

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Б.Г. Гафуров, Н.З. Аманова, Институт усовершенствования врачей, Научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Гафуров Бахтияр Гафурович – e-mail: bahtiyar@dostlink.net

С целью определения эффективности рефлексотерапии (РТ) при ишемическом инсульте (ИИ) 134 больным из 210 больных с ИИ на фоне медикаментозной терапии и в комплексе ранних реабилитационных мероприятий была проведена РТ в острый период заболевания. Оценка эффективности проводилась по клиническим шкалам Гусева-Скворцовой и шкале Бартеля до, после лечения и в РВП. В ходе данного исследования было установлено, что регресс неврологического дефицита и восстановление функциональной независимости пациентов происходит более быстрыми темпами при включении РТ, что обуславливает прирост балльной оценки по шкалам Гусева-Скворцовой и Бартеля. Нужно отметить, что раннее применение РТ при лечении ИИ не зависит от степени тяжести состояния больных.

Ключевые слова: ишемический инсульт, рефлексотерапия, ранняя реабилитация.

With the view of determination of efficiency of reflex therapy in ischemic stroke, out of two hundred and ten, regarding one hundred and thirty four patients with ischemic stroke, reflex therapy in combination with medicinal treatment and complex rather rehabilitation measures were used.

Efficiency rating of reflex therapy was made by clinic scales of Gusev-Skvorcova and scale of Barthel before, after curing and in early restorative period.

In the course of current studies it was found out that regress of the neurological deficit and recovering of functional independence of patients were achieved more rapidly when reflexotherapy was used, that was responsible for increase in score evaluation by scales of Gusev-Skvorcova and scale of Barthel. It should be noted, that the early use of reflex therapy during the treatment of an ischemic stroke, does not depend on the gravity degree of the patient's state.

Key words: ischemic stroke, reflex therapy, rather rehabilitation.

Инсульт является третьей, а по некоторым данным второй по частоте причиной смертности населения и занимает лидирующее положение как причина стойкой инвалидности во всем мире. Лечение инсульта является одной из основных проблем современной неврологии. Результаты экспериментальных исследований показали, что острый и ранний восстановительный периоды ишемического инсульта являются определяющими для формирования резидуального неврологического дефекта, степени адаптации и функциональной компенсации больных. Учитывая это, в последние годы внимание исследователей и практических врачей сосредоточено на разработке комплекса лечебных мероприятий по восстановлению нарушенных функций организма в острый, наиболее перспективный для прогноза период ишемического мозгового инсульта [1].

Основными принципами лечения острого инсульта являются экстренность, интенсивность, патогенетическая направленность, комплексность. Стремление минимизировать степень нарушения функций головного мозга, нормализовать общую гемодинамику и расстройства микроциркуляции, метаболические процессы в тканях мозга вызывают необходимость в применении большого количества лекарственных средств, что не исключает опасности полипрагмазии и развития осложнений. Наличие у пожилых пациентов сопутствующей патологии создает дополнительные трудности в выборе лечебно-реабилитационных мероприятий. Появление современных

методов нейровизуализации и внедрение такой медикаментозной технологии, как тромболитическая терапия, обозначило новые горизонты, однако к значительным радикальным сдвигам в решении данной проблемы не привело [2]. Накопленный опыт новых диагностических возможностей показал, что зона необратимых изменений в головном мозге при ишемическом инсульте, нарастает постепенно, по мере развития той или иной степени ишемического каскада. Выяснилось, что существует так называемое терапевтическое окно, когда терапия, направленная на восстановление перфузии мозга и нейропротекцию, может не только спасти жизнь пациента, но и свести до минимума функциональные потери [3]. Следовательно, экстренность и своевременность в наибольшей степени определяют исход заболевания. Учитывая актуальность проблемы, важным является разработка эффективных лечебных мероприятий, с включением не только медикаментозных, но и немедикаментозных методов лечения. Одним из них является рефлексотерапия, включающая в себя акупунктуру, термопунктуру, многоигольчатую акупунктуру, электроакупунктуру, краниопунктуру, акупрессуру, точечный массаж, магнитоакупунктуру и другие методы воздействия на биологически активные точки [4].

В данной статье приводятся данные об эффективности проведения РТ, основанной на диагностике по пульсу и языку, в комплексе с медикаментозной терапией у больных с инсультом в острый период.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 210 больных с ишемическим инсультом, с идентичными фоновыми заболеваниями и факторами риска развития ишемического инсульта, такими как атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет второго типа, ревматизм. Из них основную группу составили 134 больных, которым со дня поступления в стационар на фоне базисной терапии проводилась рефлексотерапия (РТ). В контрольную группу вошли 76 больных, получавших идентичную базисную медикаментозную терапию, но без включения рефлексотерапии.

Базисная терапия включала коррекцию нарушений дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, нормализацию кислотно-основного и осмоллярного гомеостаза, водно-электролитного баланса, лечение и профилактику повышения внутричерепного давления, вегетативных расстройств и осложнений острого мозгового инсульта. Также проводилась дифференцированная терапия, направленная на улучшение перфузии ткани мозга и нейропротекцию.

По рекомендации ВОЗ для определения степени тяжести состояния больных с ишемическим инсультом в остром периоде использовалась шкала NIH и шкала Вейсса. Все пациенты согласно этим шкалам были подразделены на две подгруппы по степени тяжести: среднюю и тяжёлую. Таким образом, группу со средней степенью тяжести составили пациенты, имеющие неврологический дефицит 11–20 баллов по шкале NIH и мышечной силой 2–3 балла по шкале Вейсса; группу с тяжёлой степенью – более 20 баллов по шкале NIH и мышечной силой 0–1 балл. В основной группе: 85 больных средней степени тяжести, 49 пациентов тяжёлой.

В контрольной группе: 56 больных со средней степенью тяжести инсульта, 34 больных с тяжёлой.

По частоте возникновения инсульта в основной группе: первичный инсульт наблюдался у 97 больных, повторный у 37; в контрольной группе первичный инсульт наблюдался у 50 больных, повторный у 26.

Эффективность проведения лечебных мероприятий, как в основной, так и в контрольной группе, оценивалась по динамике неврологической симптоматики и по клиническим шкалам. Использовались оригинальная шкала оценки тяжести инсульта Гусева-Скворцовой и шкала Бартела (Barthel D.W, 1965) [5]. Статистический анализ достоверности различий цифровых показателей проводился по таблице критических значений критерия Стьюдента (t-распределение).

Для определения стратегии и тактики акупунктуры производился осмотр, пальпация и диагностика по пульсу и языку, что позволяло определить характер дисгармонии Инь – Ян, этиопатогенетические факторы, орган и меридиан [6]. Точки подбирались с учётом конкретного синдрома и функциональных свойств акупунктурных точек. Выбор методики рефлексотерапии и рецептуры биологически активных точек осуществлялся строго индивидуально с учётом стадии инсульта и его клинико-патогенетического варианта.

В острейшую и острую стадию инсульта с целью улучшения динамики восстановления сознания мы проводили точечное кровопускание из периферических точек P11, C9, MC9, GI1, TR1, IG1 [7]. Применение послабляющих техник в точках Байхуэй DU20, Шуйгу DU26 влияет на выброс возбуждающих нейромедиаторов, торможение НМДА-рецепторов и, как следствие, снижение потока ионов Ca в клетки [8]. Как вспомогательные точки, усиливающие действие вышеуказанных точек, мы использовали точки Хэгу GI4, Цюйчи GI11 и Дачжуй DU14 (метод тонизации). Данное направление актуально в острейшую стадию инсульта. В целях повышения уровня сознания, нормализации сна, гармонизации эмоционального фона нами были использованы точки меридиана печени Синьцзян F2 (седация) и Тайчун F3 (тонизация) и все точки меридиана сердца. С целью восстановления нормального тока в артериальном русле и снижения тромбообразования путем разжижения крови мы использовали точки Цихай Ren6 (тонизация), Цихайшу UB24, Гэшу UB17 (седация), Цзусаньли ST36 и Юнцюань R11 (тонизация). У больных, страдающих артериальной гипертонией, на фоне проведения рефлексотерапии в данных точках наблюдалась нормализация артериального давления и улучшение общего самочувствия (субъективная оценка). При наличии дизартрии и афазии у больных мы использовали точки, имеющие, учитывая функциональные свойства точек, непосредственную связь с языком: Лянцюань Ren23, Тунли HT5; точку Ямэнь DU15, имеющую непосредственную связь с головным мозгом. При манипуляции в данных точках использовался метод тонизации. В целях нейропротекции и улучшения общих метаболических процессов мы использовали точки чудесных меридианов Даймай и Думай (метод тонизации). С целью снижения степени гипоксии и восстановления клеточного дыхания мы использовали внемеридианные точки Цзяцзи Хуато (седация) и точку Гуаньюань Ren4 (тонизация) [9]. При ишемическом инсульте, развившемся на фоне снижения мозговой перфузии, рекомендуется проводить тонизацию в точках, влияющих на реологические свойства крови Цихай Ren6, Цихайшу UB24, Гэшу UB17. Техника тонизации в точках Сюэхай SP10 и Гуаньюань Ren4 способствует увеличению сердечного выброса, тем самым, улучшая перфузию головного мозга. Для лечения двигательных нарушений (плегии, парез) рекомендуются следующие точки: для рук – Цзяньюй LI15, Цюйчи LI11, Вайгуань TB5, Хэгу LI4; для ног – Хуаньтяо GB30, Цзусаньли ST36, Янлиньцюань GB34, Сюаньчжун GB39, Цзеси ST41 [10, 11]. Варианты воздействия в различных точках у различных пациентов были различными. Это зависело от поставленного синдромального диагноза в китайской манере. Например, «пустой» – тонизирующий, «полный» – тормозной, преобладание «инь» – тонизирующий, «Ян» – тормозной. Наш подход был очень индивидуален, каждому сеансу предшествовал осмотр, диагностика по пульсу и языку, постановка диагноза в китайской манере, выбор точек и сеанс. Но несмотря на это, мы выделили

наиболее часто встречающиеся точки при лечении больных с ишемическим инсультом. Чаще всего мы использовали 1 – тормозной метод и 2 – возбуждающий, хотя и другие методы тоже имели место.

Курс рефлексотерапии составил 12–14 сеансов, сеансы проводились ежедневно, а в отдельных случаях дважды в день в первой половине дня. Рефлексотерапия проводилась начиная с первых 12–14 часов от момента развития инсульта. Обследование больных с применением указанных клинических шкал до начала лечения, после его окончания и в динамике, спустя 3–4 месяца. Повторные сеансы рефлексотерапии нами проведены не были, так как целью работы было определить степень эффективности рефлексотерапии при лечении больных с ишемическим инсультом в острейший и острый периоды заболевания.

Результаты

В ходе данного исследования было установлено, что регресс неврологического дефицита при включении РТ происходит более быстрыми темпами, что обусловило прирост балльной оценки по шкалам Гусева-Скворцовой и Бартела.

ТАБЛИЦА 1.

Динамика показателей по шкале Гусева-Скворцовой

Группы обследованных больных	До лечения (при поступлении) (в баллах) (M±m)	После лечения (через 15 дней) (в баллах) (M±m)	РВП (через 3-4 месяца) (в баллах) (M±m)
Средняя степень тяжести инсульта			
Основная группа n=85	26±0,4	36,9±0,4*	42,4±0,4*
Контрольная группа n=56	27±0,3	31,6±0,5*	35±0,5*
Тяжелый инсульт			
Основная группа n=49	20,5±0,6	27,6±0,5*	35,5±0,5*
Контрольная группа n=34	21,7±0,7	24,9±0,6*	28±0,6*

Примечание: * - $p \leq 0,001$.

ТАБЛИЦА 2.

Динамика показателей по шкале Бартела

Группы обследованных больных	До лечения (при поступлении) (в баллах) (M±m)	После лечения (через 15 дней) (в баллах) (M±m)	РВП (через 3-4 месяца) (в баллах) (M±m)
Средняя степень тяжести инсульта			
Основная группа n=85	52±1,3	77,5±1,9*	92,8±1,5**
Контрольная группа n=56	54±2	66±2,8*	73,1±3,1**
Тяжелый инсульт			
Основная группа n=49	32,3±2	58,5±1,7**	74,9±1,9**
Контрольная группа n=34	31,5±0,7	41,9±1,5**	32±2,1**

Примечание: * - $p \leq 0,01$ ** - $p \leq 0,001$.

Как видно из таблицы 1, показатели в основной и контрольной группах до лечения достоверно не различаются. На фоне проведенной терапии, на 15-й день и через 3–4 месяца в обеих группах прослеживается положительная динамика регресса неврологического дефицита. Однако прирост балльной оценки в основной группе, как на 15-й день, так и через 3–4 месяца, значительно выше, чем в контрольной. Такая тенденция прослеживается как у больных со средней степенью тяжести, так и с тяжелой степенью. Полученные

результаты в основной и контрольной группах после лечения достоверно различны.

Из таблицы 2 видно, что степень функциональной независимости пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести основной и контрольной группы по шкале Бартела до лечения достоверно не различалась. На фоне проведенного лечения и в основной группе, и в контрольной группе наблюдается улучшение показателя функциональной активности по шкале Бартела. Необходимо отметить, что статистически значимое увеличение степени восстановления утраченных функций на 15-й день и через 3–4 месяца наблюдалось у больных основной группы, как с тяжелой, так и со средней степенью тяжести инсульта. Отсюда следует, что эффективность индивидуально подобранной рецептуры и методики рефлексотерапии, которая используется в комплексной терапии ишемического мозгового инсульта, начиная с острейшей стадии заболевания, не зависит от исходной тяжести заболевания. Полученный нами опыт свидетельствует о том, что пессимистическое отношение к методам традиционной народной медицины, по крайней мере, по отношению к такому тяжелому заболеванию, как инсульт, неоправданно и при лечении этого недуга следует использовать все возможности.

Выводы

1. Стратегия и тактика рефлексотерапии в комплексном лечении ишемического инсульта должна исходить от клинического состояния больного, синдромного диагноза, и клинко-патогенетического варианта заболевания, а также на основании традиционного осмотра, опроса, пальпации и диагностики по пульсу и языку.
2. Рефлексотерапия должна применяться в наиболее ранние сроки инсульта, когда нейропротективное действие, стимулирующее кровообращение и мозговой метаболизм, имеет перспективу.
3. Проводить сеансы рефлексотерапии можно без ограничений в возрасте и степени тяжести состояния больного.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Чекиева Н.С. Лечение острого мозгового инсульта (диагностические и терапевтические алгоритмы). М. 2003. 26 с.
2. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. М.: Интермедика. 2002. 208 с.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Нейропротективная терапия ишемического инсульта. I. Первичная нейропротекция. Журнал неврологии и психиатрии. 2002. № 5. С. 3–7.
4. Васичкин В.И. Методы Китайской акупунктуры. М.: Полигон. 2005. 375 с.
5. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: «Миклош». 2003. 176 с.
6. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. М.: МЕД Пресс. 2001. 456 с.
7. Li J.Y., Peng Y.Z., Yang F.J. Clinical observation on effect of tongnao huoluo acupuncture therapy in treating acute cerebral infarction at ultra-early or acute stage Altern. Complement. Med. 2003. Oct. 23 (10). P. 736–739.
8. Cho N.H., Lee J.D., Cheong B.S. Acupuncture suppresses intrastriatal hemorrhage-induced apoptotic neuronal cell death in rats. J. Neurosci Lett. 2004. May. 20. 362 (2). P. 141–145.
9. Zhang Y.J. Observation of curative effects of huatojiaji in the treatment of 300 cases of apoplexy. Trad Chin Med. 1996. Jun. 16 (2). P. 117–120.
10. Napadow V., Kaptchuk T.J. Patient characteristics for outpatient acupuncture in Beijing, China. J. Altern. Complement. Med. 2004. Jun. 10 (3). P. 565–572.
11. Fink M., Rollnik J.D., Bijak M. Needle acupuncture in chronic poststroke leg spasticity. J. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2004. Apr. 85 (4). P. 667–672.