Задорова М.П., Александрова Н.В.
БУ «Первая Чебоксарская городская больница имени П.Н. Осипова» МЗ ЧР, г. Чебоксары, Россия

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

При травме верхней конечности наиболее часто встречаются изолированные поражения нервных стволов. В связи с актуальностью проблемы консервативного лечения травм конечностей, осложненных повреждением периферических нервов, мы сочли возможным и целесообразным провести собственные исследования по данной проблеме. В динамике проводили внешний осмотр, пальпацию зоны повреждения. Обе группы пациентов получали рефлексотерапию. Дополнительно, пациентам первой группы проводили внутритканевую электростимуляцию с использованием аппарата «Магнон-ПРБ». Проведена оценка результатов лечения.

Ключевые слова: невропатия, медицинская реабилитация, акупунктурные точки, внутритканевая электростимуляция.

Zadorova M.P., Alexandrova N.V.
BI «First Cheboksary City Gospital named after P.N Osipov», Cheboksary, Russia

REFLEXOTHERAPY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC NEUROPARTHY OF UPPER LIMB

Focal nerve trunk injury is often diagnosed while upper limb trauma. As the problem of conservative management of limb injuries, complicated by peripheral nerve damage, remains relevant, we decided that further study of the issue is meaningful. Follow-up simple examination and palpation of damage are were undertaken. Both groups of patients received reflexotherapy. In addition, intratissual electric stimulation with the use of Magnon-PRB was conducted within the first group. The results of the treatment were assessed.

Key words: neuropathy, medical rehabilitation, acupuncture points, intratissual electric stimulation.

Посттравматическая невропатия является одной из наиболее часто встречающихся групп заболеваний периферических нервов, проявляющихся нарушением функций или патологическими структурными изменениями в самих нервных стволах. В иннервируемых ими тканях быстро развиваются дистрофические процессы, нарушаются взаимодействия между сосудистой стенкой и тканями, ухудшается тканевой и внутриклеточный метаболизм, что осложняет течение восстановительных процессов поврежденной конечности [1]. Это нередко приводит к замедлению консолидации переломов, вторичным дистрофическим изменениям.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, рост зафиксированных травм с повреждением нервов в год составляет около 2% [2]. Высокие темпы урбанизации современного общества обусловливают ежегодный неуклонный рост количества пациентов с повреждениями периферических нервов [2].

В 2015 году Чувашия вошла в российский пилотный проект по развитию физической и медицинской реабилитации при заболеваниях травматологического, кардиологического и неврологического профилей. На базе БУ «Первая Чебоксарская городская больница им. П.Н. Осипова» МЗ ЧР осуществляется третий амбулаторно-поликлинический этап реабилитации взрослого населения. Врачи-рефлексотерапевты работают в составе мультидисциплиарной бригады, наряду с врачом лечебной физкультуры, физиотерапевтом, травматологом, мануальным терапевтом, психотерапевтом и медицинским психологом.

Нами пролечено 15 пациентов с диагнозом посттравматическая периферическая невропатия верхней конечности, которых мы разделили на две группы.

В первую группу вошли 8 пациентов (53,3%), которым вместе с корпоральной и аурикулярной рефлексотерапией проводилась внутритканевая электростимуляция. Большинство пациентов этой группы были мужчины 6 человек (75%). У всех в

анамнезе имелось травматическое повреждение с посттравматической неврологической симптоматикой.

Во вторую группу были включены 7 пациентов (46,7%), которые получали только корпоральную и аурикулярную рефлексотерапию. Основную часть пациентов составляли женщины - 6 человек (85,7%). Самой распространенной причиной поражения нервов являлось падение с высоты собственного роста и дорожно-транспортное происшествие.

Больные поступали после травмы и различных видов оперативных вмешательств по поводу переломов костей, повреждений нервов, сухожилий и сосудов давностью не более 12 месяцев. При травме верхней конечности наиболее часто отмечались изолированные поражения нервных стволов. Преобладали поражения лучевого нерва и сочетанные повреждения локтевого и срединного нервов.

При поступлении больных изучались жалобы, анамнез, проводилось полное клиническое обследование, что позволяло уточнить количество, характер и уровень повреждения нервов. В динамике проводились внешний осмотр и пальпация зоны повреждения.

Основными жалобами пациентов обеих групп были боли, отек, ограничение движений в пораженной конечности. Выраженность болевого синдрома оценивалась по шкале визуально-аналоговой шкал (ВАШ) боли. Болевой синдром у пациентов оценивался в ходе подробной беседы при поступлении в клинику и при выписке. У наших пациентов интенсивность боли по ВАШ до лечения составлял 3-4 балла – умеренная боль (временная и постоянная). Двигательные расстройства оценивались травматологом по шкале в начале и конце лечения. Отечность пораженной конечности разной степени выраженности наблюдалась у 100 % обследуемых.

Обе группы пациентов проходили сеансы рефлексотерапии ежедневно. Количество их составило 9-10 на курс лечения. Применялся сочетанный вариант акупунктуры, когда одновременно проводится воздействие на корпоральные и аурикулярные акупунктурные точки (АТ). Обычно во время сеанса иглы ставились в 10-12 корпоральных (общего действия,

сегментарных, местных) и 3-5 АТ. Использовали преимущественно II вариант тормозного и гармонизирующий методы. В акупунктурный рецепт попеременно включались корпоральные точки: TR4, 2, 3, 8, 5; MC6, 7, 8, 5, 9; T20, P7, 9, 810; E36; IG3, 4, 6, 7, 10; GI4, 6, 2, 5, 11, 10; C9, 8, 15 и аурикулярные точки – 29, 95, 25, 28, 55, 33, 61-67. Например, для улучшения эмоционального фона пунктировали АТ C7, C5, T14, T23, V15; при тревоге - TR10, E36, T20. Для уменьшения болевого синдрома воздействовали на следующие АТ: V64, V63, VB39, V60, V62, E36, V43, GI4 и др., при этом интенсивность стимуляции была средняя и сильная.

Для проведения электростимуляции у пациентов первой группы использовался аппарат «Магнон-ПРБ». Суть метода внутритканевой электростимуляции заключается в том, что на болевой участок тела или на область прохождения нервных стволов воздействуют короткими импульсами (длительность до 1,5 миллисекунды) электрического тока при частотах до 200 Гц [3]. Импульс электрического тока действует в промежутке времени, достаточном только для возбуждения нервных волокон. Схемы расположения электродов различны и зависят от патологии. В случае иррадиации боли вдоль нерва первый электрод располагается у периферического участка нерва, второй электрод - в зоне нервного сплетения или у соответствующего сегмента спинного мозга [3]. Применяются токи подпороговой интенсивности, вызывающие максимально возможно выраженные, но неболезненные ощущения под электродом. Пациент может ощущать вибрацию, поглаживание или легкое давление. Наиболее выраженные обезболивающее, противовоспалительное, ганглиоблокирующее и трофическое воздействие оказывают импульсы на частотах 50-70 Гц. Длительность процедуры варьирует от 20 до 50 мин [3]. Процедуры проводятся через день.

По окончании лечения была проведена оценка результатов лечения. Уменьшение интенсивности болевого синдрома отмечалось в обеих группах. Однако, у пациентов первой группы отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома непосредственно после проведения сеанса

электростимуляции, купирование боли происходило раньше, чем во второй группе - на 5-6 день лечения. По окончании курса интенсивность боли по ВАШ составляла 1-2 балла. Во второй группе уменьшение болевого синдрома отмечалось лишь к 8-9 сеансу рефлексотерапии.

Изменения со стороны двигательной и чувствительной сферы в обеих группах, независимо от варианта лечения, характеризовались увеличением силы мышц, уменьшением степени выраженности чувствительных расстройств. Однако, у пациентов первой группы раньше появлялись первые признаки регенерации поврежденных нервов (появление активных движений в пораженном сегменте), быстрее регрессировали трофические расстройства, уменьшалась отечность тканей.

Таким образом, результаты лечения посттравматических невропатий подтвердили важность коррекции сосудистых и нейротрофических нарушений при травмах конечностей, осложненных повреждением периферических нервов. Положительное влияние внутритканевой электростимуляции и рефлексотерапии объясняется выраженным трофическим воздействием, нормализацией сосудистого тонуса, восстановлением периферического кровотока, ускорением метаболических процессов в тканях поврежденной конечности, что позволяет пациентам восстановить утраченные функции и вернуться к нормальной жизнедеятельности.

Литература.

1. Вишневский, В.А. Некоторые вопросы лечения травм периферических нервов конечностей / В.А. Вишневский // Scientific Journal «ScienceRise». – 2015. – Т. 16, № 11/3. – С. 60-65.

2. Шарипова, Э.Ш. Оптимизация восстановительного лечения травм верхних и нижних конечностей, осложненных повреждением нервов: дис. канд. мед. наук: 14.00.22 / Шарипова Эльмира Шикюровна. – Уфа, 2007. – 120 с.

3. Внутритканевая электростимуляция и чрескожная электростимуляция. Методические рекомендации. Екатеринбург, 2014 – С. 3-16.