

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра рефлексотерапии

**РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ МОТОРНО-СЕНСОРНЫХ
РАССТРОЙСТВ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ГЕНЕЗА**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2022

УДК 616.831-005-06-009.1-085.814.1(075.9)

ББК 56.12+53.584я73

Р 45

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия НМС
Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»

протокол № 10 от 30.12.2021

Авторы:

Манкевич С.М., доцент кафедры рефлексотерапии БелМАПО, к.м.н.

Сиваков А.П., заведующий кафедрой рефлексотерапии БелМАПО, д.м.н.,
профессор

Подсадчик Л.В., доцент кафедры рефлексотерапии БелМАПО, к.м.н.

Грекова Т.И., старший преподаватель кафедры рефлексотерапии БелМАПО

Рецензенты:

Макаревич А.Э., профессор 1-й кафедры внутренних болезней
УО «Белорусский государственный медицинский университет», д.м.н.,
профессор

Кафедра медицинской реабилитации и физиотерапии УО «Белорусский
государственный медицинский университет»

Р 45 **Рефлексотерапия** моторно-сенсорных расстройств постинсультного
генеза : учеб.-метод. пособие / С.М. Манкевич[и др.] – Минск :
БелМАПО, 2022. – 35 с.

ISBN 978-985-584-689-6

В учебно-методическом пособии излагаются методы рефлексотерапии
(классическое иглоукалывание, аурикулярная рефлексотерапия, стимуляционная
электропунктура, электроакупунктура, скальпорефлексотерапия, термо-
рефлексотерапия, восточный массаж), которые показаны при лечении моторно-
сенсорных расстройств постинсультного генеза.

Учебно-методическое предназначено для слушателей, осваивающих содержание
образовательных программ переподготовки по специальности «Рефлексотерапия»,
повышения квалификации врачей-рефлексотерапевтов, врачей-реабилитологов,
врачей-неврологов, врачей-физиотерапевтов, врачей-терапевтов, врачей-
психотерапевтов, врачей общей практики.

УДК 616.831-005-06-009.1-085.814.1(075.9)

ББК 56.12+53.584я73

ISBN 978-985-584-689-6

© Манкевич С.М. [и др.], 2022

© Оформление БелМАПО, 2022

ВВЕДЕНИЕ

Интенсивность техногенного роста в современном обществе, многообразие факторов, усугубляющих патофизиологию нейрометаболических процессов в организме, сосудистые заболевания головного мозга приводят к прогрессирующему росту уровня распространенности острого нарушения мозгового кровообращения - инсульта, а также к снижению возрастных границ данного заболевания, что делает его важной социально значимой проблемой, эффективность решения которой складывается из оптимизации терапевтических и реабилитационных программ в раннем восстановительном периоде заболевания.

Острые нарушения мозгового кровообращения в 80-85% случаев представляют собой ишемические, в 10-12% – геморрагические внутримозговые поражения и в 7-8% - субарахноидальные кровоизлияния. Порядка 65-70% нарушений кровообращения происходит в бассейнах сонных артерий, 30-35% - в вертебробазилярном бассейне. Примерно в 20% случаев в основе заболевания лежит поражение крупных экстракраниальных сосудов.

Методы рефлексотерапии (РТ) показаны при лечении постинсультных двигательных нарушений. Используются: классическое корпоральное иглоукалывание, аурикулярная РТ, стимуляционная электропунктура, электроакупунктура, скальпорerefлексотерапия, терморerefлексотерапия, восточный массаж. Повышению эффективности восстановительного лечения способствует внедрение сочетанных и комбинированных методов рефлексотерапии, особенно в раннем восстановительном периоде (первые полгода после инсульта).

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНСУЛЬТА

Под клиническим термином инсульт понимается симптомокомплекс, представленный очаговыми неврологическими и/или общемозговыми нарушениями, развивающийся внезапно вследствие острого нарушения мозгового кровообращения и сохраняющийся не менее 24 часов (или заканчивающийся смертью больного в эти или более ранние сроки).

В повседневной клинической практике к инсультам относят:

1. Инфаркты мозга – ишемические инсульты
2. Кровоизлияния в мозг - геморрагические инсульты

Для полушарных инсультов характерны моторные и сенсорные гемисиндромы, гомонимные дефекты полей зрения и психоневрологические расстройства, такие как: афазии (моторные, сенсорные, мнестические), синдром игнорирования противоположной половины (тела, окружающего пространства) когнитивные и мнестические нарушения и т.д.

Острые нарушения кровообращения в вертебробазилярном бассейне характеризуются двусторонними моторными, сенсорными и, нередко, координаторными нарушениями в виде атаксий, вестибулярного синдрома, дефектами полей зрения, диплопией, нарушением функций глотания и т.д.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О РЕГУЛЯЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Современный уровень знаний физиологии двигательного акта позволил установить, что в регуляции последнего участвуют многочисленные образования головного и спинного мозга, ведающие каждый в отдельности тонусом мышц (различными его видами), произвольными движениями, синергиями, статикой, трофикой мышц и т. д. Эти структуры взаимодействуют друг с другом по типу прямой и обратной связи. Корковые двигательные центры имеют связи с экстрапирамидными образованиями, ретикулярной формацией ствола мозга, интернейронами спинного мозга, вегетативными центрами и через ассоциативные пути с другими областями коры головного мозга. При поражении корковых отделов двигательного анализатора (наиболее частом варианте при мозговом инсульте) отсутствие корригирующих влияний со стороны высших отделов центральной нервной системы приводит к извращению функции низлежащих структур. Этим и может быть объяснена сложность патологического двигательного синдрома при мозговых инсультах, несущего в себе черты поражения различных мозговых структур.

Одним из основных симптомов (наряду с выпадением движений) в клинике двигательных расстройств центрального генеза является нарушение мышечного тонуса, проявляющееся в спастичности. На основании накопленных к настоящему времени фактов установлено, что в происхождении спастичности большое значение приобретает повышение гамма-иннервации, центром

которой является ретикулярная формация ствола мозга, особенно ее верхнестволовые отделы (покрышка среднего мозга, центральное серое вещество, срединные ядра зрительного бугра. Изменение функции перечисленных образований при мозговых инсультах обуславливается поражением кортикорегикулярных путей. Часть эфферентных облегчающих импульсов из ретикулярной формации передается по ретикулоспинальным путям (прямым и перекрещенным) к гамма-мотонейронам спинного мозга, вызывая повышение мышечного тонуса. Помимо гиперреактивности гамма-эфферентной системы, частично повышение мышечного тонуса обусловлено нарушением супрасегментарной регуляции альфа-мотонейронов спинного мозга, передающееся через кортикоспинальный тракт, руброспинальные, вестибулоспинальные пути, а также нарушением вегетативной иннервации мышц.

Двигательные нарушения усугубляются с увеличением давности патологического процесса. Последнее связано с извращением афферентной импульсации с рецепторных образований пораженных конечностей, стабилизацией и закреплением ее, а также низким уровнем спонтанной компенсации, ограничивающейся преимущественно подкорковыми и стволовыми образованиями головного мозга.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Основной особенностью клинической картины постинсультных двигательных нарушений является сочетание двух различных по характеру расстройств двигательной функции: выпадения (парез) и ирритация (повышение мышечного тонуса гиперрефлексия, извращенные содружественные реакции и патологические позы). Распределение парезов, высокого тонуса по мышечным группам, превалирование того или другого степень и характер патологически измененных синергий весьма вариабельно. Все перечисленное зависит от локализации очага поражения, его величины, давности процесса и от уровня спонтанной компенсации. Ниже приводится наиболее часто встречающаяся клиника двигательных расстройств при спастическом гемипарезе.

Парез в верхней конечности имеет место преимущественно в сгибателях плеча; мышцах, вращающих плечо кнаружи; разгибателях предплечья, супинаторах, разгибателях кисти и пальцев.

Парез в нижней конечности наиболее часто представлен в сгибателях и разгибателях бедра, сгибателях голени, реже – в разгибателях голени, пронаторах стопы, разгибателях стопы и пальцев, частично в подошвенных сгибателях стопы.

Высокий мышечный тонус (спастичность) в верхней конечности наиболее часто представлен в мышцах, приводящих плечо, частично в сгибателях плеча, сгибателях предплечья, пронаторах предплечья, сгибателях кисти и пальцев.

В нижней конечности спастичность имеет место в мышцах, приводящих бедро, разгибателях голени, реже – сгибателях голени, супинаторах стопы, подошвенных сгибателях стопы и пальцев, в длинном разгибателе большого пальца.

Характер патологических поз и контрактур не всегда обусловлен высоким тонусом, в ряде случаев они являются следствием зафиксированных синергий и поэтому не могут помочь в оценке мышечного тонуса. Критерием наличия спастичности в исследуемой мышце является повышение сопротивления при ее пассивном растяжении, уменьшающееся с каждым последующим движением.

Проведенные электромиографические исследования паретичных и спастичных мышц у пациентов с синдромом постинсультных двигательных нарушений выявили повышение возбудимости во всех группах мышц уже в раннем восстановительном периоде, поэтому более правильно говорить лишь о превалировании пареза или спастичности в той или другой группе мышц. Последнее обстоятельство определяет выбор метода терапевтического раздражения при акупунктуре.

Методы рефлексотерапии (РТ) показаны при лечении постинсультных двигательных нарушений. Используются: классическое корпоральное иглоукалывание, аурикулярная РТ, стимуляционная электропунктура, электроакупунктура, скальпорerefлексотерапия, терморerefлексотерапия, восточный массаж. Повышению эффективности восстановительного лечения способствует внедрение сочетанных и комбинированных методов

рефлексотерапии, особенно в раннем восстановительном периоде (первые полгода после инсульта).

МЕТОДИКА ИГЛОУКАЛЫВАНИЯ ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ГЕМИПАРЕЗАХ

Целесообразно использовать переходный, возбуждающий (II вариант) или тормозной методы иглоукалывания (варианты II или I). Выбор соответствующего варианта находится в прямой зависимости от превалирования пареза, степени повышения мышечного тонуса и уровня артериального давления. Экспозиция при II варианте возбуждающего метода-20 мин., переходном методе -25 мин.; II варианте тормозного метода - 30 мин., I варианте тормозного метода - 40 мин. Глубина введения — каноническая до появления комплекса предусмотренных ощущений. При наличии расстройств чувствительности, как правило, получить четкие предусмотренные ощущения затруднительно. В этих случаях о нахождении иглы в точке акупунктуры можно судить по легкому сокращению мышц в месте введения иглы. Появление предусмотренных ощущений в процессе лечения иглоукалыванием является признаком положительной динамики. Количество точек акупунктуры на процедуру—от 4 до 10.

Процедура иглоукалывания должна проводиться в положении лежа. При воздействии на точки задней поверхности туловища предпочтение отдается положению на здоровом боку, если пациенту трудно лежать на животе. Для достижения максимального расслабления мышц необходимо подкладывать специальные валики под коленные и локтевые суставы. При наличии сгибательной контрактуры в локтевом, лучезапястном и межфаланговых суставах не следует до введения игл изменять позу руки, так как это еще больше повысит возбудимость мышц и затруднит введение игл. Кроме того, после введения игл рука будет стремиться занять исходное положение, что повлечет к смещению игл в тканях, искривлению их и доставит неприятные ощущения пациенту за счет интенсивности предусмотренных ощущений. Учитывая последнее обстоятельство целесообразно пользоваться стальными акупунктурными иглами. (Приложение 1)

При выборе локализации воздействия следует исходить из патогенеза заболевания, характера и преимущественной локализации двигательных расстройств.

С целью воздействия на церебральную гемодинамику рекомендуется использовать следующие точки акупунктуры: ЦЮЙ-ЧИ (GI11), ШОУ-САНЬ-ЛИ (GI10), ВАЙ-ГУАНЬ (TR5), ХЭ-ГУ (GI4), НЭЙ-ГУАНЬ (MC6), ДАЛИН (MC7), ФЭН-ЧИ (20VB), ЦЗУ-САНЬ-ЛИ (E36), точки воротниковой зоны: ДА-ЧЖУЙ (VG14), ЦЗЯНЬ-ЦЗИН (VB21), ЦЗЯНЬ-ЮЙ (GI15), ДА-ЧЖУ (V11), ЦЗЯНЬ-ЧЖУН-ШУ (IG14), ЦЗЯНЬ-ВАЙ-ШУ (IG15).

Иглоукалывание в указанные точки акупунктуры оказывает нормализующее действие на тонус сосудов, снижает артериальное давление, улучшает общее церебральное кровообращение, стимулирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, способствует физической и психоэмоциональной гармонизации.

Воздействие в вышеперечисленные точки проводится симметрично по тормозному методу.

С позиций традиционной китайской медицины (ТКМ) целесообразно также использовать точки акупунктуры' канала печени и желчного пузыря – ЯН-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ (VB34), ЦЮ-СЮЙ (VB40), СЮАНЬ-ЧЖУН (VB39), ТАЙ-ЧУН (F3), СИН-ЦЗЯН (F2), ГАНЬ-ШУ (V18), ДАНЬ-ШУ (V19), а также точки «ключи» экстраординарных каналов (ЭК) - ХОУ-СИ (IG3), ШЭНЬ-МАЙ (V62). Эффективнее включать точки «ключи» в середине и в конце курса лечения. Приведенные точки акупунктуры оказывают гипотензивное, седативное действие, способствуют снижению мышечного тонуса.

Для восстановления двигательной функции верхней конечности проводят иглоукалывание в три группы точек акупунктуры:

1. Точки средней и первой боковой линии спины в области ниже-шейного и верхне-грудного отдела позвоночника - ЧУН-ГУ (PC31), ДА-ЧЖУЙ (VG14), ТАО-ДАО (VG13), внеканальные точки Онадера, ЦЗЯНЬ-ЧЖУН-ШУ (IG15), ЦЗЯНЬ-ВАЙ-ШУ (IG14), ДА-ЧЖУ (V11), СИНЬ-ШЭ (PC29). Экспозиция: 20- 25 мин., симметрично или на стороне поражения.

2. Точки акупунктуры в области групп мышц с превалированием пареза: ЦЗЯНЬ-ЮЙ (GI15), БИ-НАО (GI14), ТЯНЬ-ЦЗУН (IG11), ЦЗЯНЬ-ЧЖЭНЬ (IG9), БИН-ФЭН (IG12), СЯО-ЛЭ (TR12), ТЯНЬ-

ЦЗИН (TR10), ЦЮЙ-ЧИ (IG11), ШОУ-САНЬ-ЛИ (10GI) ПЯНЬ-ЛИ (GI6), ЧЖИ-ГОУ (TR6), ВАЙ-ГУАНЬ (TR5) ЯН-СИ (GI5), ЯН-ЧИ (TR4), ХЭ-ГУ (GI4), ЧЖУН-ЧЖУ (TR3), ХОУ-СИ (IG3). Экспозиция: 20-25 мин.

3. Точки акупунктуры, расположенные в области мышечных групп с повышенным тонусом: ЮНЬ-МЭНЬ (P2), ЦЗИ-ЦЮАНЬ (C1) ТЯНЬ-ФУ (P3), ЦЗЯНЬ-ШИ (MC5), НЭЙ-ГУАНЬ (MC6), ЛАО-ГУН (MC8), ЧИ-ЦЗЭ (P5), ТАЙ-ЮАНЬ (P9), ЮЙ-ЦЗИ (P10), ЛЕ-ЦЮЕ (P7). Время оставления игл в тканях: 30 – 40 мин.

Учитывая трудности в доступе к точкам акупунктуры внутренней поверхности руки при наличии патологических поз, контрактур, рекомендуется введение игл по методике «из одной точки в другую»: в точку ЛАО-ГУН из ХЭ-ГУ, в точку НЭЙ-ГУАНЬ из ВАЙ-ГУАНЬ.

Иглокалывание в области мышц с повышенным тонусом целесообразно сочетать с терморексотерапией полынными сигарами или аппаратной термопунктурой. Полынная сигара располагается над точкой акупунктуры или рядом с введенной иглой, прогревание стабильное – 5 мин. (Приложение 2)

Для восстановления двигательной функции нижней конечности также проводят иглокалывание в несколько групп точек акупунктуры:

1. точки средней и 1-й боковой линии спины, расположенные, начиная от нижнегрудного до крестцового отдела позвоночника: МИН-МЭНЬ (VG4), ЯО-ЯН-ГУАНЬ (VG3), ВЭЙ-ШУ (V21), САНЬ-ЦЗЯО-ШУ (V22), ШЭНЬ-ШУ (V23), ДА-ЧАН-ШУ (V25), ГУАНЬ-ЮАНЬ-ШУ (V26), СЯО-ЧАН-ШУ (V27), ШАН-ЛЯО (V31). Время оставления игл в тканях – 25 мин. Точки, расположенные в паравертебральной области, используются симметрично или на пораженной стороне.

2. Точки акупунктуры, расположенные в области групп мышц с превалированием пареза: ХУАНЬ-ТЯО (VB30), ФЭН-ШИ (VB31), ЧЭН-ФУ (V36), ИНЬ-МЭНЬ (V37), ЯН-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ (VB34), СЮАНЬ-ЧЖУН (VB39), ЦЗЕ-СИ (E41), ВЭЙ-ЧЖУН (V40), СЯ-СИ (VB43), НЭЙ-ТИН (E44), ЦЮ-СЮЙ (VB40), КУНЬ-ЛУНЬ (V60), а также ФУ-ТУ (E32), БИ-ГУАНЬ (E31). Время оставления игл в тканях 20-25 мин.

3. Точки акупунктуры, расположенные в области мышечных групп с превалированием спастики: БИ-ГУАНЬ(Е31), ФУ-ТУ(Е32), ЛЯНЬ-ЦЮ(Е34), ИНЬ-БАО(F9), СЮЕ-ХАЙ(RP10), ЦЗЯ-МЭНЬ(RP11), САНЬ-ИНЬ-ЦЗЯО(RP6), ФУ-ЛЮ(R7), ЧЖУ-БИНЬ(R9), ЧЭН-ЦЗИНЬ (V56), ЧЭН-ШАНЬ, (V57), ФУ-ЯН(V59).

Значительно потенцирует снижение спастичности в нижней конечности воздействие на группу точек широкого спектра действия: ХЭ-ГУ (GI4), ЦЮЙ-ЧИ (GI11), ШОУ-САНЬ-ЛИ (GI10), ЦЗУ-САН-ЛИ (Е36), ЯН-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ (VB34), ТАЙ-ЧУН(F3) и др. в комбинации с вегетативно-активными точками «воротниковой» зоны. Экспозиция –30-40 мин., симметрично. Используется также аурикулярная рефлексотерапия с учетом выбора локальных точек, соответствующих проекции двигательных нарушений, точек седативной, сосудорегулирующей направленности. (Приложение 3)

Ориентировочная схема иглотерапии:

ЦЗЯНЬ-ЮЙ(GI15), ЦЮЙ-ЧИ(GI11), ЦЗУ-САНЬ-ЛИ(Е36) симметрично(сим.), экспозиция 30мин.,

ВАЙ-ГУАНЬ(TR5)сим., ЯН-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ(VB34)сим., СЮАНЬ-ЧЖУН(VB39)б. Экспозиция 25 мин.

ЦЗЯНЬ-ЦЗИН(VB21)₂, БИ-НАО(GI14)_б, (GI10)ШОУ-САНЬ-ЛИ(GI10)_б, ХЭ-ГУ(GI4)_б, ФЭН-ШИ(VB31)_б, СЮАНЬ-ЧЖУН(VB39)_б, СЯ-СИ(VB43)_б.

ХОУ-СИ(IG3)₂, ШЭНЬ-МАЙ(V62)₂, ДА-ЧЖУЙ(VG14), ЦЗИНЬ-СО(VG8), МИН- МЭНЬ(VG4), БАЙ-ХУЭЙ(VG20). Время – 30 –40 мин.

СИНЬ-ШЭ(НС29)_б, ЮНЬ-МЭНЬ(P2)_б, ТЯНЬ-ФУ(P3)_б, ЮИ-ЦЗИ(P10)_б, ЛАО-ГУН(МС8)_б, ЦЗЯНЬ-ШИ(МС5)₍₂₎ САНЬ-ИНЬ-ЦЗЯО(RP6)зд., ЛАО-ГУН(МС8)_б, Длительность оставления игл в тканях – от 30 до 40 мин. Целесообразно иглотерапию в точки пораженной верхней конечности сочетать с прогреванием (см. выше).

ДА-ЧЖУ(V11)₂, ШЭНЬ-ШУ(V23)₂, ХУАНЬ-ТЯО(VB30)_б, ВЭЙ-ЧЖУН(V40)_б, КУНЬ-ЛУНЬ(V60)_б, ТЯНЬ-ЦЗУН(IG11)_б, ТЯНЬ-ЦЗИН(TR10)_б, ЧЖИ-ГОУ(TR6)_б. Длительность процедуры – 25 мин.

БИ-ГУАНЬ(Е31)_б, СИНЬ-ЦЗЯНЬ(F2)_б, ФУ-ТУ(Е32)_б, ЦЗЕ-СИ(Е41)_б, ЯН-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ(VB34)_б, ЦЮ-СЮЙ(VB43)_б, ВАЙ-ГУАНЬ(TR5)зд., ШОУ-САНЬЛИ(GI10)зд.

ХЭ-ГУ(GI4)(2), ШОУ-САНЬ-ЛИ (GI10)(2), ЦЗЯНЬ-ЮЙ (GI15)(2), ЯН-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ (VB34)(2), ФЭН-ЛУН (E40)(б), НЭЙ-ТИН(E44)(б).

ЮНЬ-МЭНЬ(P2)(б), КУН-ЦЗУЙ(P6)(б), ИНЬ-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ (RP9)(б), СИНЬ-ЦЗЯНЬ(F2)(2), САНЬ-ИНЬ-ЦЗЯО(RP6)(2).

ЦЗЯНЬ-ЧЖЕНЬ(IG9)_(б), ЦЗЯНЬ-ЧЖУН-ШУ(IG15)(2), МИН-МЭНЬ(VG4), ДА-ДЖУЙ(VG14), СЮАНЬ-ЧЖУН(VB39)_(б), ВАЙ-ГУАНЬ(TR5)₍₂₎

ШОУ-САНЬ-ЛИ(GI10)(2), ХЭ-ГУ(GI4)(2), ЦЗУ-САНЬ-ЛИ(E36)(2), ШАН-ЦЗЮЙ-СЮЙ((E37), ФЭН-ЛУН(E40), ЯН-ФУ(VB39)(2)

ЦЗЯНЬ-ЧЖЕНЬ(IG9)_(б), ЦЗЯНЬ-ЧЖУН-ШУ(IG15)(2), МИН-МЭНЬ(VG4), ДА-ДЖУЙ(VG14), СЮАНЬ-ЧЖУН(VB39)_(б), ВАЙ-ГУАНЬ(TR5)₍₂₎

ХОУ-СИ(IG3)₂ ШЭНЬ-МАЙ, (V62)₂. Время – 30–40 мин. Примечание: точки на стороне поражения обозначаются – (б), на здоровой-(зд.).

Аурикулярные точки: 55,100,34,46-49,62,63-67 могут включаться в корпоральные процедуры по результатам тестирования и индивидуальной переносимости. (Приложение3).

Длительность воздействия в точки акупунктуры пораженной стороны – 25 мин., в симметричные – от 25 до 40 мин. в зависимости от уровня артериального давления и степени повышения мышечного тонуса. Повторяемость процедур допускается 2-3 раза, всего курс иглотерапии включает 20-25 процедур.

В последующие дни сочетание точек акупунктуры может повторяться с заменой 1–3 точек с целью снижения адаптации. Процедуры иглоукалывания можно проводить ежедневно или через день (у ослабленных больных). Количество процедур на I курсе 14–15, перерыв между I и II курсом – 10–14 дней, между II и III курсом – 3 недели – 1 месяц. Последующие курсы иглотерапии целесообразно проводить 1 раз в 2 – 3 месяца.

При преобладании паретических нарушений, что может иметь место в ранние сроки после инсульта (давность 1 месяц), целесообразно количество процедур на курс лечения сократить до 10–12. В этом случае воздействие преимущественно должно оказываться в точки акупунктуры паретичных групп мышц,

паравертебральной области и широкого спектра действия гемодинамической направленности.

При наличии выраженной спастичности, контрактур, патологических поз, высокой степени синкинезий необходимо удлинить курсы до 20-25 процедур за счет увеличения воздействия в точки акупунктуры широкого спектра действия, паравертебральной области и области групп мышц верхней конечности с высоким мышечным тонусом. Перерывы между курсами в таком варианте не менее 1 месяца.

У пациентов, перенесших мозговой инсульт, врач может проводить иглотерапию в подостром периоде (давность 1 месяц) в условиях стационара, где осуществим постоянный контроль за церебральной гемодинамикой. На амбулаторном этапе наиболее эффективно применение иглотерапии в ранние сроки после инсульта (в первые 6 месяцев - ранний восстановительный период). В позднем восстановительном периоде с давностью более 1,5–2 лет эффективность восстановления двигательной функции снижается.

Иглоукалывание можно; комбинировать с дифференцированной кинезитерапией, восточным «точечным» массажем, локальной термопунктурой на область точек акупунктуры мышечных групп с превалированием спастичности. Учитывая седативный эффект иглотерапии, который длится в течение нескольких часов после процедуры, «точечный», массаж и лечебную физкультуру следует проводить до иглоукалывания. Не рекомендуется сочетать акупунктуру с общим массажем, спирто-новокаиновыми блокадами, средствами, действующими на синаптическом уровне (прозерин, мидокалм), снотворными, ганглиоблокаторами и, особенно, транквилизаторами в больших дозах.

Противопоказаниями для проведения акупунктуры у постинсультных пациентов являются: активная фаза ревматизма, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, инфаркт миокарда за 0,5–1 год до инсульта, наличие признаков декомпенсации сердечной деятельности, мерцательная аритмия.

СКАЛЬПОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ МОТОРНО-СЕНСОРНЫХ НАРУШЕНИЙ

Скальпорефлексотерапия - метод рефлексотерапии (РТ), основанный на использовании миниakupунктурной системы скальпа.

Метод впервые предложен в Китае в 1970- 1973гг для лечения органических заболеваний головного мозга, в том числе постинсультного генеза.

В основе краниопунктуры лежит воздействие на особые, линейно протяженные зоны, расположенные в области скальпа. Локализация зон в определённой мере совпадает с анатомической проекцией структур головного мозга, преимущественно коры большого мозга. Первоначально было описано 20 линейных зон скальпа, но в дальнейшем по мере уточнения функциональной и терапевтической значимости число зон сократилось. Современная миниakupунктурная система скальпа включает 14 зон. Топография зон краниопунктуры в качестве базового начала опиралась на карту цитоархитиктоники полей головного мозга. Определение проекций основных борозд и извилин больших полушарий производилась в соответствии со схемой Кренлейна. (Приложение 4)

Лечебное действие скальпорексфлексотерапии подтверждается современными нейроанатомическими и нейрофизиологическими данными об общности иннервации отдельных областей мозга и скальпа (например, участие пятой пары черепных нервов в иннервации оболочек мозга и скальпа; вегетативные сосудистые сплетения скальпа и мозга, имеющие общий «материнский» источник и др.). Естественно, что в таких случаях стимуляция определённой зоны скальпа ведёт к функциональным изменениям соответствующей области коры большого мозга, которая связана с различными функциями организма.

Корковое представительство ряда функций (слух, зрение, осязание) многократно дублируется во вторичных и третичных областях. Кроме того, в целостной деятельности головного мозга большое значение имеет взаимодействие между корковыми отделами различных сенсорных систем и исполнительными двигательными системами. Нарушение такого взаимодействия клинически проявляется в виде апраксии и афатических расстройств.

Считают, что при раздражении активных зон скальпа возникает поток афферентной импульсации, который активизирует целый ряд структур; продолговатого мозга, подкорковых ядер и коры с последующим переключением афферентации с этих структур на различные системы организма.

В лечении синдрома постинсультных моторно-сенсорных расстройств воздействуют на линии MS скальпа: MS₆ – MS₁₁. (Приложение 5)

Моторная зона проецируется в области предцентральной извилины (кпереди от Роландовой борозды), которая в свою очередь является областью локализации мотонейронов, участвующих в формировании двигательных путей или по-другому Бецовская зона. При этом известно, что только 4% двигательных функций обеспечиваются из данной области. Остальные зоны (Внебецовские зоны) рассеяны по различным сенсомоторным полям, вплоть до Сильвиевой борозды (проекция теменного треугольника) (Приложение 1).

Для проведения дозированной скальпотерапии наиболее целесообразными считаются следующие методики:

1. Поверхностное введение игл в найденную зону (введение практически в перпендикулярном направлении с целью незначительной стимуляции).

2. Поверхностное введение игл в найденную зону с последующим поочередным погружением игл (с целью малой стимуляции).

3. Поверхностное введение игл в найденную зону с последующим поочередным их погружением и дальнейшей активацией раздражения во времени проведения процедуры по типу «покручивания» и «постукивания» (с целью слабой стимуляции).

4. Поступательные чередующиеся во времени проведения процедуры «погружение-извлечение»: выполняется более глубокое введение игл под углом 45° к кожным покровам по направлению определенной зоны с последующим подъемом иглы на поверхностный уровень (слабо – умеренная стимуляция).

5. Этапное ступенчатое погружение игл во время проведения процедуры «погружение-пауза-погружение»: выполняется этапное последовательное глубокое введение игл под углом 20-30° к кожным покровам по направлению определенной зоны (слабо – умеренная стимуляция).

6. Глубокое введение иглы под углом 10-15° к кожным покровам по направлению определенной зоны на 1,5-3см (умеренная стимуляция).

7. Глубокое введение игл под углом 5-10° к кожным покровам по направлению определенной зоны на 2-4см с последующим поочередным их заглублением и дальнейшей активацией раздражения во времени проведения процедуры по типу «покручивания» и «постукивания» (значительная стимуляция).

8. Глубокое введение игл под углом 5-8° к кожным покровам по направлению к смежной зоне, расположенной рядом с определенной (игла вводится в одной зона по направлению к другой) на 3-5см с последующим поочередным их заглублением и дальнейшей активацией раздражения во времени проведения процедуры по типу «покручивания» и «постукивания» (сильная стимуляция).

При проведении скальпорефлексотерапии сенсомоторных нарушений следует придерживаться следующих методических рекомендаций:

1. Процедуры скальпорефлексотерапии не следует начинать раньше окончания острого периода ишемического инсульта, длительность которого определяется 3-мя неделями.

2. Процедуры скальпорефлексотерапии являются достаточно сильным методом стимулирующего воздействия на сенсомоторные зоны коры головного мозга.

3. При выборе методики скальпорефлексотерапии следует всегда помнить об «эффekte суммации», согласно которому даже слабые, но продолжительные во времени раздражители могут приводить к выраженному стимулирующему эффекту.

4. При выборе методики скальпорефлексотерапии необходимо помнить о фазах возбуждения невральных структур, таких как уравнительной – при которой как сильный, так и слабый раздражители могут вызывать одинаковый рефлекторный ответ; и парадоксальной – при которой слабый положительный раздражитель может вызывать отрицательную ответную реакцию.

5. Рекомендуется (в связи с вышеизложенным) начинать процедуры скальпорефлексотерапии с методик малой или слабой стимуляции.

6. В процессе проведения лечения можно повышать уровень стимуляции, при этом всегда необходимо чередовать методы сильной стимуляции с более слабыми.

7. В одну процедуру можно комбинировать стимуляционные методики: некоторые иглы вводят по методу слабой стимуляции, а некоторые по методу более сильной.

8. Не рекомендуется проводить процедуры скальпорефлексотерапии чаще, чем 2-3 раза в неделю.

9. Скальпорефлексотерапия эффективно сочетается с методами корпоральной иглотерапии.

10. В случае выбора комплексного лечения состоящего из скальпорефлексотерапии и корпорального иглоукалывания рекомендуется их включать в одну процедуру.

11. Общее количество процедур скальпорефлексотерапии не должно превышать 15.

12. Среднее время стимуляционной скальпорефлексотерапии составляет 15- 20 минут,

13. Скальпорефлексотерапию по предлагаемой методике можно комбинировать с активной, либо пассивной кинезотерапией в одной процедуре.

14. В процессе проведения скальпорефлексотерапии необходимо осуществлять периодический контроль артериального давления. В случае повышения АД скальпорефлексотерапия прекращается и выполняется медикаментозная коррекция повышенного давления.

Противопоказания к скальпорефлексотерапии:

Опухоли любого характера и различной локализации; острые инфекционные болезни и лихорадочные состояния с неустановленным диагнозом; органические болезни сердца и почек; декомпенсация кровообращения, дыхания; острая боль с невыясненным диагнозом; хронические инфекции в стадии обострения (туберкулёз, бруцеллёз); резкое истощение; беременность; состояния после физической нагрузки и горячей ванны.

МЕТОДИКА «ТОЧЕЧНОГО» МАССАЖА ПРИ СПАСТИЧЕСКИХ ГЕМИПАРЕЗАХ

Точечный массаж представляет собой воздействие в точки акупунктуры давлением (прессация) и массирующими движениями.

При постинсультных двигательных нарушениях применяется дифференцированный «точечный» массаж двумя методами: тормозным и возбуждающим.

Тормозной вариант осуществляется кончиком I, II или III пальцев путем вращательных движений с постепенным давлением до получения предусмотренных ощущений. В процессе проведения процедуры давление в области точки акупунктуры то несколько усиливается, то ослабляется, но палец от кожи не отрывается. Длительность воздействия в каждой точке 2–3 мин, на одну процедуру используется до 10 точек. При определенном навыке можно проводить массаж в 2–6 точках акупунктуры одновременно. (Приложение 6)

Следует подчеркнуть, что у рассматриваемой категории больных не всегда удается получить специфические ощущения во время проведения массажа, последнее связано с расстройством чувствительности. В этом случае контролем правильности проведения процедуры будет служить либо снижение тонуса мышц, либо увеличение объема движения.

Принципы подбора точек акупунктуры для расслабления спастических групп мышц.

Принципы подбора точек акупунктуры для расслабления мышц верхней и нижней конечности несколько отличаются друг от друга. Это обусловлено функциональным различием структур головного и спинного мозга, участвующих в регуляции их мышечного тонуса. В частности, известна меньшая «пирамидизация» нижней конечности по сравнению с верхней.

При выборе точек акупунктуры на верхней конечности рекомендуем руководствоваться следующими принципами:

начинать «точечный» массаж целесообразно с использования точек проксимальных отделов;

точки дистальных отделов должны массироваться в последнюю очередь;

чем дальше расположены точки акупунктуры от спастических групп мышц, тем легче массируемые точки вызывают снижение мышечного тонуса.

Например, при наличии спастичности в сгибателях кисти и пальцев начинать массаж нужно с точек «воротниковой зоны» (точки средней и 1-й боковой линии), точек надплечья с обеих сторон, а

затем использовать точки проксимального отдела верхней конечности. Как правило, такая последовательность воздействия приводит не только к расслаблению мышц проксимальных отделов, но и к отчетливому снижению тонуса мышц дистальных отделов.

Исходя из закона Хагбарта (торможение одних групп мышц достигается стимуляцией их антагонистов), основные точки акупунктуры, для расслабления мышц верхней конечности следует выбирать на мышцах, антагонистах спастическим.

Например, для расслабления сгибателей предплечья целесообразно использовать точки в зоне разгибателей предплечья, для снижения тонуса в сгибателях пальцев – на их антагонистах, разгибателях пальцев.

Как показал наш опыт, точки акупунктуры, расположенные в области мышц верхней конечности с повышенным тонусом, имеют малую практическую ценность. Это обусловлено, во-первых, недостаточной эффективностью, во-вторых, затрудненным доступом к точкам сгибательной поверхности.

При выборе точек акупунктуры целесообразно руководствоваться знанием мест прикрепления мышц. «Точечный» массаж в точки, расположенные в этих зонах, высок эффективен.

Перечисленные выше принципы выбора точек применимы и для массажа нижней конечности с той лишь разницей, что в данном случае более часто используются точки в зоне спастических групп мышц.

Точки акупунктуры, используемые для снижения тонуса мышц верхней конечности.

Точки акупунктуры, относящиеся к «воротниковой зоне» и являющиеся одновременно зоной сегментарной иннервации верхней конечности: ДА-ЧЖУЙ (VG14), ДА-ЧЖУ (V11), ЦЗЯНЬ-ЦЗИН (VB21), ЦЗЯНЬ-ЧЖУН-ШУ (1G15), ЦЗЯНЬ-ЮЙ (GI15), ЦЗЯНЬ-ВАЙШУ (1G14), СИНЬ-ШЭ (PC31), НАО-ШУ (1G10), ТАО-ДАО (VG13), Все точки за исключением средней линии используются симметрично.

Для расслабления мышц-сгибателей плеча: ЦЗЯНЬ-ЮЙ (15GI), БИ-НАО (14GI). Массаж точки ЦЗЯНЬ-ЮЙ вызывает частичное расслабление всех групп мышц пораженной конечности.

Для расслабления мышц, приводящих плечо: СИНЬ-ШЭ (PC31), ЦЗИ-ЦЮАНЬ (C1), ЦЗЯНЬ-ЮЙ (GI15).

Для расслабления внутренних ротаторов плеча: ЦЗИ-ЦЮАНЬ (С1), ЦЗЯНЬ-ЧЖЕНЬ (IG9), НАО-ШУ (IG10).

Для расслабления сгибателей предплечья: ЦЮЙ-ЧИ (GI11), ШОУ-САНЬ-ЛИ (GI10), ТЯНЬ-ЦЗИН (TR10).

Для расслабления сгибателей кисти и пальцев: ЦЮЙ-ЧИ (GI11), ШОУ-САНЬ-ЛИ (GI10), ВАЙ-ГУАНЬ (TR5), ЧЖИ-ГОУ (TR6), точки, расположенные на концевых фалангах, Наиболее эффективно воздействие в точки концевых фаланг I и III пальцев.

Для расслабления I и II пальцев кисти: ЯН-СИ (GI5), ХЭ-ГУ (GI4), точки концевых фаланг/

Все перечисленные выше точки акупунктуры (за исключением первой группы) используются только на пораженной стороне.

Точки акупунктуры, используемые для снижения тонуса мышц нижней конечности:

точки акупунктуры, расположенные в зоне сегментарной иннервации нижней конечности: ВЭЙ-ШУ (V21), ШЭНЬ-ШУ (V23), ДА-ЧАН-ШУ (V25), МИН-МЭНЬ (VG4), ЯО-ЯН-ГУАНЬ (VG3). Точки паравертбральной области массируются с двух сторон;

для расслабления приводящих мышц бедра: ФЭН-ШИ (VB31), ИНЬ-БАО (F9);

для расслабления разгибателей голени: БИ-ГУАНЬ (E31), ФУ-ТУ (E32), ВЭЙ-ЧЖУН (V40);

для расслабления подошвенных сгибателей стопы и пальцев: ЧЭН-ЦЗИН (V56), ЧЭН-ШАНЬ (V57), ЧЗУ-ЛИН-ЦИ (VB41), СИН-ЦЗЯН (F2);

для расслабления супинаторов стопы: ЧЖУ-БИНЬ (R9), ШАН-ЦЮ (RP5), ДА-ДУ (RP2), ТАЙ-БАЙ (RP3), иногда расслабление мышц можно достичь при одновременном массажировании точек ИНЬ-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ (RP9) и ЯН-ЛИНЬ-ЦЮАНЬ (VB34), СЮАНЬ-ЧЖУН (VB39) и САНЬ-ИНЬ-ЦЗЯО (RP6).

Процедуры «точечного» массажа следует проводить ежедневно, чередуя верхнюю и нижнюю конечности. Один курс состоит из 20 процедур.

Следует отметить, что не всегда на первой процедуре можно достичь полного расслабления мышц, особенно у больных со сравнительно большой давностью инсультного эпизода. Поэтому не следует увеличивать силу воздействия или часто менять точки. Достаточно добиться частичного расслабления мышц на первой,

второй процедурах, а в дальнейшем, на последующих процедурах, возможно полное расслабление (эффект суммации).

При сочетании «точечного» массажа с лечебной физкультурой необходимо учитывать, что каждое активное движение вызывает повышение мышечного тонуса. Поэтому помимо точечного массажа до лечебной физкультуры оптимальным вариантом является дополнительное проведение точечного массажа во время ЛФК. Например, при активном (или активно-пассивном) сгибании плеча рекомендуется массировать точку ЦЗЯНЬ-ЮЙ, БИ-НАО; при задании «разогнуть пальцы» массировать ХЭ-ГУ и концевые; фаланги I и II пальцев.

Точечный массаж может конкурировать с иглотерапией по скорости релаксации, что дает ему преимущество, во время проведения ЛФК. Что касается длительности и стабильности эффекта, то предпочтение нужно отдать иглотерапии. При преобладании пареза эффективность точечного массажа уступает иглотерапии. Оптимальным является сочетание обоих методов при лечении больных со спастическими гемипарезами.

КОМБИНИРОВАННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ МЕТОДЫ РТ МОТОРНО-СЕНСОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ГЕНЕЗА

В последние годы в практику лечения двигательных церебральных нарушений внедряются комбинированные методы РТ, цель которых – воздействие на различные уровни нервной системы, участвующие в формировании двигательного дефекта. К таким уровням относятся корковые, стволовые и сегментарные отделы двигательного анализатора. При поражении коры (наиболее частый вариант) отсутствует ее корригирующее влияние на нижележащие структуры. Нарушение функции кортикоретикулярных путей, в свою очередь, ведет к изменению ретикулоспинальных взаимоотношений (формирование высокого тонуса). Меняется функционирование сегментарного аппарата в связи с изменением супрасегментарной регуляции альфа-мотонейронов спинного мозга и др.

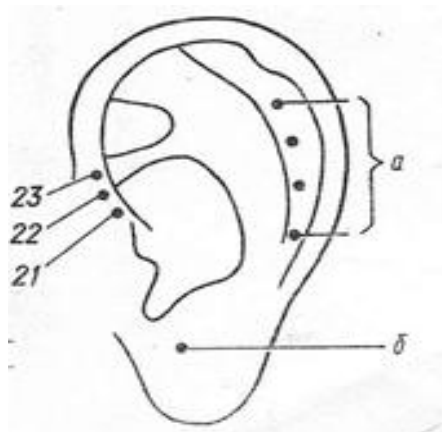
В этой связи при рефлексотерапии (РТ) двигательных дефектов используют корпоральное иглоукалывание (преимущественное влияние на сегментарный аппарат), аурикулярное - (преимущественное влияние на стволовые отделы) и

скальпорефлексотерапию (преимущественное влияние на корковые отделы).

Г.Я. Анищенко и соавторы (1981) предлагают 4 варианта РТ для больных с последствиями мозгового инсульта.

Вариант 1. Сочетание аурикулорефлексотерапии (АРТ) и электроакупунктуры (ЭАП). Первый день: классическое иглоукалывание в точки GI10, GI11. Второй день: АРТ на стороне пареза. Используются аурикулярные точки (АТ) в ладьевидной ямке 64, 65, 66, 67. Определение точек локуса проводится механическим тестированием. После выявления болезненных зон на ушной раковине вводят 4 короткие иглы в эти АТ на стороне пареза. Для усиления лечебного эффекта одновременно вводят 3 иглы в АТ 21, 22, 23 на восходящей ножке завитка (по Ножье) и «сенсорную», на противоположной стороне.

Если через 10-15 мин после введения игл снижается тонус в паретичных конечностях, то АРТ целесообразна.



Картограмма АРТ ушной раковины, для снижения спастического тонуса в руке при мозговом инсульте на стороне пареза
а – точка проекции руки,
б – сенсорная точка.

Одновременно с АРТ через день проводят ЭАП в АТ E31, E34, E41, RP10 (не рекомендуется ЭАП в АТ E36 во избежание усиления клонуса стопы). Параметры ЭАП: частота 30–40 Гц, сила тока до 50 мкА, время воздействия до 8–10 мин. На курс 8–10 процедур ЭАП и АРТ. (Приложение 7)

Вариант № 1 целесообразно применять при локализации очага в области средней мозговой артерии.

Вариант 2. Сочетание классического иглоукалывания и ЭАП. Первый день: классическое иглоукалывание, второй день – ЭАП. Воздействуют на разные ТА. Например, в процессе одной процедуры используют E31, E34, E41, RP10; в процессе другой — VB34, RP9, E31, E39, внеканальные Ба-Се, расположенные в межпальцевых

складках стопы. При спастических парапарезах нижних конечностей ЭАП проводят на обеих конечностях одновременно, на курс 8–10 процедур. Вариант № 3 применяется при спастических парапарезах нижних конечностей и очагах размягчения в бассейне передней мозговой артерии.

После перенесенного инсульта описанными методами РТ, отметили значительное улучшение у 20 % больных, улучшение – у 72 %, не было перемен – у 7 % и у 1 % больных наблюдалось ухудшение.

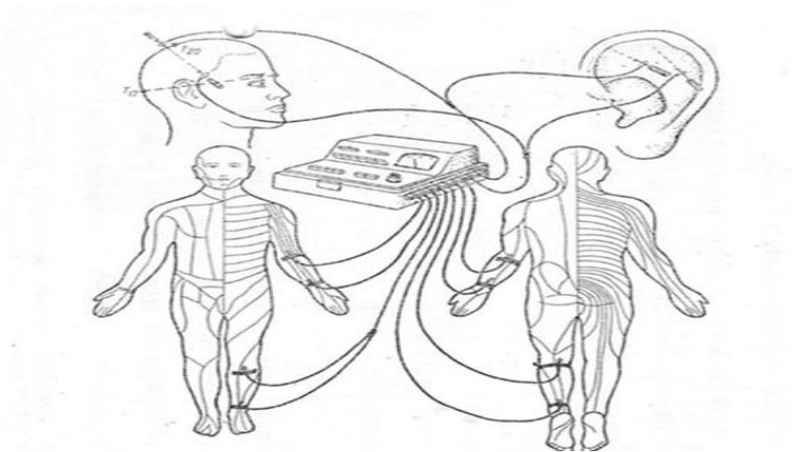
В Шанхайской академии традиционной медицины также сочетают корпоральную, аурикулярную, краниальную акупунктуру (АП) с инъекциями тиамин в АТ и электростимуляцией (ЭС) зон скальпа, D. Hoang (1981) считает, что для лечения парезов и параличей скальпоэлектроакупунктуру следует проводить при низком напряжении частотой 20 Гц в течение 10–20 мин. Одновременно лечение включает классическую АП в 12 АТ: E36, Y40, P7, G14, E44, P11, V57, F3, V60, V34, VB30, C5. Обычно, отмечает автор, курс лечения состоит из 15-20 процедур и более, т. к. эффект после 10 процедур бывает редко. Все шире используется РТ при афазии, когда сочетается КП и корпоральная АП.

V. Brigo (1979) рекомендует использовать АТ G14, E36, E41, C9, C6, R5, R7 и дополнительно Y15, Y17, T20. Корпоральная АП сочетается со СРТ и логопедическими занятиями.

E. Radaelli и соавторы (1980) исследовали возможность реабилитации пациентов с сосудистыми поражениями мозга с помощью краниальной и корпоральной акупунктуры и электростимуляции. При СРТ иглы вводили по линиям моторной зоны скальпа. Одновременно использовали корпоральные точки (E44, VB43, F2, P7, Ба -се и др.). Иглы соединяли с электростимулятором, частота стимуляции 40 Гц. Краниальные точки стимулировали током малой силы (ниже порога боли), а корпоральные – более высокой. Продолжительность сеанса 30 мин. Во избежание эффекта привыкания к электрическому току через каждые 10 мин снижали частоту до 20 Гц на 1 мин. Лечение проводилось через день (всего 24 сеанса). Авторы отмечают, что у 55-57% из 96 леченых отмечено улучшение, выразившееся снижением мышечного тонуса или увеличением подвижности паретичных конечностей.

Вариант 3. Сочетание аурикулярной электроакупунктуры со скальпоэлектроакупунктурой импульсным биполярным током формы импульса «спайк-волна» при спастических гемипарезах.

Воздействие проводится на аппарате «Рефтон» 01-РФ-ТЛС. Моторная зона скальпа и аурикулярные зоны стимулируются пачками биполярных импульсов длительностью 0,5–2 мс, частотой 5–12 Гц. Продолжительность процедуры 20–30 мин, на курс лечения требуется от 20 до 30 процедур, в тяжелых случаях проводится 2–3 курса.

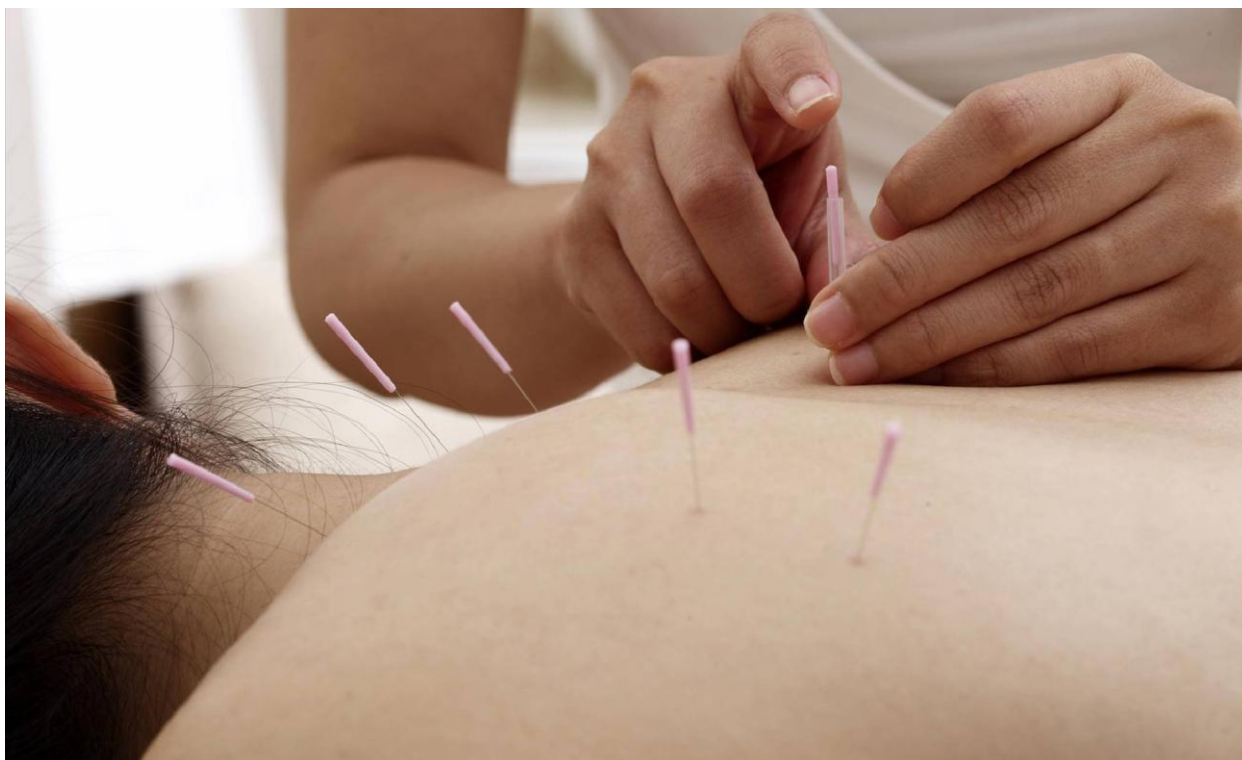
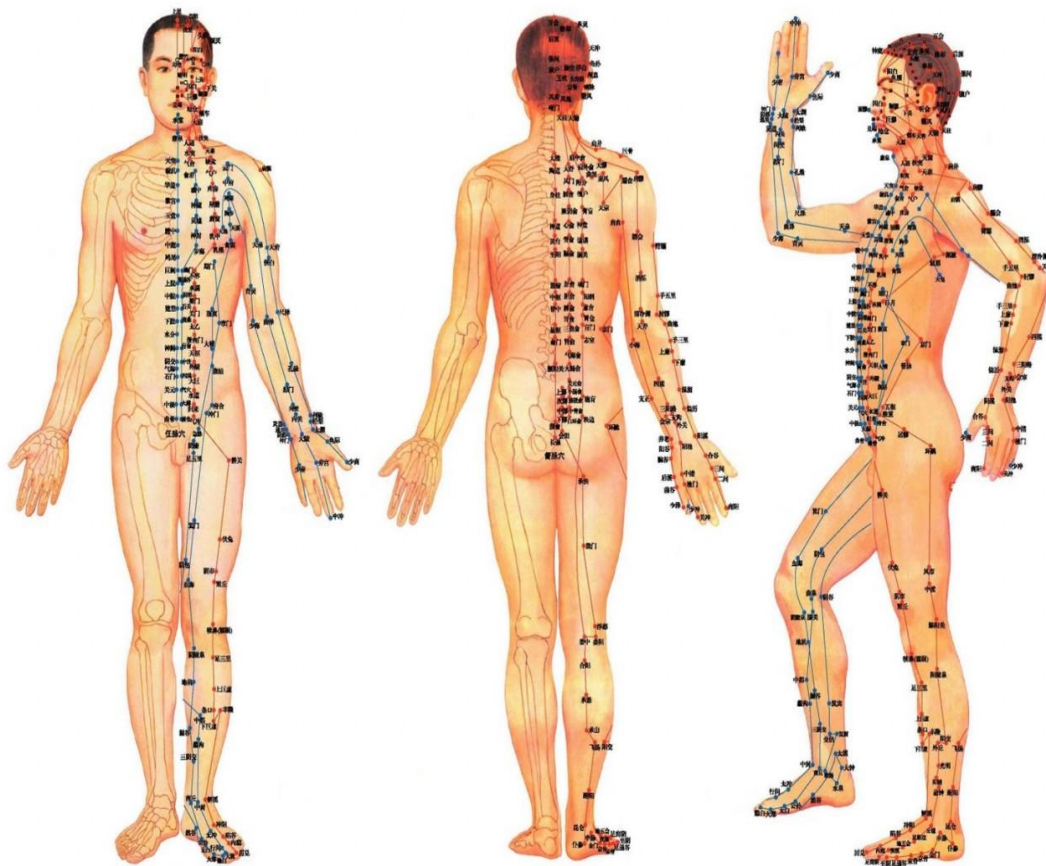


Стимуляционная скальпоаурикулоэлектроакупунктура

Воздействие на моторную зону скальпа на стороне церебрального очага и на аурикулярные зоны на стороне пареза оказалось наиболее эффективным для снижения мышечного тонуса. Эти результаты подтверждаются данными стимуляционной ЭМГ медиальной икроножной (МИМ) и камбаловидной (КМ) мышц у лиц с двигательными дефектами у которых выявлялись существенные изменения Н-рефлекса и М-ответа под влиянием ЭС моторной зоны скальпа и аурикулярных зон паретичных конечностей.

Анализ полученных результатов стимуляционной ЭМГ показывает, что электровоздействие на зону скальпа и соответствующую аурикулярную зону изменяет уровень возбудимости двигательных нейронов передних рогов спинного мозга, что существенно для понимания механизма предложенного способа лечения. Для потенцирования конечного результата можно дополнять методику скальпоаурикулоэлектроакупунктуры электроакупунктурой на корпоральные точки в области мышц с превалированием пареза.

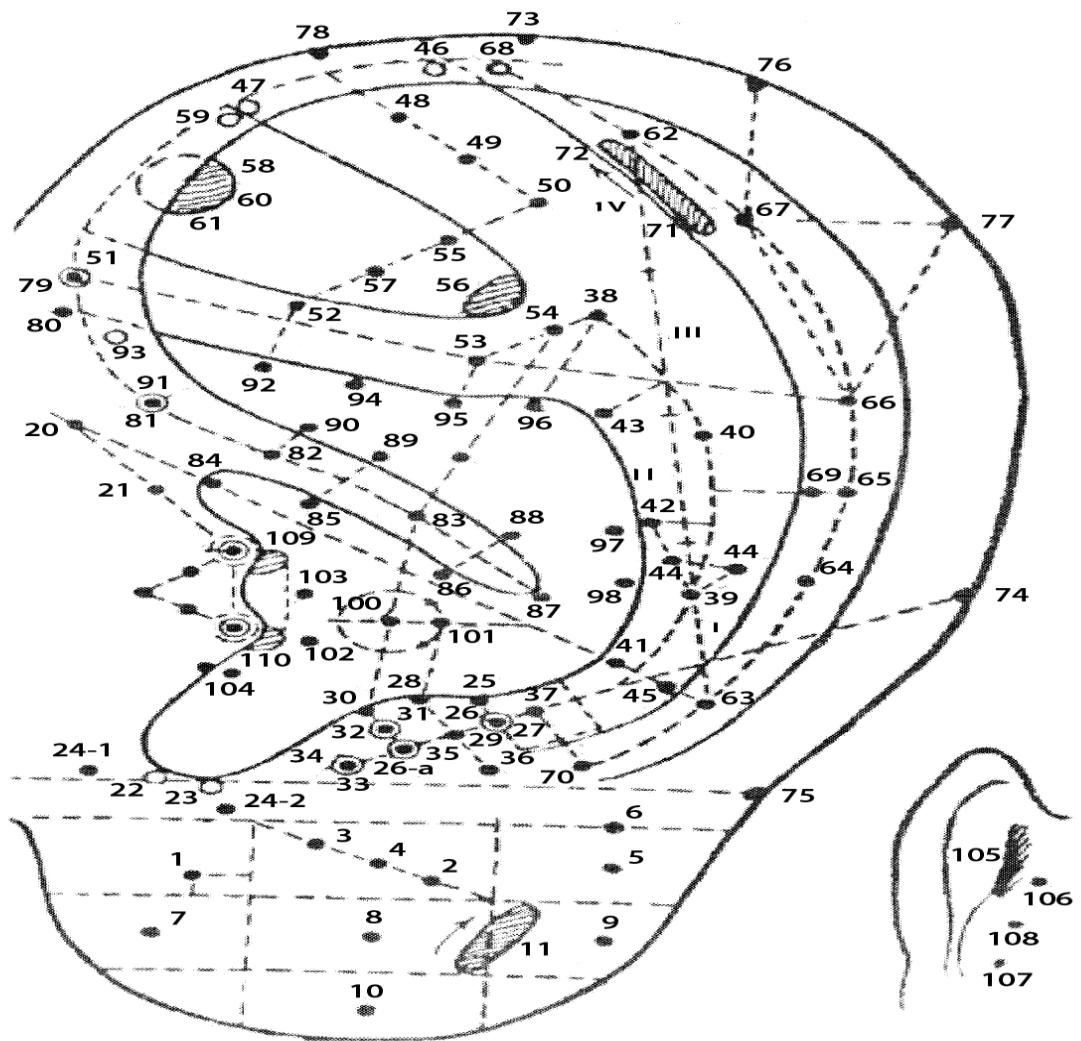
Классическое иглоукалывание



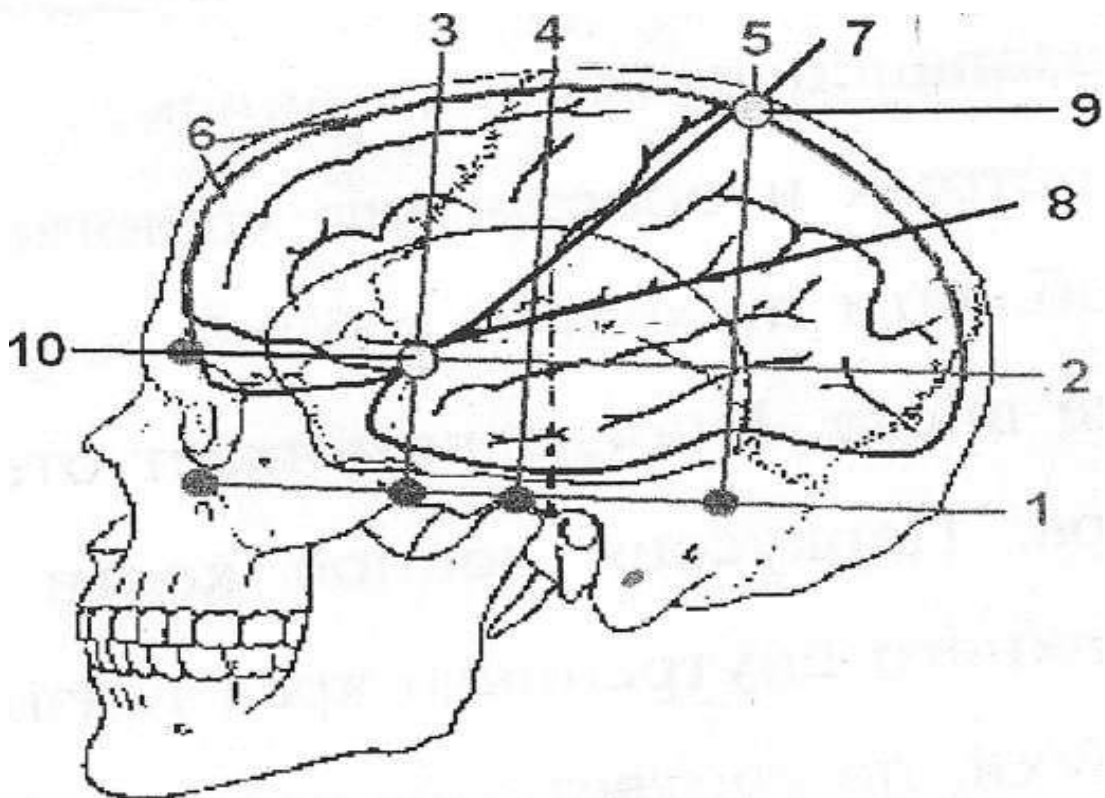
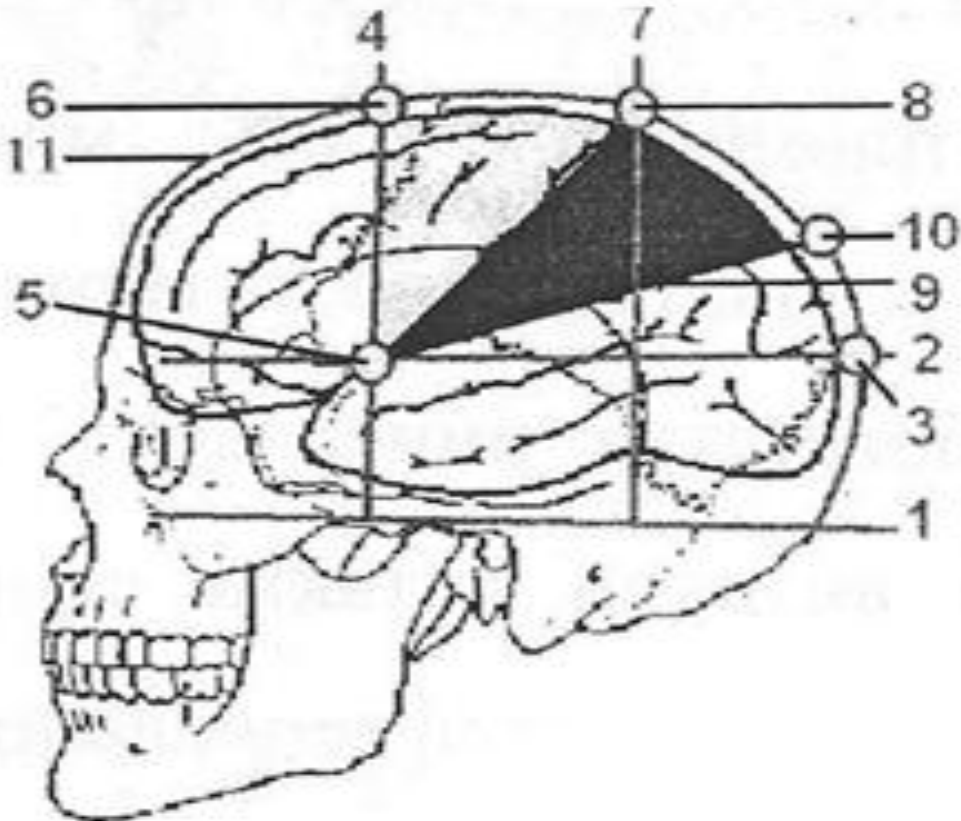
Терморелфлексотерапия



Картограмма аурикулярных точек



**Схема Кренлейна, предложенная для определения проекций
Роландовой и Сильвиевой борозд головного мозга**



Скальпорефлексотерапия

MS6 - передняя косая вертексно-темпоральная линия - проходит от первой внеканальной точки головы PC(EX-HN)1, цяньши-цунь (расположена на 1 ц. кпереди от VG20) до VB(GB)6 (локализуется на границе средней и нижней трети линии, соединяющей точки VB4 и VB7 и на 0,5 см кпереди). На MS6 проецируется предцентральная извилина, она соответствует моторной краниопунктурной зоне (1). Верхняя 1/5 часть линии соответствует нижним конечностям и нижней части туловища, средние 2/5 - верхним конечностям и верхней части туловища, нижние 2/5 - голове, шее, мышцам лица. Показания: центральные парезы и параличи в соответствии с топографией, описанной выше.

MS7 - задняя косая вертексно-темпоральная линия - проходит от VG20 до VB(GB)7 (расположена на пересечении горизонтали, проведённой через верхушку уха и вертикали, проходящей через передний край ушной раковины по основанию козелка; соответствует постцентральной извилине кзади от роландовой линии - сенсорная зона (3); верхняя 1/5 - нижним конечностям и туловищу, средние 2/5 - верхним конечностям, нижние 2/5 - голове. Показания: парестезии, боли и нарушение чувствительности в соответствии с топографией, описанной выше.

MS8 - первая латеральная линия вертекса - проходит на 1,5 ц. латеральнее средней линии вертекса MS5 от V(BL)7 (расположена на 1 ц. кпереди от уровня VG 20) до пересечения с MS7; соответствует моторно-сенсорной зоне ноги (10). Показания: чувствительные и двигательные нарушения нижних конечностей, люмбагия, полиурия центрального происхождения, энурез.

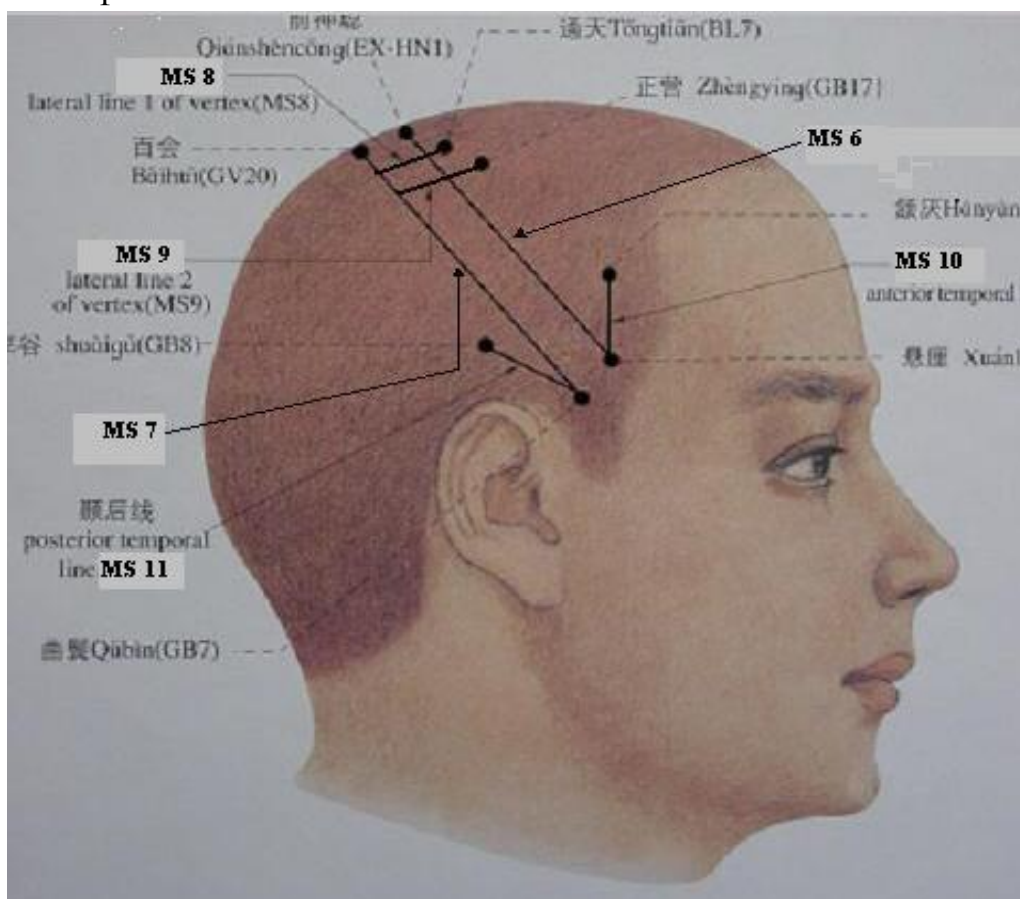
MS9 - вторая латеральная линия вертекса - проходит в 2,5 ц. латеральнее MS5 от VB(GB)17 (на 1,5 ц. позади VB16) до пересечения с MS7; соответствует сенсомоторной области пальцев кисти. Показания: апраксия, сенсо-моторная дискоординация.

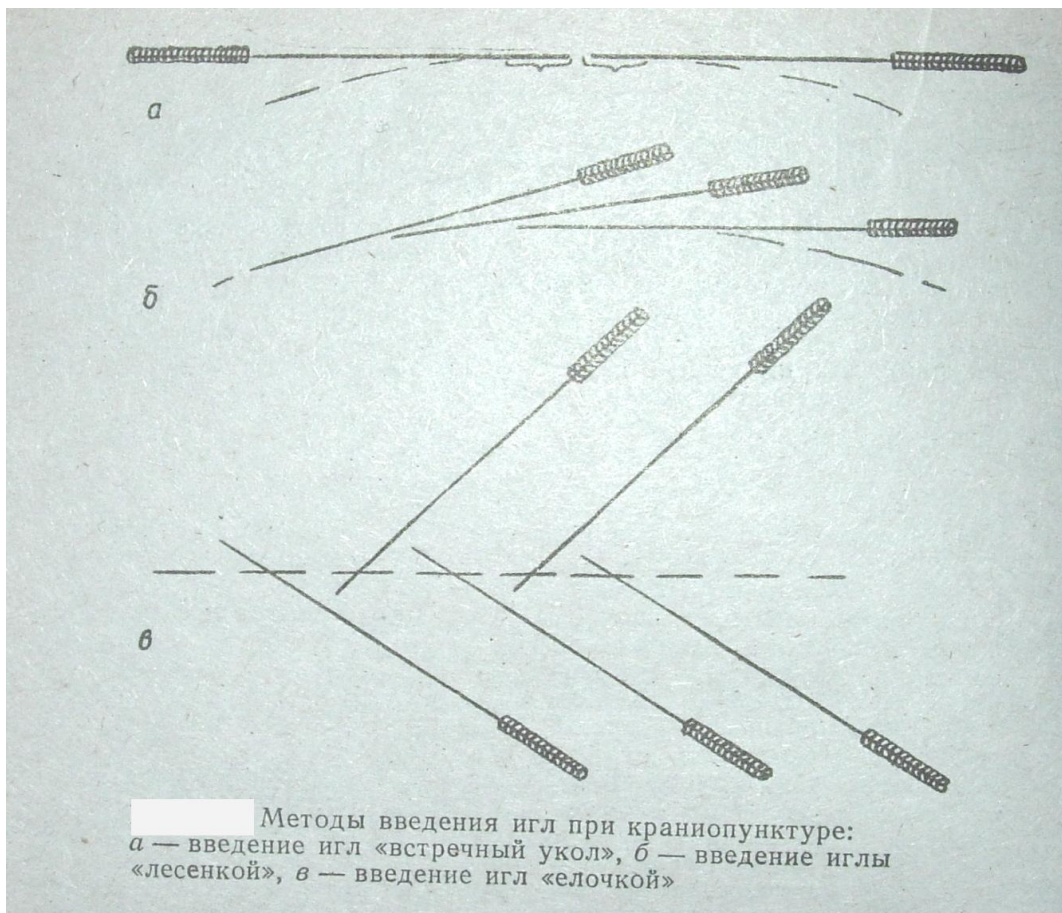
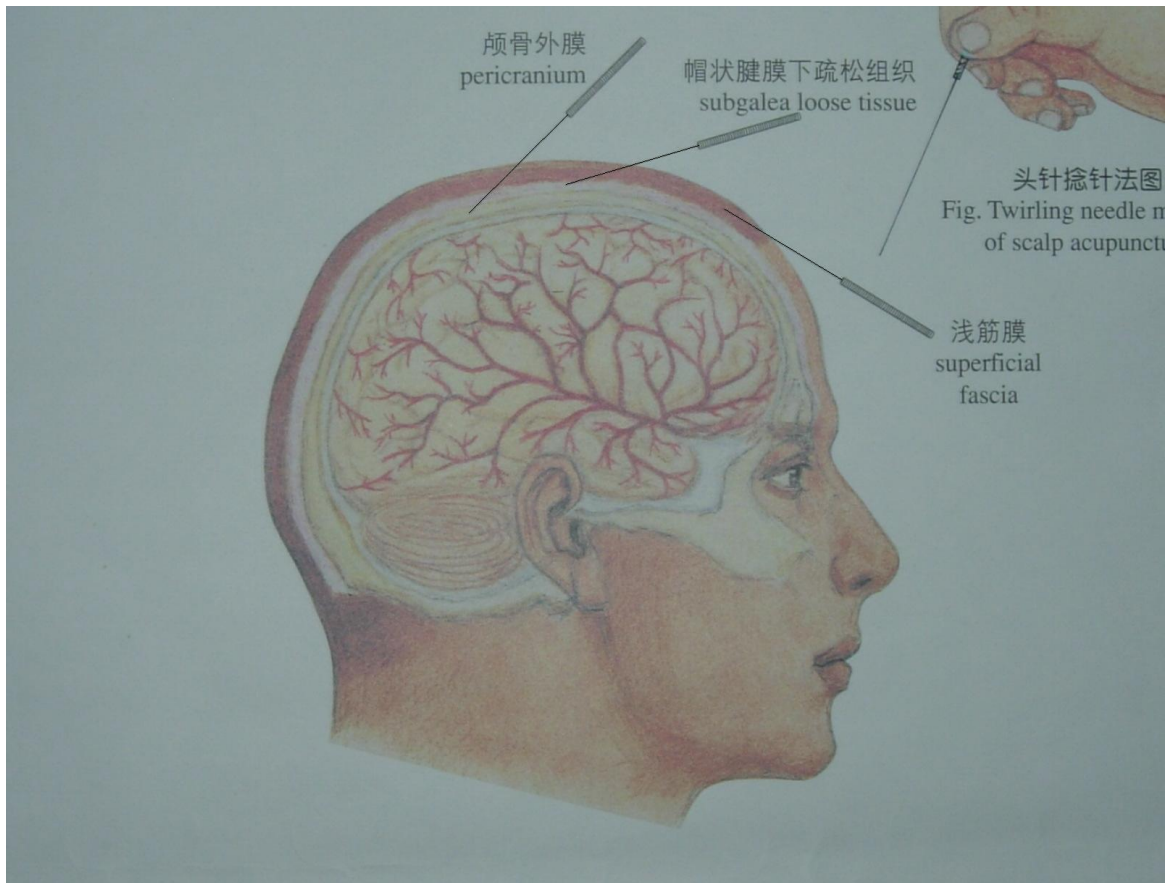
Область скальпа, ограниченная MS6-MS7 и MS9, соответствует стыку ядерных зон кожно-кинестетического, слухового и зрительного анализаторов, где находится ассоциативная кора теменной области, имеющая обширные двусторонние связи с ретикулярными и лимбическими структурами и играющая важную

роль в восприятии схемы тела и организации сложных форм поведения.

MS10 - передняя темпоральная линия - от VB(GB)4 (находится непосредственно под E8, ТОУ-ВЭЙ на 1 ц.) до VB(GB)6; соответствует премоторной области (от части моторной и слуховой области) коры мозга. Здесь, в височной области коры находится представительство слухового анализатора и центра речи Вернике. Показания: нарушения слуха и речи, в также показания к использованию VB4 (боли в височной области головы, мигрень, головокружение, шум в ушах; боль в области наружного угла глаза; ринит; невралгия тройничного нерва, периферическая нейропатия лицевого нерва) и VB6 (боли в височной области головы; заболевания глаз; зубная боль, отёчность лица). Угол между MS6 и MS10 соответствует зонам купирования гиперкинезов (4) и вазомоторной зоне (5).




MS11 - задняя темпоральная линия - от VB(GB)7 до VB(GB)8 (локализуется над верхушкой ушной раковины, на 1,5 ц.); соответствует вестибулокохлеарной (6) и речевой зонам. Показания: снижение слуха, шум в ушах, головокружение, синдром Меньера, сенсорная афазия.





Приложение 6.

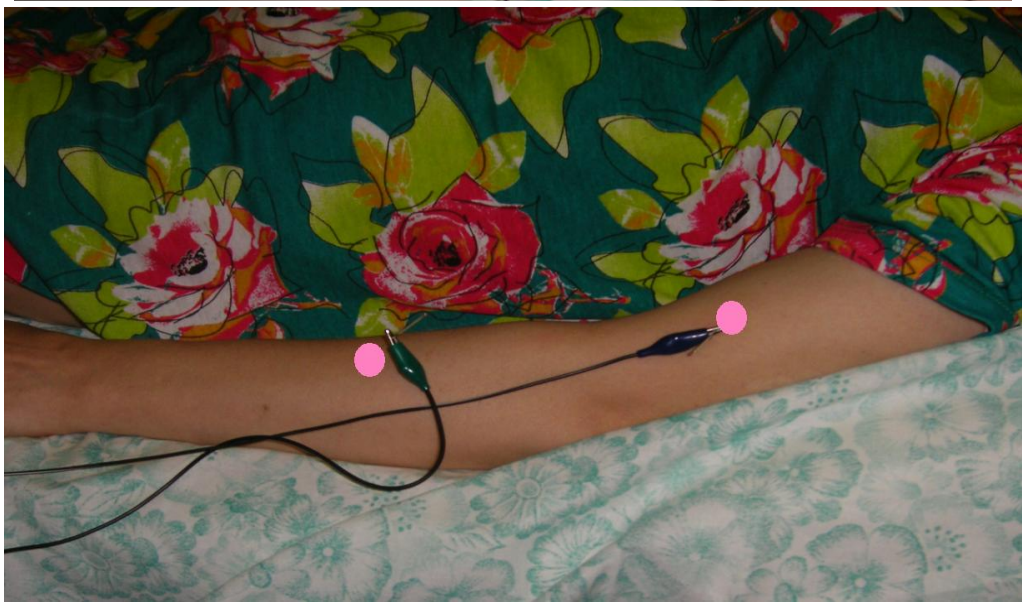
Восточный точечный массаж

	Статическое надавливание с одновременной фиксацией обрабатываемой зоны (канал, мышцы).
	Динамическое спиралевидное надавливание с поглаживанием при одновременной фиксации обрабатываемой зоны (канал, мышцы). Техника выполняется 1 пальцем.
	Динамическое спиралевидное надавливание с поглаживанием при одновременной фиксации обрабатываемой зоны (канал, мышцы). Техника выполняется 2 пальцем.

Приложение 7.

Электроакупунктура.





ЛИТЕРАТУРА

1. Базовые приемы, этапы определения и принципы подбора точек акупунктуры в восточном массаже : учебно-методическое пособие / В.А. Лукашевич и др. — Минск : БелМАПО, 2015. — 47 с. : ил.
2. Картограммы аурикулярных точек и их лечебно-диагностическое применение / С.М. Манкевич [и др.]. — Минск : БелМАПО, 2011. — 54 с.
3. Основы восточного массажа : учеб.-метод. пособие / А.П. Сиваков [и др.]. — Минск : БелМАПО, 2009. — 32 с.
4. Самосюк, И.З. Медицинская реабилитация постинсультных больных / И.З. Самосюк [и др.] — Киев : «Здоровье», 2010. — 424 с.
5. Скальпорефлексотерапия сенсомоторных дисфункций при инсульте : учеб.-метод. пособие / В.А. Лукашевич [и др.]. — Минск, 2014. — 30 с.
6. Скальпорефлексотерапия (краниопунктура) / С.М. Манкевич [и др.]. — Минск, 2006. — 34 с.
7. Шапкин, В.И. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний и травм нервной системы / В.И. Шапкин, С.С. Бусаков, М.М. Одинак — Ташкент : «Медицина», 2015. - 60с.
8. Электрорефлексотерапия при заболеваниях периферической нервной системы : учеб.-метод. пособие / С.М. Манкевич [и др.]. — Минск : БелМАПО, 2018. — 18 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
1. Характеристика инсульта	3
2. Современное представление о регуляции двигательных функций	4
3. Особенности клиники двигательных нарушений у пациентов после мозгового инсульта	5
4. Методика иглокалывания при спастических гемипарезах	7
5. Скальпорефлексотерапия при синдроме постинсультных моторно-сенсорных нарушений	12
6. Методика «точечного» массажа при спастических гемипарезах	16
7. Комбинированные и сочетанные методы РТ моторно-сенсорных расстройств постинсультного генеза	20
Приложения	24
Литература	33

Учебное издание

Манкевич Светлана Михайловна
Сиваков Александр Павлович
Подсадчик Лариса Владимировна
Грекова Таисия Ивановна

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ МОТОРНО-СЕНСОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ГЕНЕЗА

Учебно-методическое пособие

Подписано в печать 30.12.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,19. Уч.- изд. л. 2,31. Тираж 100 экз. Заказ 43.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра рефлексотерапии

**РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ МОТОРНО-СЕНСОРНЫХ
РАССТРОЙСТВ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ГЕНЕЗА**

Минск, БелМАПО
2022

