктуры можно было судить по легкому сокращению мышц в месте введения иглы. Появление и усиление предусмотренных ощущений в процессе лечения иглоукалыванием являлось признаком положительной динамики. Количество точек акупунктуры на процедуру составляло от 4 до 10, ежедневно, 15 процедур.

При выборе локализации воздействия исходили из патогенеза заболевания, характера и преимущественной локализации двигательных расстройств [4].

С целью воздействия на патологический процесс (в нашем исследовании это было сочетание гипертонической болезни и церебрального атеросклероза) использовались следующие точки акупунктуры: ЦЮЙ-ЧИ (11GI), ШОУ-САНЬ-ЛИ (10GI), ВАЙ-ГУАНЬ (5TR), ХЭ-ГУ (4GI), НЭЙ-ГУАНЬ (6МС), ДА-ЛИН (7МС), БАЙ-ХУЭЙ (20VG), ФЭН-ЧИ (20VB), ЦЗУ-САНЬ-ЛИ

(Е36), СЯНЬ-ИНЬ-ЦЗЯО (6RP), точки воротниковой зоны: ДА-ЧЖУЙ (14VG), ЦЗЯНЬ-ЧЖУН-ШУ (15IG), ЦЗЯНЬ-ВАЙ-ШУ (14IG). Воздействие в указанные точки акупунктуры нормализовало артериальное давление, улучшало общее и церебральное кровообращение, способствовало повышению физического и психоэмоционального тонуса.

Наряду с описанным выше методом для оказания влияния на основной патологический процесс использовались точки акупунктуры канала печени и желчного пузыря: ЯН-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ (34VB), ЦЮ-СЮЙ (40VB), СЮАНЬ-ЧЖУН (39VB), ТАЙ-ЧУН (3F), СИН-ЦЗЯН (2F), ГАНЬ-ШУ (18V), ДАНЬ-ШУ (19V), а также «ключи» экстраординарных каналов: ВАЙ-ГУАНЬ (5TR), ЦЗУ-ЛИН-ЦИ (Е36), ХОУ-СИ (3IG), ШЭНЬ-МАЙ (61V), в сочетании с групповыми ЛО: САНЬ-ИНЬ-ЦЗЯО (6RP) и САНЬ-ЯН-ЛО (8TR).

Для воздействия на патологический двигательный синдром использовались точки акупунктуры локально-сегментарного действия.

Результаты исследования

После проведения курса рефлексотерапии по вышеуказанной схеме все пациенты повторно проходили тестирование по модифицированной шкале Ashworth для клинической оценки мышечного тонуса.

В первой группе больных у 7-ми человек спастика паретичных мышц регрессировала до 2 баллов, у 5-ти человек — до 3 баллов, и лишь у 2 — мышечный тонус не изменился.

Во второй группе исследуемых у 12-ти человек спастика уменьшилась до 1 балла,

у 6-ти — до 2 баллов и у 3-х пациентов результаты не изменились.

В третьей группе из 8-ми человек, спастичность уменьшилась до 1 балла у 7-ми человек.

Обсуждения

Иглорефлексотерапия у больных со спастическими гемипарезами является одним из приоритетных методов в комплексе реабилитационных мероприятий. Ее можно сочетать с приемом сердечных, сосудорасширяющих, гипотензивных, нейропротективных препаратов, витаминотерапией. Одновременно с акупунктурой можно проводить лечебную гимнастику и «точечный» массаж. Учитывая седативный эффект иглоукалывания, который длится в течение нескольких часов после процедуры, «точечный» массаж и лечебную физкультуру следует проводить перед сеансом рефлексотерапии. Не рекомендуется сочетать акупунктуру с общим массажем, спирто-новокаиновыми блокадами, средствами, действующими на синаптическом уровне, снотворными, ганглиоблокаторами и транквилизаторами диазепинового ряда. Применение иглорефлексотерапии малоэффективно у больных с давностью инсульта более 1,5 лет [2].

Выводы

Проведенная нами оценка клинической картины постинсультных двигательных нарушений у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения с формированием спастического гемипареза, при применении рефлексотерапии пока-

зало высокую эффективность акупунктуры в концепции восстановительного лечения. Включение этого метода в комплекс реабилитационных мероприятий для восстановления двигательных функций у постинсультных больных позволяет добиться более выраженных результатов лечения.

Список литературы

1. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. — 3-е изд., перераб. — М.: Наука, 1992. — 632 с.
2. Гехт А.Б., Бурд Г.С., Селихова М.В., Яиш Ф.К., Беляков В.В. Нарушения мышечного тонуса и их лечение в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1998. — № 10. С. 248-251.
3. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шапаранова Н.В. Реабилитация неврологических больных. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 560 с.
4. Качан А.Т. Иглотерапия и «точечный» массаж при спастических геми- и парапарезах: учеб. пособие. — СПб.: СПбМАПО, 2010. — 23 с.
5. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: Руководство для врачей/под ред. А.Ю. Макарова. — СПб.: ООО «Медлайн-Медиа», 2006. — 600 с.
6. Яроцкая Э.П. Рефлексотерапия заболеваний внутренних органов. — Харьков, 1994. — 160 с.