

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

На правах рукописи
УДК 616.831-005.1-039.76:615.814.1

Аманова Наргис Зафаровна

**РОЛЬ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ
РАННИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИ-
ЯТИЙ У БОЛЬНЫХ С МОЗГОВЫМ
ИНСУЛЬТОМ**

14.00.13 - Нервные болезни.

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент - 2010

Работа выполнена в Ташкентском институте усовершенствования врачей и
Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи

Научный руководитель Доктор медицинских наук, профессор
Гафуров Бахтияр Гафурович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Рахимбаева Гульнара Саттаровна

доктор медицинских наук, профессор
Садыкова Гульчехра Кабуловна

Ведущая организация: **Казахский национальный
медицинский университет имени
С. Д. Асфендиярова**

Защита состоится « _____ » _____ 2011 г. в _____ час. на засе-
дании Специализированного совета Д 087.49.02 Ташкентского института
усовершенствования врачей (Республика Узбекистан, 100007, г. Ташкент, ул.
Паркентская, 51).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентского института
усовершенствования врачей.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2011 г.

**Ученый секретарь
Специализированного совета,
д.м.н., профессор**

С. З. Ешимбетова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. В современном мире инсульт является важнейшей медико-социальной проблемой и занимает второе место среди причин смерти, инвалидизации и снижения социальной активности наиболее работоспособной части населения (Гусев Е. И., Скворцова В. И., 2001).

Инсульт является неотложным состоянием, требующим быстрой патогенетически обоснованной помощи, особенно в первые 2-3 часа его развития (Виленский Б. С., 2008; Гафуров Б. Г., 2009). В острейший период инсульта (до 3 дней) методы интенсивной терапии инсульта весьма разнообразны, но все они относятся к одному из двух основных направлений:

- улучшение перфузии тканей мозга (первые 3-6 часов с момента развития ишемии);

- проведение нейропротективной терапии, которая делится на первичную протективную терапию и вторичную (Гусев Е. И., Скворцова В. И., 2002; Белоусов Ю. Б., 2003; Гафуров Б. Г., 2004; Головченко Ю.И., Трещинская М. А., 2006; Бурчинский С. Г., 2007; Кухтевич И. И. и др., 2007).

Внедрение в практику новейших методов диагностики (среди которых особое место занимают методы нейровизуализации и ультразвуковые методы исследования кровотока) значительно расширило представления о гетерогенной природе различных форм ОНМК (Горбачева Ф. Е. и др., 2002; Гераскина Л. А. и др., 2003; Кучеренко С. С., Кузнецов А. Н., 2003; Майкл П., Богуславски Дж., 2003; Мачерет Э. Л., 2006; Домашенко и др., 2007; Сайфулина Э. И. и др., 2007; Alvares-Sabin J. et al., 2000; Ringelstein E. В., Weiller С., 2000).

Современные патогенетические представления позволили предложить схему последовательных этапов развития ишемического каскада, каждый из которых является потенциальной мишенью для терапевтических воздействий (Асадуллаев М. М. и др., 2003; Гафуров Б. Г., Аликулова Н. А., 2004; Ананьева Н.И., 2005; Суслина З. А. и др., 2005; Новикова Л. Б. и др., 2006; Бушенева С. Н. и др., 2007; Одинак М. М., Вознюк И. А., 2008; Ringelstein E. В., Weiller С., 2000).

Существует широкий спектр фармакологических препаратов, включающий вазоактивные средства, антиагреганты, антикоагулянты, тромболитики, нейропротективные средства которые, на сегодняшний день, представлены огромным числом препаратов (Маджидов Н.М. и др., 2002; Белоусов Ю.Б., 2003; Лысенко В.И., Дьолог Н.В., 2007). В настоящее время, более 30 международных центров проводят исследования препаратов различных фармакологических групп с потенциальными нейропротекторными свойствами (Гусев Е. И., Скворцова В. И., 2002; Гафуров Б. Г., 2004; Кастелланос М., Лопес К., 2007; Скоромец А. А., 2008; Гафуров Б. Г., Шойзоков А. Н., 2009;). К ним относятся: антигипоксанты, аминокислоты, препараты, улучшающие нейро-

трофическое обеспечение мозга, нейропептиды, антиоксиданты, ноотропные средства, препараты, направленные на улучшение регенераторно-репаративных процессов (Быков Ю. Н., 2000; Горбачева Ф. Е., 2002; Новикова Л. Б. и др., 2006; Гудкова В. В. и др., 2007; Скворцова В. И., Боцина А. К., 2007; Гусев Е. И., Боголепова А. Н., 2008; Рекомендации ESO, 2008; Спирин Н. Н. и др., 2008). Стремление предотвратить прогрессирование инсульта приводит к необходимости применения большого количества средств, влияющих на различные звенья патогенеза. Подобная практика обычно приводит к полипрагмазии, нередко сопровождающейся осложнениями. Поэтому поиск новых возможностей в комплексном лечении больных с ОНМК остаётся актуальной проблемой ангионеврологии (Сагдуллаев А. Р., 2004; Панченко Е. Н., 2005; Савельева И. Е., 2007; Скоромец А. А., Ковальчук В. В., 2007; Мирджураев Э. М. и др., 2009).

Степень изученности проблемы. В последние годы было проведено немало научно-исследовательских работ по изучению воздействия немедикаментозных методов на реабилитационные процессы в остром периоде инсульта. Проводились работы с использованием рефлекторной и надсосудистой лазеротерапии (Ахметзянова А. А., 2004), гирудорефлексотерапии (Мирджураев Э. М. и др., 2009), высокоинтенсивной импульсной магнитной стимуляции (Панченко Е. Н., 2005), термopунктурной диагностики и терапии (Сагдуллаев З.Р., 2004), различных методик рефлексотерапии (Лукьянюк Е. В. и др., 1997; Савельева И.Е., 2007), иглотерапии (Дмитриев В. К., 1997; Кукушкин М. Л., 1997; Мирджураев Э. М., Сагатов А.Р., 2008) в комплексном лечении инсульта.

Несмотря на накопленный опыт использования различных немедикаментозных методов в комплексном лечении инсульта, остаётся открытым вопрос максимального применения всех имеющихся возможностей рефлексотерапии для наиболее интенсивного воздействия на церебральную гемодинамику и активации собственных саногенетических механизмов организма больного, что в свою очередь способствовало бы повышению эффективности комплексного лечения. Все эти проблемы требуют дальнейшей разработки и исследования. Дальнейшее изучение эффективности данного вида лечения, основанного на традиционной восточной диагностике по пульсу и языку, индивидуального подхода, сроков его начала, количества курсов в процессе реабилитации пациентов, перенесших инсульт, представляется весьма полезным и интересным.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа входит в план НИР ТашИУВ МЗ РУз.

Цель исследования. Совершенствование комплексного лечения больных с ишемическим инсультом путем включения различных методов РТ в острейшем и остром периоде.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительную оценку эффективности комплексной терапии с включением РТ у больных с ИИ с различной степенью тяжести в острейшем и остром периоде.

2. Определить эффективность рефлексотерапии на восстановление двигательных нарушений, нарушений сознания, развитие постинсультной тревоги и депрессии, качество жизни и социальной адаптации (Индекс Бартеля), а так же на исход заболевания у больных с ишемическим инсультом в в ранний восстановительный период и через год.

3. Исследовать динамику показателей РЭГ, УЗДГ МАГ и транскраниальной доплерографии при включении рефлексотерапии в лечение больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

4. На основании полученных данных разработать алгоритм применения различных методов рефлексотерапии у больных с ишемическим инсультом в острейшем и остром периоде.

Объект и предмет исследования: объектом исследований явились 222 больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в каротидном бассейне, предметом - острое нарушение мозгового кровообращения.

Методы исследования: реоэнцефалографические, нейроофтальмологические, лабораторные, доплерография, электроэнцефалография, клинические шкалы для оценки тяжести состояния и неврологического дефицита.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Включение рефлексотерапии, основанной на ежедневном осмотре и диагностике по пульсу и языку, эффективно влияет на восстановление сознания и неврологического дефицита в острейший период ишемического инсульта.

2. Применение рефлексотерапии по разработанному алгоритму, в рамках комплексного лечения острого инсульта повышает эффективность реабилитации больных тяжелой и средней степени тяжести, увеличивая скорость и степень регресса неврологического дефицита, двигательных нарушений, снижает риск развития постинсультной тревоги и депрессии, улучшает качество жизни (индекс Бартеля).

3. Включение различных методов рефлексотерапии в лечение острого мозгового инсульта оптимизирует динамику восстановления параметров мозгового кровотока по данным транскраниальной УЗДГ и РЭГ исследования, ускоряя тем самым процесс восстановления больных и улучшая исход заболевания.

Научная новизна. Впервые проведено сравнительное изучение эффективности рефлексотерапии, основанной на диагностике по пульсу и языку, в комплексе ранних реабилитационных мероприятий на фоне медикаментозной терапии в острейший и острый период ишемического инсульта у боль-

ных различной степенью тяжести состояния. Впервые разработаны рекомендации по проведению рефлексотерапии: с указанием методов РТ, оптимального срока начала, количество курсов и длительностью курсов рефлексотерапии.

Впервые изучено влияние комплексного лечения с применением рефлексотерапии, на уровень сознания, двигательные нарушения, психоэмоциональное состояние, качество жизни и социальную адаптацию больных с ОНМК по ишемическому типу в остром периоде.

Впервые проведено сравнительное исследование динамики показателей транскраниальной УЗДГ под влиянием рефлексотерапии в комплексе ранних реабилитационных мероприятий на фоне адекватной медикаментозной терапии в острый период.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Применение рефлексотерапии в комплексном лечении у больных с острым мозговым инсультом возможно при различной степени тяжести состояния, уровня нарушения сознания, независимо от глубины неврологического дефицита, что делает возможным её применение в острейший и острый периоды инсульта, т.е. в самые оптимальные сроки лечения инсульта. На основании проведенных исследований предложена методика рефлексотерапии, основанной на индивидуальном подборе рецептуры точек по пульсу и языку и комбинации различных методов акупунктуры (корпоральной, скальпакупунктуры, электропунктуры, магнитопунктуры, микроиглотерапии и прижигания), а так же точечного и линейного массажа в комплексе с кинезотерапией и ЛФК у больных с мозговым инсультом в остром периоде.

Реализация результатов исследования. Полученные результаты используются в клинической практике работы неврологического отделения Андижанского областного филиала РНЦЭМП, неврологического отделения клиники АГМИ.

Изданы методические рекомендации по применению методов рефлексотерапии в комплексном лечении ишемического инсульта в остром периоде.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на V Всероссийской Конференции «Актуальные проблемы сомнологии» (Москва, 2006). На VII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы стандартизации диагностики и лечения в экстренной медицине» (Ташкент, 2007) было выступление с докладом. Работа апробирована на IV съезде неврологов Узбекистана (Ташкент, 2008) и на Республиканской научно-практической конференции «Современные проблемы психиатрии и неврологии» (Андижан, 2009). Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании кафедры неврологии имени академика А. Р. Рахимджанова ТаШИУВ (Ташкент, 2010), на заседании научного семинара при специализированном совете Д087.49.02 ТаШИУВ (октябрь, 2010). На Международной научно-

практической конференции «Актуальные вопросы неврологии» по материалам диссертации было выступление с докладом (Ташкент, 2010).

Опубликованность результатов. По материалам диссертации опубликованы 11 научных работ, из которых: 1 методические рекомендации, 3 журнальные статьи, из них 2 статьи зарубежные, 7 тезисов-докладов, из них 1 зарубежный.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 132 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, литературного указателя, включающего 183 источников, из которых 125 работ авторов стран СНГ и 58 авторов дальнего зарубежья и приложения. Работа включает 32 таблицы и, иллюстрирована 15 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 222 больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу в каротидном бассейне, которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи. Средний возраст больных составил $61,7 \pm 4,14$ лет, мужчин было 122 (55,0%), женщин – 100 (45,0%). Диагноз острого нарушения мозгового кровообращения ставился в соответствии с классификацией НИИ неврологии (1985). Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от вида лечения:

- основную группу (n=134) – составили пациенты, которым проводилась фармакотерапия в сочетании с методами физиотерапии, ЛФК и методами рефлексотерапии - комплексная терапия;

- группу сравнения (n=88) – составили пациенты, которым проводилась фармакотерапия в сочетании с методами физиотерапии и ЛФК - традиционная терапия.

Рефлексотерапия назначалась больным с момента поступления их в стационар после клинико-инструментального обследования, т.е. не позднее 3 суток от начала заболевания.

Согласно концепции гетерогенности ишемического инсульта и патогенезу инсульта в исследованиях преобладал атеротромботический тип развития инсульта: у 72% больных основной группы и у 73% – группы сравнения, кардиоэмболический – у 12% и у 11%, гемодинамический – у 10% и у 9% и криптогенный 5% и у 7% соответственно по группам.

Согласно полученным данным, ишемический инсульт произошел впервые у 77% пациентов основной группы, а в группе сравнения – в 72% случаях. Повторные инсульты были диагностированы в основной группе – у 23%, а в группе сравнения – у 28%. По частоте встречаемости инсульта (первич-

ный и повторный) основная и группы сравнения различались незначительно ($P > 0,05$).

Клиническая характеристика больных с локализацией процесса в каротидном бассейне была обусловлена нарастающим типом симптомов, очаговые симптомы превалировали над общемозговыми, которые при этом проявлялись небольшим оглушением или повышенной сонливостью.

Всем больным проводилось клиничко-неврологическое обследование, включавшее в себя: анализ жалоб, анамнеза, общий осмотр с акцентом на состояние сердечно-сосудистой системы, оценку неврологического статуса, а также были применены нейровизуализационные, реоэнцефалографические, нейроофтальмологические методы исследования, электроэнцефалография, доплерография. Лабораторные исследования помимо стандартного общего анализа мочи и крови, включали определение состояния системы гемостаза (содержание фибриногена крови, ПТИ, время свертываемости) и некоторых биохимических показателей.

Для детальной оценки двигательных, чувствительных, вегетативных нарушений были применены медицинские шкалы, разработанные для острого периода ишемического инсульта, т.к. именно в этот период необходима быстрая и полноценная оценка неврологического дефицита, для возможности прогнозирования динамики восстановления нарушенных функций: шкала инсульта Американского национального института здоровья – NIH (Adams H.P., Biller J., 1989), шкала оценки мышечной силы (Вейсс М., 1986; Mc Peak L., 1996), Оригинальная шкала Гусева Е. И.- Скворцовой В. И. (Е. И. Гусев, В. И. Скворцова, 1991), Госпитальная шкала для оценки постинсультной тревоги и депрессии (Hospital anxiety and depression scale A. S. Zigmond, R. P. Snath, 1983; D. Wade, 1992), шкала Бартеля для оценки качества жизни пациентов (Barthel D. W., 1965г.) и шкала для оценки повышения мышечного тонуса (Asworth, 1964; Grazke e.a., 1995). Статистическую обработку полученных результатов исследований производили с использованием стандартного пакета прикладных программ статистической обработки.

При поступлении у больных с ишемическим инсультом наиболее характерным было постепенное нарастание очаговых неврологических симптомов (в течение нескольких часов, а иногда и дней), а так же “мерцание” (то ослабление, то усиление симптомов) в острый период ОНМК. Провоцировали возникновение ОНМК колебания АД, эмоциональное и физическое перенапряжение, реже вследствие диспепсических расстройств (рвота, диарея).

Анализ жалоб пациентов, обследуемых в первые часы после ОНМК, позволил выделить наиболее часто встречающиеся симптомы заболевания. К основным жалобам больных относились: головная боль, тошнота, шум в ушах, иногда рвота, судороги, мышечные боли, слабость и нарушение движений в конечностях, зрительные и речевые нарушения, изменение чувствительности.

Анализ полученных реограмм показал, что состояние церебральной гемодинамики у больных с ишемическим инсультом, подвержено выраженным изменениям. Эти изменения проявляются в повышении тонуса сосудов преимущественно среднего и мелкого калибра с гиповолемией и нарушением венозного оттока. У всех больных отмечалась межполушарная асимметрия кровенаполнения сосудов головного мозга, больше выраженная в фронтомастоидальном отведении.

Анализ полученных КТ данных показал, что у больных с ишемическим инсультом гипертонического генеза выявляются значительные морфофункциональные изменения головного мозга, которые характеризуются появлением гиподенсивных очагов, атрофических процессов в головном мозге, показывают расширение желудочковой системы, указывают на расположение сосудистого бассейна.

Согласно рекомендациям ВОЗ, при определении степени тяжести состояния больных с ОНМК по ишемическому типу использовались шкала NIH и шкала Вейсса. Все пациенты, согласно этим шкалам, были условно разделены на три подгруппы по степени тяжести: легкую, среднюю и тяжелую.

Нарушение и степень восстановления различных функций больных, а также эффективность реабилитационных мероприятий оценивались через год после перенесенного инсульта с помощью шкалы Гусева Е. И.-Скворцовой В.И. и шкалы Бартела. Соответственно полученным результатам определялось восстановление функций больных:

- отсутствие восстановления - среднее арифметическое количество баллов, набранное по перечисленным шкалам, составляло менее 25% баллов от их максимального количества;
- минимальное - 25–49%;
- удовлетворительное - 50–75%;
- достаточное - 75–90%;
- полное - более 90%.

Традиционная терапия состояла из базисной и дифференцированной медикаментозной терапии.

При восстановительном лечении больных, перенесших инсульт, в комплексе различных методов, направленных на решение основных задач реабилитации, немаловажное значение придается рефлексотерапии.

Рефлексотерапия состояла из следующих методов: корпоральной акупунктуры, краниопунктуры, аурикулорефлексотерапии, электропунктуры, магнитопунктуры, прижигания, точечного, поверхностного игольчатого, линейного видов массажа.

Начало проведения первого сеанса приходилось на острейший и острый период инсульта, выбор акупунктурных точек проводился ежедневно и индивидуально каждому пациенту, основываясь на диагностике по пульсу и языку

Включение метода рефлексотерапии в лечение больных с мозговым инсультом в острейшем и остром периоде, проводилось по алгоритму, разработанному нами после анализа соответствующей литературы (рис. 1).

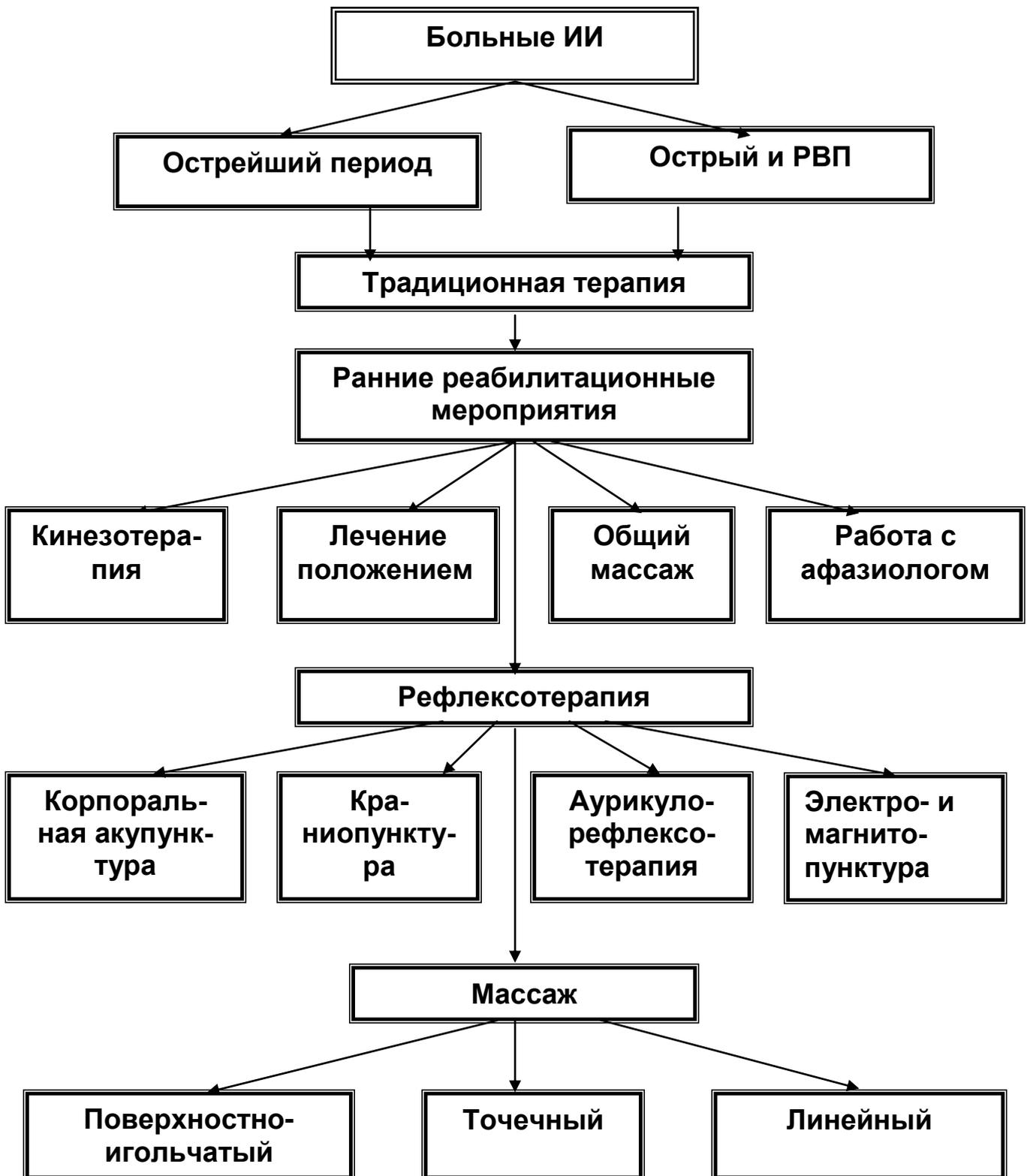


Рис. 1. Алгоритм комплексного лечения больных с ишемическим инсультом

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно данным исследования, рефлексотерапия оказывала положительное влияние на восстановление функций постинсультных больных. Так, в группе больных, проходивших курс рефлексотерапии на фоне традиционной терапии, достаточная и полная степень восстановления была зафиксирована в 69% случаев, тогда как аналогичный показатель среди больных, лишенных данного вида лечения, составил 34%.

В то же время минимальное восстановление и отсутствие такового в основной группе больных отмечались только у 9%, а в группе сравнения - у 30%. Но нельзя сбрасывать со счетов исходного состояния здоровья, сопутствующих заболеваний, а самого главного действия традиционной терапии, которое производится с первой минуты заболевания.

Анализ состояния больных, перенесших инсульт, по степени восстановления функций через 1 год от начала заболевания в зависимости от сроков начала проведения рефлексотерапии показал, что отсутствовало или было минимальным восстановление у 9% из тех больных, которым иглорефлексотерапию начинали проводить до 3 суток в острейшем периоде; у 29% – в сроки через 2-3 недели в остром периоде. Таким образом, наиболее оптимальным сроком начала проведения рефлексотерапии является острый период заболевания в сроки до 3 суток.

На степень восстановления больных, перенесших инсульт, влияет и количество курсов рефлексотерапии, проведенных в течение года после начала заболевания. 1-2 курса – у 36, 3-4 курса – у 85 больных и 5 курсов у 13 больных, перенесших инсульт.

Так, в группе больных, которым курсы рефлексотерапии проводили 3-4 раза, достаточное и полное восстановление составило 77%. Минимальное восстановление и его отсутствие отмечались у 11% больных данной группы. Сравнивая группы больных, кому проводили 1-2 и 5 курсов данного вида лечения, можно отметить следующие факты. Достаточное и полное восстановление отмечалось в 56% и 62% случаев соответственно.

Всем больным в процессе исследования проводилась транскраниальная ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы при поступлении, при выписке и через 3 месяца после лечения.

С целью исследования клинической эффективности рефлексотерапии в комплексе ранних реабилитационных мероприятий на фоне медикаментозного лечения, проводилась оценка состояния больных с ишемическим инсультом. Состояние оценивалось в остром состоянии и в ранний восстановительный период от начала заболевания. Рефлексотерапию начинали не позже третьих суток от начала заболевания, т.е. в острый период, по 1-5 курсов на фоне традиционной терапии. Положительная динамика восстановления моз-

гового кровотока по данным УЗДГ, более выраженная в основной группе (табл. 1).

Таблица 1
Динамика показателей УЗДГ в острейший, острый и ранний восстановительный периоды

	Основная группа			Группа сравнения		
	ОСА	ВСА	СМА	ОСА	ВСА	СМА
	Острейший период					
RI	0,72±0,01	0,64±0,01	0,9±0,02	0,71±0,03	0,64±0,03	0,9±0,03
PI	1,15±0,03	1,01±0,03	1,73±0,07	1,13±0,06	0,93±0,07	1,69±0,08
Vmean (см/с)	69,74±0,79	65,76±1,74	74,64±1,26	71,43±0,81	66,21±1,81	72,53±1,30
	Острый период					
RI	0,62±0,01***	0,59±0,01***	0,78±0,02***	0,69±0,03	0,61±0,03	0,83±0,03
PI	0,9±0,03***	0,87±0,03	1,21±0,07**	1,0±0,06	0,90±0,07	1,32±0,08**
Vmean (см/с)	77,83±0,79	72,81±1,76***	80,23±1,27***	75,39±0,80	69,64±1,78	77,34±1,30**
	Ранний восстановительный период					
RI	0,59±0,01***	0,55±0,01***	0,72±0,02***	0,69±0,03	0,59±0,03	0,80±0,03
PI	0,8±0,03***	0,80±0,03***	0,87±0,07***	1,0±0,06	0,90±0,07	1,1±0,09***
Vmean (см/с)	79,83±0,79	82,53±1,76***	88,74±1,27***	77,91±0,80	72,58±1,76**	80,47±1,27***

Примечание: RI – Индекс резистивности, PI – пульсационный индекс, Vmean – средняя скорость кровотока; * – достоверно по сравнению с данными острейшего периода (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Нами в динамике проанализированы следующие доплерографические показатели мозговой гемодинамики: средняя скорость кровотока (V_{mean}), индекс Пурселло (RI), индекс Гослинга (PI). Анализ доплерограмм показал, что при гипертонической энцефалопатии происходит изменение показателей кровообращения в каротидном бассейне (рис. 2).

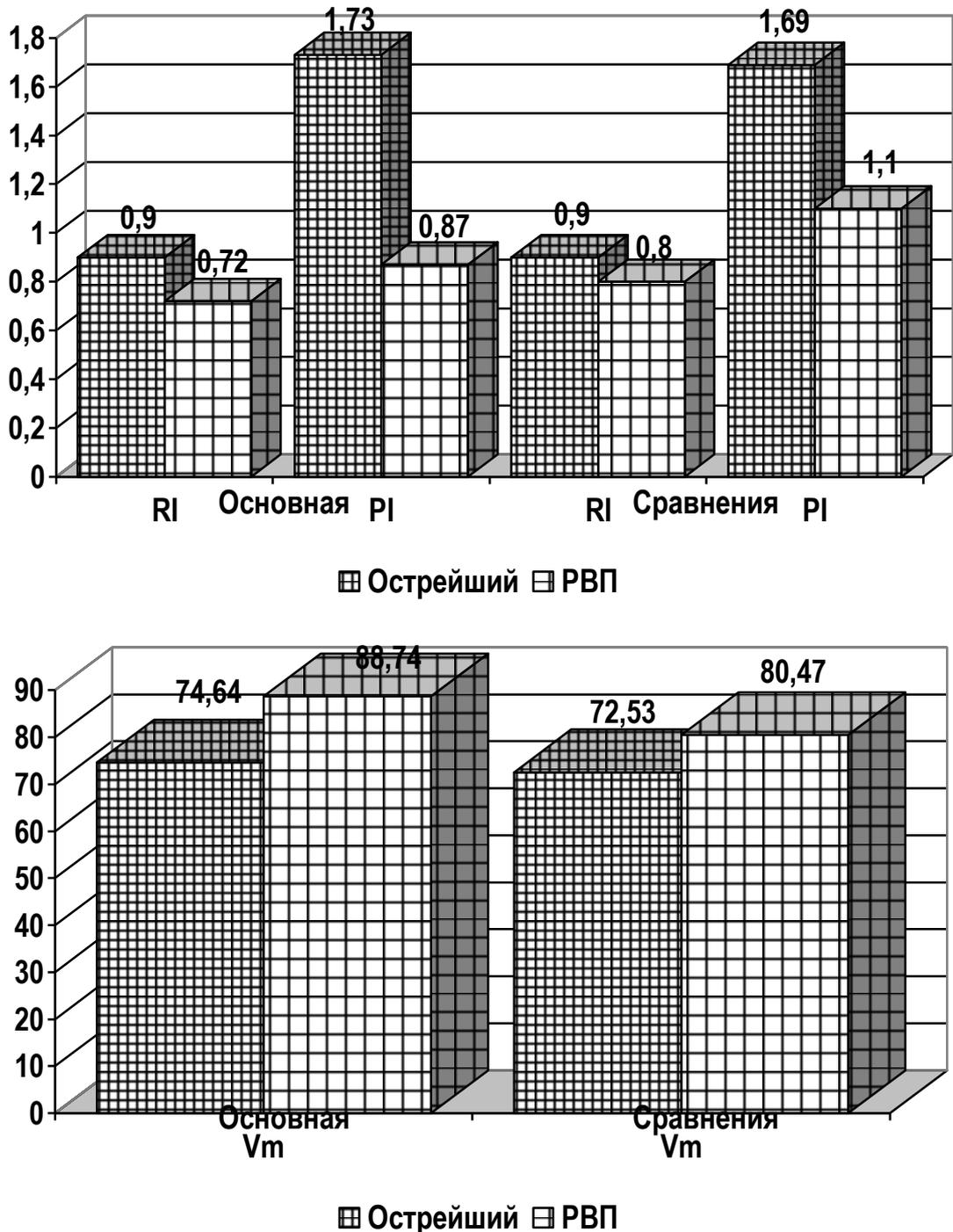


Рис. 2. Показатели доплерометрии в острейший и ранний восстановительный периоды в бассейне СМА

Например, уровень показателя индекса Пурселло (RI) в ОСА, в острейший период имел достаточно высокое значение 0,72, в острый период после полученных 2 сеансов рефлексотерапии на фоне традиционной терапии уменьшился до 0,62 ($P < 0,001$), а уже в ранний восстановительный период после 4-го курса снизился до 0,59 ($P < 0,001$) (рис. 2). А если провести сравнительный анализ этого показателя с аналогичным у больных группы сравнения, то после 2 курсов рефлексотерапии снижение коэффициента Пурселло у больных в основной группе снизился на 31,1% больше, чем в группе сравнения. Улучшение состояния больных основной группы вследствие нормализации мозгового кровообращения по сравнению с больными группы сравнения отмечалось с высокой степенью достоверности ($P < 0,001$). Таким образом, при ишемическом инсульте происходит резкое повышение не только индекса Пурселло, но более выраженное – индекса Гослинга. Динамика снижения индекса Гослинга (PI) в ОСА наблюдается такая же, с высокой степенью достоверности по сравнению с острейшим периодом. Средние скорости кровотока в основной сонной артерии в обеих группах близки по значениям и статистически не различимы.

Кроме того, увеличение индекса Гослинга свидетельствует о нарушении венозного оттока. Как известно, на начальном этапе венозный стаз имеет положительное значение, так как сосудистое “русло” головного мозга остается заполненным кровью, а не запустевает. Но по мере увеличения степени венозного застоя прогрессирует гипоксия мозга, и при применении рефлексотерапии в комплексном лечении нормализует венозный отток.

Аналогичная картина наблюдается и во ВСА и СМА. Данные таблицы 1 убедительно доказывают, что чем раньше применить рефлексотерапию, тем быстрее восстанавливается и нормализуется мозговой кровоток.

В результате проведенного лечения регресс очаговых неврологических симптомов и клинических синдромов наблюдался во всех группах больных. Наиболее выраженным он был в основной группе, чем в группе сравнения.

При повторном исследовании состояния интракраниальных артерий по данным транскраниальной доплерографии в основной группе наблюдалось статистически значимое, по отношению к группе сравнения, увеличение количества больных с симметричным кровотоком и асимметричным кровотоком и уменьшение количества больных с интракраниальной окклюзией. Также следует отметить, что положительная динамика оптимизации параметров мозгового кровотока, повышение степени вероятности благоприятного исхода в ранний восстановительный период, имели место в группе больных, которым на фоне традиционной терапии применяли рефлексотерапию.

У больных, получавших на фоне традиционной терапии, рефлексотерапию регресс неврологических симптомов, в том числе нарушение сознания, происходил с опережением на 3-4 суток, и был более выраженным по сравнению с результатами больных группы сравнения.

При анализе показателей шкалы NIH, полученных после проведения лечения (в среднем на 10-12 сутки от начала инсульта), было выявлено статистически значимое улучшение состояния больных с ОНМК. Более выраженный регресс неврологического дефицита наблюдался в основной группе больных, получившей комплексное лечение, включающее рефлексотерапию. Уровень показателей у больных с ОНМК в основной группе после лечения при средней степени тяжести значения показателей уменьшились в 2,1 раза и у больных группы сравнения в 1,3 раза, при тяжелой степени – 1,7 раза и в 1,2 раза соответственно по группам относительно данных после лечения.

При анализе показателей по шкале Гусева Е.И.-Скворцовой В.И. в основной и группе сравнения, через год, было выявлено статистически значимое улучшение состояния больных с ишемическим инсультом. Различия в результатах лечения у больных основной группы статистически более значимы, обладают высокой степенью достоверности ($P < 0,001$), чем в группе сравнения.

Анализ динамики показателей мышечной силы по шкале Вейсса в острый и ранний восстановительный период инсульта у больных группы сравнения показал, что восстановление сразу после лечения и через 3 месяца эффективны и статистически значимы ($P < 0,001$), а у больных группы сравнения степень восстановления в 1,7 раза ниже (табл. 2).

Таблица 2

Динамика мышечной силы по шкале Вейсса в острый и ранний восстановительный период инсульта

Периоды	Основная группа		Группа сравнения	
	В руке (в баллах)	В ноге (в баллах)	В руке (в баллах)	В ноге (в баллах)
До лечения	1,2±0,08	1,3±0,09	1,4±0,1	1,5±0,1
После лечен	3,1±0,08***	3,2±0,08***	1,8±0,1	1,9±0,2
Через 3 мес	3,9±0,08***	4,0±0,08***	2,2±0,1	2,4±0,2

Примечание: * - различия между данными до и после лечения достоверны (* - $P < 0,05$, *** - $P < 0,001$)

Восстановление мышечного тонуса способствует нарастанию мышечной силы, восстановлению произвольных движений, способствуя тем самым повышению эффективности реабилитационных мероприятий и улучшению качества жизни больного перенесшего ишемический инсульт.

По Госпитальной шкале постинсультной тревоги и депрессии нами были протестированы больные в количестве 46 (25-из основной, 19-из контрольной группы).

Согласно полученным данным, в обеих группах больных, участвовавших в исследовании, в процессе лечения наблюдалась положительная дина-

мика показателей, определяемых при помощи Госпитальной шкалы постинсультной тревоги и депрессии. Применение различных методик РФ в сочетании с реабилитационными мероприятиями на фоне медикаментозной терапии эффективно приводит к ускорению восстановления двигательной активности, профилактики развития постинсультной тревоги и депрессии, снижения уровня инвалидизации и повышения качества жизни больного с инсультом (рис. 3).



Рис. 3. Средние показатели Госпитальной шкалы постинсультной тревоги и депрессии у больных с ИИ

Суммируя вышесказанное приходим к выводу, что эффективность комплексной терапии во всех случаях превышала традиционную, не давала осложнений и побочных реакций, эффект лечения определялся уже после 1-2 сеансов рефлексотерапии.

РТ позволяет обеспечивать рефлекторную коррекцию функциональных систем практически на всех уровнях центральной нервной системы, оказывает выраженное влияние на активность гипофизарно-надпочечниковой, симпатно-адреналовой, опиоидной и других систем нейрогуморальной регуляции, нормализуя их деятельность при ИИ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы:

1. Использование рефлексотерапии, основанной на диагностике по пульсу и языку, на фоне медикаментозной терапии в острейший период существенно улучшает результаты лечения, в 2 раза сокращает срок восстановления сознания. Чем раньше включают рефлексотерапию в комплексное лечение, тем быстрее происходит восстановление больных с инсультом.

2. Применение комбинации различных методик рефлексотерапии в комплексе реабилитационных мероприятий на фоне медикаментозной терапии эффективно, в плане восстановления двигательной активности, профилактики развития постинсультной тревоги и депрессии, снижения уровня инвалидизации и повышения качества жизни больного с инсультом.

3. Рефлексотерапия положительно влияет на гемодинамические показатели церебрального кровотока и исход заболевания по данным реоэнцефалографии и доплерографии.

Практические рекомендации.

1. При проведении ранних реабилитационных мероприятий у больных с мозговым инсультом в острейшем и остром периоде необходимо применять индивидуально подобранное сочетание точек воздействия. У больных с нарушением сознания целесообразно проводить «точечное» кровопускание из периферических точек P11, C9, MC9, GI1, TR1, IG1.

2. Для улучшения двигательной реабилитации больных, перенесших инсульт, целесообразно применение нескольких методов рефлексотерапии (корпоральной акупунктуры, краниопунктуры, аурикулопунктуры, электропунктуры, магнитопунктуры, термопунктуры в сочетании с массажем (поверхностно игольчатым, точечным, линейным) и кинезотерапией.

3. Для более интенсивного воздействия на церебральную гемодинамику и саногенетические резервы организма больного показано сочетание корпоральной акупунктуры с аурикулопунктурой и скальптеранией.

4. С целью улучшения исхода заболевания рекомендуется применение рефлексотерапии по разработанному алгоритму, с учетом количества курсов, длительности перерывов между ними, раннего начала и индивидуального подхода.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Гафуров Б. Г., Аманова Н. З. Влияние рефлексотерапии на нарушения сна и бодрствования при ишемическом инсульте // V Всероссийская конф. «Актуальные проблемы сомнологии». Тез. докл. - Москва, 2006. - С. 29.

2. Аманова Н. З., Зупарова Л. М., Гафуров Б. Г. Роль иглорефлексотерапии в комплексном лечении больных с ишемическим инсультом в остром периоде заболевания //VII Республиканская научно-практическая конф. «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы стандартизации диагностики и лечения в экстренной медицине». Тез. докл. - Ташкент, 2007. - С. 45.

3. Аманова Н. З. Влияние рефлексотерапии на восстановление двигательных расстройств у больных с ишемическим инсультом // Неврология. - Ташкент, 2007. - №2. - С. 18-20.

4. Гафуров Б. Г., Аманова Н. З. Влияние рефлексотерапии на эмоциональное состояние больных перенесших ишемический инсульт // Неврология. Материалы IV съезда неврологов Узбекистана. Тез. докл. - Ташкент, 2008. - №3,4. - С. 52.
5. Гафуров Б. Г., Аманова Н. З., Зупарова Л. М. Влияние рефлексотерапии на уровень сознания у больных с ишемическим инсультом // Неврология. Материалы IV съезда неврологов Узбекистана. Тез. докл. - Ташкент, 2008. - №3,4. - С. 54.
6. Гафуров Б. Г., Аманова Н. З., Зупарова Л. М. Эффективность рефлексотерапии при лечении мышечной спастичности у больных с ишемическим инсультом // Неврология. Материалы IV съезда неврологов Узбекистана. Тез. докл. - Ташкент, 2008. - №3,4. - С. 53.
7. Гафуров Б. Г., Мирджураев Э. М., Аманова Н. З. Рефлексотерапия в комплексном лечении ишемического инсульта: методические рекомендации. - Ташкент, 2008. - 18 с.
8. Гафуров Б. Г., Аманова Н. З. Эффективность рефлексотерапии в комплексном лечении ишемического инсульта в раннем восстановительном периоде заболевания // Республиканская научно-практическая конф. «Современные проблемы психиатрии и неврологии». Тез. докл. - Андижан, 2009. - С. 54-55.
9. Гафуров Б. Г., Аманова Н. З. Рефлексотерапия в комплексном лечении больных с острым ишемическим мозговым инсультом // Медицинский Альманах. - Нижний Новгород, 2009. - №4(9). - С. 190-193.
10. Гафуров Б. Г., Аманова Н. З., Мастибеков Н. Оценка эффективности рефлексотерапии у больных с ишемическим инсультом в остром периоде при различных типах церебральной гемодинамики // Врач-аспирант. - Воронеж, 2010.-№6(43).- С. 66-71.
11. Аманова Н. З., Гафуров Б. Г. Методологические подходы к применению рефлексотерапии в остром периоде инсульта // Неврология. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы неврологии». Тез. докл. - Ташкент, 2010. -№4. - С. 88.

Тиббиет фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Аманова Наргис Зафаровнанинг 14.00.13.- асаб касалликлари ихтисослиги бўйича «Мия инсулти касаллигида рефлексотерапиянинг эрта реабилитацион тадбирлар тўпламидаги роли» мавзусидаги номзодлик диссертация ишининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: рефлексотерапия, ишемик инсулт, эрта реабилитацион тадбирлар

Тадқиқот объектлари: уйқув артерия ховузидаги ўткир бош мия қон айланишини ишемик типда бузилиши билан ҳасталанган беморлар. Жами 222.

Ишнинг мақсади: ишемик инсулт билан ҳасталанган беморларда ногиронлик даражасини камайтириб, кундалик ҳаётини фаоллаштириш ва комплекс даволаш жараенини такомиллаштириш мақсадида рефлексотерапиянинг методларини қўллаш.

Тадқиқот методлари: реоэнцефалографик, нейроофтальмологик, транскраниал доплерографик, электроэнцефалографик ва лаборатор текшириш усуллари ва невростатусни баҳолаш учун клиник шкалалар.

Олинган натижалар ва уларни янгилиги: Биринчи маротаба, ишемик инсулт (ўта ўткир, ўткир ва эрта реабилитацион давриларида) билан ҳасталанган, оғирлик ҳолати ҳар ҳил даражада беморларни комплекс даволашда, яъни доривор воситалар терапияси ва эрта реабилитацион тадбирлар билан, рефлексотерапиянинг самарадорлик даражаси таққосланди. Шунингдек, рефлексотерапияни ўткизиш бўйича, услубий қўлланмада биологик фаол нуқталар, рефлексотерапиянинг методлари, уни бошлаш оптимал муддати, курсларни сони ва уларнинг орасидаги муҳлати кўрсатилган. Ишемик инсулт билан ҳасталанган беморларда, комплекс даволаш жараенида, рефлексотерапиянинг, ҳушни, ҳаракатларни, уйқувни бузилишлари тикланишига, руҳий ҳолатига, фаол ҳаёт ва социал адаптациясига бўлган таъсири ва самарадорлик даражаси анализ қилинди.

Амалий аҳамияти: Ўтказган тадқиқот натижаларига асосланиб ишемик инсулт билан ҳасталанган беморларда умумий уқалаш ва кинезотерапия тадбирлари билан бирга, биологик нуқталар массажи, ҳамда, рефлексотерапиянинг турли ҳил методлари, инсултни ўткир даврида, жорий қилиш методикаси таклиф қилинди.

Тадбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: олинган натижалар Республика тез тиббий ердан илмий марказининг Андижон вилоят филиали асаб касалликлари бўлимида, Андижон давлат тиббиет институтининг клиникаси асаб касалликлари бўлимида клиник амалиетида қўлланилмоқда.

Қўлланиш (фойдаланиш) соҳаси: неврология

РЕЗЮМЕ

диссертации Амановой Наргис Зафаровны на тему: «Роль рефлексотерапии в комплексе ранних реабилитационных мероприятий у больных с мозговым инсультом» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.13 - Нервные болезни

Ключевые слова: Рефлексотерапия, ишемический инсульт, ранние реабилитационные мероприятия,

Объекты исследования: 222 больных с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу в каротидном бассейне.

Цель работы: Совершенствование комплексного лечения больных с ишемическим инсультом путем включения различных методов РТ в острейшем и остром периоде с целью снижения уровня инвалидизации и улучшения качества жизни больных

Методы исследования: Реоэнцефалографические, нейроофтальмологические, доплерография, электроэнцефалография, клинические шкалы для оценки невротатуса.

Полученные результаты и их новизна: Впервые проведено сравнительное изучение эффективности рефлексотерапии в комплексе ранних реабилитационных мероприятий на фоне медикаментозной терапии в острейший, острый и ранний реабилитационный периоды ишемического инсульта у больных различной степенью тяжести состояния. Разработаны рекомендации по проведению рефлексотерапии: с указанием методов РТ, оптимального срока начала, количество курсов и длительностью перерыва между курсами рефлексотерапии. Изучено влияние комплексного лечения с применением рефлексотерапии и без ее включения, на уровень сознания, двигательные нарушения, психо-эмоциональное состояние, сон, качество жизни и социальную адаптацию больных с ишемическим инсультом в остром периоде. Разработан алгоритм прогнозирования состояния больного после перенесенного ишемического инсульта.

Практическая значимость: На основании проведенных исследований предложена методика рефлексотерапии на основе комбинации различных методов акупунктуры, а так же точечного и линейного массажа в комплексе с кинезотерапией и ЛФК у больных с ишемическим инсультом в остром периоде.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Полученные результаты используются в клинической практике работы неврологического отделения Андижанского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, неврологического отделения клиники Андижанского государственного медицинского института.

Область применения: Неврология

Thesis of Amanova N. Z. of a scientific degree competition of the candidate of medical sciences on a speciality 14.00.13 - Diseases of nervous system subject «Reflexotherapy role in a complex of early rehabilitation actions at patients with a brain stroke»

RESUME

Keywords: Reflexotherapy, an ischemic stroke, early rehabilitation actions.

Subjects of research: 222 patients with sharp infringement of brain blood circulation on ischemic type in carotid pool.

Purpose the work: Perfection of complex treatment of patients with an ischemic stroke by inclusion of various methods PT in the sharpest and sharp period for the purpose of level decrease disability and improvements of quality of a life of patients

Methods of research: Rheoencephalography, neuroophthalmology, doppler, electroencephalography, clinical scales for an estimation neurologic syndrome.

The results obtained and their novelty: For the first time in a complex of early rehabilitation actions against medicamentous therapy comparative studying of efficiency of reflexotherapy is spent to the sharpest, sharp and early rehabilitation the periods of an ischemic stroke at sick of various severity level of a condition. Recommendations about reflexotherapy carrying out are developed: with instructions of methods PT, optimum term of the beginning, quantity of courses and duration of a break between reflexotherapy courses. Influence of complex treatment with application of reflexotherapy and without its inclusion, on consciousness level, impellent infringements, a psycho-emotional condition, a dream, quality of a life and social adaptation of patients with acute disease of cerebral stroke on ischemic type in the sharp period is studied. The algorithm of forecasting of a condition of the patient after the transferred ischemic stroke is developed.

Practical value: On the basis of the spent researches the technique of reflexotherapy on the basis of a combination of various methods of acupuncture and as dot and linear massage in a complex with kinesitherapy and medical exercises at patients with an ischemic stroke in the sharp period is offered.

Degree of embed and economic effectivity: the Received results are used in clinical practice of work of neurologic branch of the Andizhan regional branch of the Republican centre of science of emergency medical aid, neurologic branch clinics of the Andizhan state medical institute.

Field of application: Neurology