

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В.И. АЛЕКСАНДРОВ

**РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
У ДЕТЕЙ**

Учебное пособие

Москва
2015

УДК 616.89
ББК (Р) 53.584
А 466

Александров В.И. Рефлексотерапия заболеваний нервной системы у детей: учебное пособие / В.И. Александров; ГБОУ ДПО РМАПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. – 74 с. ISBN 978-5-7249-2283-8

Цель учебного пособия – ознакомить специалистов с механизмами действия рефлексотерапии в процессе лечения заболеваний нервной системы у детей. Содержание учебного пособия соответствует содержанию основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального и дополнительного профессионального образования по специальности «Рефлексотерапия» (раздел 01.7 «Рефлексотерапия в педиатрии»).

В учебном пособии приведены этапы статико-моторного развития ребенка, механизмы действия рефлексотерапии. Освещены показания, противопоказания и осложнения рефлексотерапии наиболее часто встречаемых заболеваний нервной системы у детей. Излагаются тактика и принципы лечения, методика и техника проведения процедур в зависимости от возраста ребенка и тяжести поражения. Предлагается сочетание точек акупунктуры при лечении ведущих симптомов заболеваний (родовые плекситы, тики, детский церебральный паралич, ночной энурез, вегето-сосудистая дистония).

Данное учебное пособие подготовлено сотрудником кафедры рефлексологии и мануальной терапии с участием сотрудников Учебно-методического управления РМАПО в соответствии с системой стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Пособие предназначено для педиатров, неврологов, врачей-рефлексотерапевтов, а также слушателей циклов повышения квалификации врачей по указанной специальности.

УДК 616.89
ББК (Р) 53.584

Табл. 1. Ил. 1. Библиогр.: 29 назв.

Рецензенты: **Г.Н. Авакян** – д.м.н., заслуженный деятель науки, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

И.Б. Комарова – к.м.н., доцент кафедры детской неврологии ГБОУ РМАПО

ISBN 978-5-7249-2283-8

© Российская медицинская академия
последипломного образования, 2015

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АТ – аурикулотерапия

БАВ – биологически активные вещества

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГАМК – гамма-аминомасляная кислота

ДЦП – детский церебральный паралич

ЛФК – лечебная физическая культура

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнито-резонансная томография

НС – нервная система

ООН – Организация Объединенных Наций

РМАПО – Российская медицинская академия последипломного образования

РТ – рефлексотерапия

РФ – Российская Федерация

СВД – синдром вегетативной дистонии

ТА – точка акупунктуры

УЗДГ – ультразвуковая доплерография

ЦНС – центральная нервная система

ЭКГ – электрокардиография

ЭМГ – электромиография

ЭЭГ – электроэнцефалография

СОДЕРЖАНИЕ

	Введение.....	7
I.	Этапы статико-моторного развития	9
	<i>Контрольные вопросы</i>	11
II.	Механизм действия рефлексотерапии.....	11
	1. Учение о нервизме как теоретическое обоснование механизма действия рефлексотерапии.....	11
	2. Современные представления о рефлексотерапии.....	13
	3. Гуморально-гормональный механизм рефлексотерапии.....	14
	4. Местная, сегментарная и общая реакция организма на рефлексотерапию.....	16
	5. Влияние рефлексотерапии на висцеральные органы....	17
	<i>Контрольные вопросы</i>	19
III.	Показания к рефлексотерапии при лечении неврологических заболеваний у детей.....	20
	<i>Контрольные вопросы</i>	28
IV.	Особенности проведения, противопоказания и возможные осложнения при рефлексотерапии	28
	<i>Контрольные вопросы</i>	34
V.	Рефлексотерапия родовых плекситов.....	34
	1. Клинические формы.....	35
	2. Тактика лечения, принцип выбора методов и точек воздействия и их сочетания.....	36

	<i>Контрольные вопросы</i>	40
VI.	Рефлексотерапия тиков.....	40
	1. Этиопатогенез.....	40
	2. Клинические формы.....	41
	3. Клиническая картина.....	42
	4. Лечение	43
	<i>Контрольные вопросы</i>	46
VII.	Энурез ночной.....	46
	<i>Контрольные вопросы</i>	50
VIII.	Рефлексотерапия детского церебрального паралича.....	51
	1. Этиопатогенез.....	51
	2. Клинические формы	52
	3. Тактика лечения. Принципы выбора методов, зон воздействия и их сочетания.....	53
	<i>Контрольные вопросы</i>	57
IX.	Рефлексотерапия в комплексном лечении вегетативной дистонии.....	57
	1. Этиология и патогенез вегетативной дистонии.....	57
	2. Классификация и основные клинические формы синдрома вегетативной дистонии.....	59
	3. Клинические проявления и диагностика синдрома вегетативной дистонии в детском возрасте.....	60

4. Рефлексотерапия ведущих клинических проявлений вегетативной дистонии у детей.....	61
<i>Контрольные вопросы.....</i>	66
Заключение.....	66
Глоссарий.....	69
Список литературы	
Основная.....	71
Дополнительная.....	71

ВВЕДЕНИЕ

Одна из главных проблем современной России – ухудшение демографической ситуации вследствие снижения рождаемости, увеличения смертности, ухудшения здоровья детей и подростков, показателей их физического развития, роста общей заболеваемости. Это связано, прежде всего, с неблагоприятными социально-бытовыми факторами. Изменение сложившегося положения возможно только при правильной государственной политике в области охраны материнства и детства.

В нашей стране «Материнство, детство и семья» в соответствии с Конституцией Российской Федерации (РФ) находятся под защитой государства. В РФ принято более ста нормативно-правовых актов, направленных на защиту детей. Один из них – Федеральный закон от 24 июня 1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка». Ратифицированы конвенции ООН «О правах ребенка» и «О ликвидации всех форм дискриминации женщин». Реализуются федеральные целевые программы «Дети России», «Планирование семьи», «Безопасное материнство», где, в частности, предусматривается разработка и внедрение федеральных стандартов оказания медицинской помощи детям и внедрение малозатратных, современных медицинских технологий, к которым относятся рефлексотерапия и мануальная терапия.

В 2015 г. кафедре рефлексологии и мануальной терапии РМАПО исполняется 69 лет (зав. кафедрой – д.м.н., проф. В.С. Гойденко). За это время накоплен огромный практический опыт эффективного применения рефлексотерапии различных заболеваний: Гойденко В.С., Александров В.И., Асеева Ю.Ю. (2000), Мосейкин И.А. (2003), Авакян Г.Н. (2006), Агасаров Л.Г. (2001), Гойденко В.С., Тян В.Н. (2010), Абраменко В.В. (2012), Сафиуллина Г.И. (2006), Комарова И.Б. (2000).

На циклах профессиональной переподготовки и повышения квалификации подготовлено более 14 000 врачей-рефлексотерапевтов и

мануальных терапевтов различных специальностей для нашей страны и зарубежья.

Одной из главных научно-практических задач работы кафедры все эти годы было нейрофизиологическое обоснование эффективности применения рефлексотерапии в практическом здравоохранении, изучение механизмов действия, разработка и внедрение в практику новых высокоэффективных методов рефлексотерапии.

Накоплен практический опыт эффективного применения рефлексотерапии при различных заболеваниях у детей (Гойденко В.С., Галанов В.П., 1980; Табеева Д.М., 1980; Мачерет Е.Л., Самосюк И.З., 1989; Гойденко В.С., Александров В.И., Комарова И.Б., 2000). Однако нигде не приводилось научно обоснованных данных о возрастных показаниях к применению метода, показаниях и противопоказаниях при лечении детских нервных болезней, осложнениях и их предупреждении. Нигде не отражены особенности проведения процедур иглоукалывания у детей грудного возраста: методика и техника; количество точек воздействия; глубина введения игл в зависимости от возраста ребенка; оптимальное количество курсов лечения в течение года; возможность сочетания рефлексотерапии с другими методами лечения.

За все эти годы сотрудниками кафедры рефлексологии и мануальной терапии обследовано и пролечено более 3000 детей в возрасте от нескольких недель до 16 лет с различной патологией. Для диагностики заболеваний и контроля за лечением с использованием методов рефлексотерапии, кроме клинических, использовались современные параклинические методы исследования: КТ, МРТ, УЗИ, ЭМГ, ЭКГ, тепловизионное, ЭЭГ, психометрическое тестирование. Это позволило определить влияние рефлексотерапии на функциональные системы детского организма: периферическую и центральную гемодинамику, периферическую, центральную, вегетативную нервную систему, мышечную систему, психо-эмоциональное состояние и др.

Многолетняя практическая работа и анализ полученных научных данных **позволили нам впервые в стране научно обосновать** возрастные показания к рефлексотерапии в педиатрии, а также выявить особенности проведения процедур у детей грудного возраста, предложить перечень заболеваний нервной системы у детей, при которых показана, противопоказана рефлексотерапия, и осложнений при проведении процедур.

I. ЭТАПЫ СТАТИКО-МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Знание норм статико-моторного развития ребенка и их изменение позволяют врачу поставить диагноз на ранних стадиях заболевания и своевременно провести рефлексотерапию.

Первый месяц. Преобладает флексорная гипертония мышц – руки приведены к туловищу, пальцы сжаты в кулачок, ноги согнуты во всех суставах и немного отведены. Лежа на животе, ребенок может приподнять голову на 1-2 с. Из положения лежа он может ротировать голову. В положении на животе приподнимает голову на 1-2 с. На раздражение отвечает общей двигательной активностью.

Два месяца. Голову удерживает лежа на животе более длительное время. Увеличивается объем активных движений в плечевых суставах – отводит руки в стороны, поднимает их выше плеча. Целенаправленной деятельности нет.

Три месяца. Увеличивается объем движений в плечевых суставах. Двигательная реакция на раздражение становится более дифференцированной. В положении на животе ребенок может приподняться, опираясь на предплечье. Удерживает голову в вертикальном положении, тянет игрушки в рот, удерживая их. Может поворачиваться со спины на бок. При поддержании под спину сгибает голову и поднимает ноги, сокращая мышцы живота. На раздражение отвечает локальной двигательной реакцией.

Четыре месяца. Усиление общей двигательной активности: часто поворачивается со спины на бок, сидит с поддержкой, тянется к игрушкам, двигает пальцами рук, тянет игрушки в рот, в положении на животе может уже приподнимать верхнюю часть туловища. Поворачивает голову на звук.

Пять-шесть месяцев. Может активно схватывать предметы, примитивно манипулировать с ними, но не может пока играть с двумя предметами. Сидит при поддержке, кифоз позвоночника при этом сохраняется. Активно поворачивается со спины на живот. Лежа на животе, опирается на разогнутые руки, может опираться и на одну. Поворачивает голову на звук. При вертикальном подвешивании ноги разогнуты.

Семь-восемь месяцев. Двигательная активность возрастает. Из положения на спине может самостоятельно сесть, хорошо сидит, сохраняя равновесие. Встает на четвереньки, пытается ползать, при поддержке встает на ноги. Протягивает руки к близким, хлопает в ладоши, перекладывает предметы из одной руки в другую.

Девять-десять месяцев. Активно ползает, чаще принимает вертикальное положение – поднимается и становится на ноги, держась за барьер, стоит при поддержке за руку. Хлопает в ладоши, перекладывает предметы из одной руки в другую, протягивает руки к близким.

Одиннадцать-двенадцать месяцев. Принимает вертикальное положение – стоит самостоятельно, ходит с поддержкой, может самостоятельно сделать несколько шагов, приседает, ходит за каталкой. Может манипулировать несколькими предметами. Подражает движениям взрослых, играет с частями собственного тела. Бросает, постукивает игрушками. Может есть самостоятельно ложкой. Выполняет ряд инструкций.

В дальнейшем происходит интенсивное формирование нервной системы, психической сферы и двигательной системы.

Контрольные вопросы:

1. С какого возраста ребенок должен удерживать голову в вертикальном положении?
2. С какого возраста ребенок должен сидеть с поддержкой?
3. С какого возраста ребенок должен встать на ноги?
4. С какого возраста ребенок должен самостоятельно ходить?
5. В каком возрасте формируется гиперлордоз шейного отдела позвоночника?

II. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

1. Учение о нервизме как теоретическое обоснование механизма действия рефлексотерапии

Исследования большинства ученых позволили прийти к выводу, что в механизме действия рефлексотерапии (РТ) нет каких-то особых, дополнительных структур. Они едины для всех других воздействий. Действие раздражителя направлено на наиболее чувствительные и возбудимые структуры – рецепторы.

В основе ответной реакции лежит рефлекс. Учение И. Павлова и его школы показало, что любой сигнал (раздражитель) может рефлекторно вызывать изменение любой функции. Согласно учению Н. Введенского, если применить его к РТ, в основе ее действия лежит состояние функционально-динамической системы, сила и характер стимулирующего действия.

Создание теории функциональных систем организма, системный подход к пониманию процессов жизнедеятельности имеют первостепенное значение для понимания механизмов рефлексотерапии.

В ходе дальнейшего развития патофизиологической концепции болезней разработано понятие о генераторах патологически усиленного возбуждения, появляющихся в центральной нервной системе, создание патологической

детерминанты и образование патологической системы (Крыжановский Г., 1980).

Любая патологическая система порождает образование антисистемы. Стимуляция активности последней может привести к разрушению патологической системы и выздоровлению.

В процессе эволюции человека сложилась «множественная» обеспеченность регуляции одной и той же функционально-динамической системы, что составляет основу саногенеза, объясняет возможность компенсаторных реакций. Это дает и возможность выбора вариантов лечебного воздействия, в том числе и подбора «рецептуры» точек при проведении рефлексотерапии. При этом имеет значение выбор зоны точки акупунктуры (ТА), ее тканевая структура, степень (сила) воздействия/раздражения. Необходимо помнить, что любая точка акупунктуры – стереометрическое образование, включающее кожу, подкожную клетчатку, мышцы, сосуды, нервы, сухожилия, периост и т.д.

Таким образом, в механизм действия рефлексотерапии включается конвергенция разномодальной импульсации в одних и тех же нейронных структурах, что объясняет степень и силу сомато-висцеральных и висцеро-соматических влияний на разных уровнях центральной нервной системы (ЦНС) с включением нейро-гуморальных и нейро-иммунных реакций.

Особенностью рефлексотерапии является точечный характер воздействия, а благодаря сомато-висцеральной структурной организации нервной системы (НС) в сегментарных, надсегментарных и корковых отделах возможно лечебное воздействие рефлексотерапии на определенный орган, структуру, систему с малыми энергетическими затратами, что является характерным для естественной реакции организма на патологический процесс.

2. Современные представления о рефлексотерапии

Изучение отдельных аспектов рефлекторного воздействия породило значительное число теорий механизма действия рефлексотерапии. Наиболее часто упоминаемые:

1. Теория тканевой терапии – основными факторами лечебного действия являются продукты, образующиеся при травмировании тканей иглой (некрогормоны, продукты белкового распада).
2. Теория нормализации капиллярного кровотока.
3. Теория гистаминного выравнивания (сходна с теорией капиллярного кровотока).
4. Теория химико-гуморально-невральная – ведущее значение придается действию простагландинов, выделяющихся в месте укола иглой.
5. Электрическая теория – лечебный эффект наступает в результате действия микробиотоков, возникающих при введении иглы.
6. Биоэлектрическая информационно-энергетическая теория – основана на взаимодействии биополя человека и магнитного поля Земли, космического излучения и др., т.е. взаимосвязи на всех уровнях живых систем от клетки до биосферы.
7. Психотерапевтическая теория – придает основное значение роли психотерапии при проведении РТ.
8. Рефлекторная теория – согласно которой в механизме действия акупунктуры основная роль принадлежит многослойным рефлекторным процессам нейро-иммуно-эндокринной системы, запускаемым с помощью акупунктуры или другого метода воздействия на рефлексогенные зоны (ТА).

Рефлексотерапия (лат. *reflexus* – повернутый назад, отраженный + греч. *therapeia* – лечение) – лечебная система, основанная на рефлекторных соотношениях, сформировавшихся в процессе филогенеза и онтогенеза, реализуемая через нервную систему посредством раздражения рецепторного аппарата кожи,

слизистых оболочек и подлежащих тканей для воздействия на функциональные системы организма (В.С. Гойденко. БМЭ. 1983. С. 712-713).

И.М. Сеченов (1851) в работе «Рефлексы головного мозга» высказал гениальную мысль – «Все акты сознательной и бессознательной жизни по способу происхождения суть рефлексы». Основываясь на теоретических положениях И.М. Сеченова, И.П. Павлов развил учение о приспособительном значении рефлекторной деятельности в жизни животных и человека и разработал учение об условных рефлексах как высшей форме приспособления организма к условиям существования.

П.К. Анохин дал системные принципы организации мозговых процессов при формировании целенаправленных актов животных и человека, создал учение о функциональных системах.

Исследованиями отечественных ученых (Н.Е. Введенским, А.А. Ухтомским, И.С. Бериташвили) были открыты многие стороны рефлекса (доминанта, усвояемость ритмов и др.).

Таким образом, действие рефлексотерапии в той или иной степени направлено прежде всего на стимуляцию саногенеза. Саногенез – динамический комплекс защитно-саморегуляторных приспособительных механизмов (физиологического или патофизиологического характера), возникающих при воздействии чрезвычайного раздражителя, развивающихся на протяжении всего процесса (от состояния предболезни до выздоровления) и направленных на восстановление нарушенной саморегуляции организма.

3. Гуморально-гормональный механизм рефлексотерапии

Гуморально-гормональный механизм рефлексотерапии базируется на единстве и взаимозависимости реакций нервной, гормонально-эндокринной и иммунной систем. Поэтому в настоящее время при оценке влияния того или иного воздействия на организм подразумевается ответ единой нейро-иммuno-эндокринной системы.

Гуморальное действие начинается уже на периферическом уровне. Перифокально, по ходу канала иглы определяется выраженная лейкоцитарная инфильтрация, нарастающая с течением времени. Артериолы и капилляры заполнены клетками белой крови и дилатированы. В клетках тканей вблизи канала иглы отмечается набухание митохондрий, вакуолизация. Происходит выделение катехоламинов, нервно-трофических факторов, гистаминов, энкефалинов и др. Выделение этих биологически активных веществ (БАВ) достаточно, чтобы имела место уже генерализованная реакция в виде изменения популяции Т- и В-лимфоцитов, лейкоцитоза в крови (Гойденко В.С., Котенева В.М., 1982).

В реализации эффекта рефлексотерапии на иммунную систему доказано наличие трех механизмов: катехоламинового, кортикостероидного и эндорфинного. Их действие взаимосвязано и взаимозависимо.

Выделение фактора роста нервов, наряду с другими нейротрофическими факторами, по своей активности в 10 раз превосходящего дексаметазон, крайне важно.

Для всех БАВ существуют разные «мишени», что позволяет запускать сложный, взаимозависимый, генерализованный механизм иммунной и эндокринной защиты организма: последовательность и взаимозависимость гуморально-эндокринных, гуморально-иммунных, гуморально-нервных реакций. Последние могут включать экспрессию отдельных генов в сегментарных симпатических нейронах с усилением аксоплазматического транспорта, улучшением синтеза медиаторов, стимуляцией трофических влияний нервной системы на ткани.

В настоящее время продолжается процесс накопления сведений о гуморально-гормональных и иммунных реакциях организма на рефлексотерапию. Полученные сведения неоспоримо доказывают участие этих механизмов в реализации эффектов рефлексотерапии. В качестве примера может служить достаточно изученный механизм развития болевого синдрома и реакции организма на боль и активизация под влиянием РТ

антиноцицептивной системы: участие нейрональных механизмов (с медиаторными системами норадреналиновой, серотониновой, энкефалиновой), гипоталамо-гипофизарной (АКТГ, эндорфины, кортикостероиды) и иммунной систем (Козлов А.В., 1996).

4. Местная, сегментарная и общая реакция организма на рефлексотерапию

Условно можно выделить периферический и центральный уровни ответа организма на рефлексотерапию.

На периферическом уровне (местное действие) речь идет о раздражении рецепторных окончаний всей анатомической структуры ТА, выделении поврежденными тканями биологически активных веществ – простагландины, гистамин, норадреналин, нейротрофические факторы и др. (Гойденко В.С., 1988).

Ответная реакция неравнозначна и зависит от раздражаемых структур – место раздражения, степень раздражения, время раздражения (Котенева В.М., 1981).

Местное действие формируется за счет реакции окружающих тканей на БАВ, а также по типу аксон-рефлекса. Это действие имеет значение для местных патологических процессов.

Любое местное рефлекторное воздействие запускает механизм, включающий сегментарные, надсегментарные и корковые структуры.

На сегментарном уровне развивается соответствующая сегментарная реакция, включающая тесные взаимосвязи соматических и вегетативных структур на уровне сегментов спинного мозга: сомато-соматические, сомато-висцеральные, висцеро-соматические, висцеро-висцеральные.

Показано, что наиболее выраженные реакции развиваются на уровне сегментов, с которыми раздражаемые ТА имеют наиболее тесные связи. Поэтому сегментарный принцип подбора точек является одним из ведущих.

Сегментарной реакцией ответ на раздражение АТ не заканчивается. Развивается также общая реакция, включающая основные нейро-гуморальные механизмы адаптации и гомеостаза. Развитие общей реакции обусловлено эволюцией нервной системы – централизация, цефализация, взаимосвязь между высшими и нижележащими отделами ЦНС (Гойденко В.С., Котенева В.М., Ситель А.Б., 1982).

Таким образом, афферентная импульсация от периферического (местного) уровня через сегментарные структуры достигает надсегментарных (ретикулярная формация, таламус, гипоталамус, гипофиз и др.) и коры большого мозга (Гойденко В.С., Котенева В.М., 1982).

Учитывая плотность и функциональную дифференцированность рецепторного аппарата, расположенного в ТА лица, дистальных отделов конечностей, их влияние будет более мощным, вызывающим выраженные и многообразные рефлекторные реакции высших отделов НС, включая нейро-гуморальные (гипоталамус, гипофиз, голубое пятно и др.).

На высших уровнях (супрасегментарном, корковом) сохраняется соматотопический принцип организации нервной системы, а также конвергенция разномодальной импульсации на группы нейронов с сохранением принципа сомато-висцерального взаимодействия.

5. Влияние рефлексотерапии на висцеральные органы

Уже на протяжении XX века описан целый ряд экспериментов на животных и исследований на людях, которые свидетельствуют о влиянии воздействия с кожного покрова на внутренние органы (Самосюк И.З., Лысенюк В.Г., 1994; Qing shu C.J. trad. chin. Мед., 1989, 9, №1, p. 48-52; Yirhong J.J. trod. chin. Мед., 1988, 8 №1, p. 61-68).

Было показано, что воздействие на кожу различными раздражителями вызывает рефлекторные реакции в строго ограниченных участках кишечника. Смещение раздражения на 2-3 сегмента вызывало смещение реакции

кишечника в другую зону. Ответные реакции проявлялись в усилении или ослаблении перистальтики, сосудистой реакции в определенном сегменте кишечника, желудка (Манн Ф., 1977).

Раздражение кожи левой половины груди у крыс вызывало изменения ЭКГ (отрицательные Т-волны, атриовентрикулярная блокада, синусовая брадикардия и др.). Отмечались точечные кровоизлияния в перикард, микронекрозы в миокарде.

Вышеописанные рефлексы являются сегментарными кожно-висцеральными. Показан и обратный феномен: раздражение зоны кишечника вызывает спазм сосудов с побледнением кожи определенного сегмента (висцеро-кожный рефлекс).

Фундаментальные работы известных физиологов (Шеррингтон, Броун-Секар и др.) показали, что реакции со стороны внутренних органов на раздражение кожных зон могут носить сегментарный и межсегментарный характер. В их основе лежат принципы функциональной висцеро-соматотопии, полимодальной конвергенции раздражения и имеющаяся афферентная интеграция отдельных внутренних органов или их частей на определенные участки тела (кожа, мышцы, надкостница).

Аналогичные исследования были проведены с использованием акупунктурных точек. Описаны опыты на кроликах, у которых ишемия миокарда устранялась стимуляцией соответствующих АТ. Воздействие на региональные точки способно улучшать кровоток в конечностях при облитерирующих процессах (Мачерет Е.Л., 1981).

В клинических наблюдениях показан четкий спазмолитический эффект рефлексотерапии при язвенной болезни, улучшение моторной функции гастродуоденальной зоны (Емельяненко И.В., 1988).

Показано влияние РТ на фазы дыхания. Полученные данные свидетельствуют о специфичности разных ТА в их влиянии на фазовые отношения акта дыхания, его частоту. Показана реципрокность влияния на эти

отношения при стимуляции точек меридианов легких и толстой кишки (Бияшева З.Г., 1981).

В экспериментах и клинических исследованиях показано, что внутренние органы имеют представительство в коре головного мозга. Зоны представительства этих органов имеются и на скальпе, непосредственно над соответствующими зонами коры. Скальпоакупунктура оказывалась эффективной в лечении заболеваний внутренних органов (Yomura, 1989).

Аналогичные экспериментальные и клинические исследования показали реальность и эффективность аурикулярных зон (точек) при аурикулотерапии (Дуринян Р.А., 1982).

Таким образом, данные фундаментальной нейрофизиологии подтверждают результаты рефлексотерапии и дают четкую анатомо-физиологическую базу для применения РТ в висцеральной патологии (Анохин П.К., 1975).

Контрольные вопросы:

1. Какие наиболее чувствительные и возбудимые структуры нервной системы?
2. Что входит в структуру акупунктурной точки?
3. Как теория тканевой терапии объясняет механизм действия рефлексотерапии?
4. Как химико-гуморально-невральная теория объясняет механизм действия рефлексотерапии?
5. Как теория гистаминного выравнивания объясняет механизм действия рефлексотерапии?
6. Как психотерапевтическая теория объясняет механизм действия рефлексотерапии?
7. Как рефлекторная теория объясняет механизм действия рефлексотерапии?

8. Каков состав рефлекторной дуги?
9. Какова характеристика гуморально-гормонального механизма рефлексотерапии?
10. Какова характеристика местной, сегментарной и общей реакции организма при рефлексотерапии?

III. ПОКАЗАНИЯ К РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

В наши дни рефлексотерапия, не имеющая каких-либо серьезных противопоказаний и побочных эффектов, выступает и как самостоятельный метод лечения различных недугов, и как составная часть комплексного лечения. Рефлексотерапия широко применяется для лечения болезней периферической нервной системы, различных заболеваний внутренних органов; акупунктура успешно справляется с болями различных этиологий, нарушениями сна; оказывается эффективной для лечения расстройств центральной нервной системы (в частности, у детей).

Перинатальные поражения нервной системы у детей. В последние годы всё чаще новорожденным выставляется такой диагноз, как перинатальное поражение у ребёнка центральной нервной системы. Диагноз такого плана объединяет обширную группу разных по причине и происхождению отклонений головного и спинного мозга. Патология может возникнуть во время беременности, в родах и в первые сутки жизни малыша.

В развитии заболевания медиками выделяется три основных периода. Это острый период (1-й месяц), восстановительный (со 2-го месяца до 1 года у доношенных детей и до 2 лет у недоношенных) и конечный исход заболевания. В любом из периодов перинатальные повреждения отличаются разными клиническими проявлениями. Иногда у одного ребёнка наблюдается сочетание сразу нескольких синдромов. По их выраженности определяется тяжесть

повреждений нервной системы, назначается лечение и строятся прогнозы на будущее.

В зависимости от характера перинатального повреждения нервной системы каждый восстановительный период отличается своими особенностями.

I. Восстановительный период гипоксического поражения ЦНС:

- церебральная ишемия I степени;
- внутричерепные кровоизлияния гипоксического генеза.

II. Восстановительный период травматического поражения нервной системы:

1. Внутричерепная родовая травма.

2. Родовая травма спинного мозга:

- спинальный шок,
- дыхательные нарушения,
- двигательные и чувствительные нарушения,
- нарушения функции сфинктеров.

3. Родовая травма периферической нервной системы:

- паралич Эрба – Дюшенна,
- паралич Дежерин-Клюмпке,
- тотальный паралич плечевого сплетения,
- повреждение диафрагмального нерва,
- травматическое повреждение лицевого нерва,
- травматическое повреждение других периферических нервов.

III. Восстановительный период дисметаболических и токсико-метаболических нарушений центральной нервной системы.

IV. Восстановительный период поражения центральной нервной системы при инфекционных заболеваниях перинатального периода:

- энцефалит,
- менингит,
- менингоэнцефалит.

Рефлексотерапия показана (в зависимости от тяжести болезни и периода заболевания):

1. При легкой клинической форме (по степени тяжести) – в ее основе лежат нарушения гемоликвородинамики, обратимые морфофункциональные сдвиги.

2. При среднетяжелой форме – в ее основе лежат отечно-геморрагические явления, врожденная недостаточность функциональных систем, дистрофические изменения, очаговый глиоз мозга.

3. В остром периоде заболевания – от 7-10 дней до 1 месяца.

При синдромах острого периода:

- двигательные нарушения,
- общее угнетение центральной нервной системы (вялость, адинамия),
- гипертензионно-гидроцефальный синдром,
- повышенная нервно-рефлекторная возбудимость.

4. В подостром периоде заболевания:

- ранний восстановительный период – до 4 месяцев,
- поздний восстановительный – от 4 месяцев до 12-24 месяцев,
- период остаточных проявлений заболевания – более 1-2 лет.

При синдромах восстановительного периода:

- церебрастенический,
- вегетативно-висцеральный,
- двигательные нарушения,
- задержка психомоторного развития,
- задержание предречевого развития,
- нарушение преимущественно статико-моторных функций,
- нарушение преимущественно психики.

При синдромах в период остаточных проявлений заболевания:

- задержка темпов психофизического и речевого развития,

- энцефалопатия, проявляющаяся негрубой симптоматикой (рассеянными очаговыми микросимптомами, умеренной внутричерепной гипертензией, астено-невротическим синдромом, психопато- и неврозоподобными состояниями),

- поражения коры головного мозга, подкорковых структур, ствола мозга, мозжечка, спинного мозга периферической и вегетативной нервной системы,

- сочетанные поражения.

Рефлексотерапия успешно применяется для лечения различных заболеваний у детей. Благодаря бурной физиологической деятельности детского организма у них быстрее нормализуются нарушенные функции за счет больших внутренних энергетических ресурсов. В некоторых случаях рефлексотерапия оказывается предпочтительнее, чем медикаментозное лечение, например, при беспокойном сне, повышенной нервной возбудимости, частых простудных заболеваниях, аллергии.

Методы рефлексотерапии имеют широкие показания, хотя, конечно, не могут претендовать на всеохватность и применение при любой форме патологии. Предлагаемые показания (и противопоказания) учитывают соответствующие нормативные документы Министерства здравоохранения Российской Федерации, клинический опыт и научные разработки отечественных и зарубежных специалистов.

Показаниями к применению методов рефлексотерапии при лечении заболеваний нервной системы у детей являются:

1. Детский церебральный паралич (ДЦП).

2. Сосудистые заболевания головного и спинного мозга:

- начальные проявления недостаточности кровообращения головного и спинного мозга,

- преходящие нарушения мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки, гипертонические церебральные кризы),

- восстановительный период инсультов (геморрагический инсульт – нетравматическое кровоизлияние в головной и спинной мозг; субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние под оболочки головного и спинного мозга; ишемический инсульт – церебральный и спинальный; инсульт с восстановительным неврологическим дефицитом – «малый инсульт»,
- прогрессирующие нарушения мозгового кровообращения (дисциркуляторная энцефалопатия, дисциркуляторная миелопатия).

3. Болезни нервной системы и органов чувств и психические расстройства, в том числе:

- болезни вегетативной нервной системы,
- мигрень,
- истерия,
- неврастения,
- невропатии лицевого нерва,
- невралгия тройничного нерва,
- последствия перинатального поражения ЦНС, проявляющиеся периферическими поражениями нервов (травматические плекситы, травматические невриты малоберцового или седалищного нерва, лицевого нерва),
- задержка локомоторного развития,
- нарушение сна,
- неврозы (навязчивых состояний, истерический, фобический),
- тики,
- кардиалгия, кардионевроз
- аэрофагия, рвота, анорексия
- заикание (невротическое – логоневроз, неврозоподобное),
- энурез.

4. Вертеброгенные неврологические синдромы – рефлекторные болевые синдромы (без неврологического дефицита), из них: шейный, грудной и поясничный прострелы, цервикалгия, цервикокраниалгия,

цервикобрахиалгия, торакалгия, люмбалгия, люмбоишиалгия, сакралгия, кокцигоалгия.

5. Корешковые синдромы – вертеброгенные нарушения двигательного стереотипа, в том числе:

- мышечно-дистонические нарушения (гипертонический, гипотонический, гиперкинетический синдром),
- деформация позвоночника (сколиоз, кифоз, гиперлордоз, сочетанные деформации),
- нарушение подвижности позвоночника (синдром фиксации и нестабильности позвоночника).

6. Грыжи межпозвоночного диска.

7. Синдром спондилоартралгии.

8. Стеноз позвоночного канала.

9. Вертеброгенные нарушения корешкового, спинального и церебрального кровообращения (острые радикулоишемии, миелоишемии, восстановительный период острого нарушения вертебробазилярного кровообращения).

10. Вертеброгенные нейродистрофические синдромы (мышечные, связочно-суставные, вегето-сосудистые).

11. Вторичные компрессионно-ишемические невропатии (плексопатии, туннельные синдромы, множественные и многоуровневые радикулоневропатии).

12. Вертебрально-висцеральные синдромы.

13. Сочетанные вертеброгенные неврологические синдромы.

14. Основные заболевания позвоночника, в том числе:

- дисплазии позвоночника (фиброзная дисплазия, болезнь Шейерманна – Мау, спондилоэпифизарная дисплазия),
- воспалительные и паразитарные заболевания позвоночника (спондилит, анкилозирующий спондилоартрит, ревматоидный артрит, синдром Рейтера, псориатический полиартрит, энтерогенные артриты),

- эндокринно-метаболические остеодистрофии (гормональная спондилопатия, сахарный диабет, гиперпаратиреоз),
- неврогенная остеоартропатия,
- травматические повреждения позвоночника (ушиб мягких тканей; растяжение; разрыв связок; переломовывихи, листезы тел позвонков, грыжи диска),
- дистрофические заболевания позвоночника (остеохондроз, деформирующий спондилез, спондилоартроз, оссифицирующий лигаментоз, первичный деформирующий остеоартроз).

15. Поражение нервных корешков, узлов, сплетений, из них: менингоградикулиты, радикулиты (как правило, инфекционно-аллергического генеза, невертеброгенные), радикулоганглиониты, ганглиониты; плекситы, травмы сплетений.

16. Множественные поражения корешков, нервов, в том числе:

- инфекционно–аллергические полирадикулоневриты,
- инфекционные полиневриты,
- полиневропатии,
- токсичные,
- медикаментозные,
- аллергические (от вакцин, сывороток, медикаментов и др.),
- дисметаболические – при дефиците витаминов, эндокринных заболеваниях (сахарный диабет и др.), болезни печени, почек и др.,
- дисциркуляторные – при узловом периартериите, ревматических и других васкулитах,
- идиопатические и наследственные формы.

17. Поражение отдельных спинномозговых нервов (травматические компрессионно-ишемические, воспалительные).

18. Поражение черепных нервов, в том числе: невралгия тройничного нерва и других черепных нервов, невриты, невропатии, прозопагии,

ганглиониты, сочетанные и другие формы прозопалгий, стоматалгия, глоссалгия.

19. Черепно-мозговая травма (сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга, последствия черепно-мозговой травмы, астенический синдром, синдром вегетативной дистонии, психопатологический синдром).

20. Синдром вегетативной дистонии (психовегетативный синдром, синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности, вегетативно-сосудисто-трофический синдром).

21. Наследственные нервно-мышечные заболевания (невральные амиотрофии, прогрессирующие мышечные дистрофии, спинальные амиотрофии, миопатии).

У большинства детей к годовалому возрасту проявления перинатальных отклонений центральной нервной системы постепенно проходят, иногда сохраняются лишь их незначительные проявления.

Наиболее частыми последствиями перинатальных повреждений центральной нервной системы у детей являются:

- задержка психического развития,
- задержка двигательного развития,
- задержка речевого развития,
- видимый церебрастенический синдром (проявляется в перепадах настроения, двигательном беспокойстве, тревожном сне, метеозависимости).

Может развиваться синдром гиперактивности и дефицита внимания. Это такое нарушение работы центральной нервной системы, которое проявляется агрессивностью, излишней импульсивностью, проблемами с концентрацией и поддержанием внимания, невозможностью нормально учиться и запоминать информацию.

Самыми неблагоприятными исходами могут стать: эпилепсия, детский церебральный паралич, гидроцефалия.

Контрольные вопросы:

1. При каких симптомах родовой травмы спинного мозга показана рефлексотерапия?
2. При каких травмах периферической нервной системы показана рефлексотерапия?
3. Дайте характеристику каждого из восстановительных периодов перинатальных поражений центральной нервной системы у детей.
4. При каких сосудистых заболеваниях головного и спинного мозга показана рефлексотерапия?
5. При каких видах черепно-мозговых травм показана рефлексотерапия?
6. При каких вертеброгенных неврологических синдромах показана рефлексотерапия?
7. Назовите наследственные нервно-мышечные заболевания, при которых показана рефлексотерапия.
8. При каких основных заболеваниях позвоночника показана рефлексотерапия?
9. Каковы наиболее частые последствия перинатальных повреждений центральной нервной системы у детей?
10. Что является самыми неблагоприятными исходами заболевания?

IV. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Рефлексотерапию у детей лучше проводить в одно- или двухместных кабинетах, так как если во время сеанса иглоукалывания заплачет один из детей, то тут же его поддержат другие. Кабинет должен быть чистым, светлым, с хорошим и большим набором игрушек, стены кабинета окрашены в приятные тона. Для успешного проведения курса лечения весьма важной бывает первая

процедура, так как от нее зависит отношение ребенка и матери к лечению. Нужно добиться максимального контакта с ребенком, убедить его в необходимости и безболезненности процедуры, получить согласие ребенка на проведение процедуры, что будет выражаться, в зависимости от возраста, по-разному: у не умеющих говорить в улыбке при взгляде на врача, а у умеющих говорить в слове «да». Для этого всем детям необходимо проводить перед лечением психотерапию и отводить на нее необходимое и достаточное количество времени.

Мать ребенка и детей старшего возраста знакомят с правилами поведения во время процедуры, используя пример других детей, раньше начавших лечение. При выраженной негативной реакции ребенка в первые 1-2 процедуры иглоукалывание не делают, а проводят психотерапию.

Детям с резидуальной органической церебральной симптоматикой после длительного пребывания в стационаре иногда приходится проводить медикаментозную седативную терапию, чтобы снять страх перед процедурой.

У большинства детей для снятия негативной реакции бывает достаточно показать детей, спокойно сидящих с иглами. Для психотерапии привлекают и родителей, проведя с ними необходимый инструктаж.

Рефлексотерапию проводят сидя на стуле или лежа на кушетке. Обязательным во время процедуры является присутствие медицинской сестры или матери ребенка, которые следят за тем, чтобы ребенок во время спонтанных хаотических движений конечностями не поранил себя, не сместил иглы, не вытянул их, не взял в рот. Если это дети грудного возраста, они должны быть обязательно зафиксированы во время процедуры, что делает медицинский персонал или родители. Для этого обучают одного из родителей как фиксировать детей в положении сидя на стуле: ноги ребенка фиксируют между своими коленками, одной рукой обхватывают туловище ребенка, фиксируя его руки, а другой рукой фиксируют его голову. Когда сеанс начался и ребенок успокоился (играет с игрушками, слушает сказки), можно не фиксировать ребенка, продолжая внимательно контролировать его поведение.

Даже при хорошей реакции ребенка в первые 1-2 процедуры берут только 1-2 точки общего воздействия, используя минимальное время экспозиции иглы (3-5 минут) для того, чтобы ребенок успокоился и оценить его реакцию на рефлексотерапевтическое воздействие (JI10,11).

Наряду с вышеперечисленными возможными осложнениями при проведении рефлексотерапии у детей встречаются: местные венозные кровоизлияния; вегетативные реакции в виде побледнения кожных покровов, похолодания конечностей; очень редко бывают судорожные припадки, в основном у детей, склонных к судорожной активности, имеющих в анамнезе эпилепсию; возможна задержка иглы при ее извлечении при выраженном мышечно-тоническом синдроме, например, у детей с детским церебральным параличом; у этой же категории больных с грубой задержкой психического развития возможна устойчивая, резко выраженная негативная реакция на любые инъекции, в том числе и на иглоукалывание. Возможны и чисто технические осложнения: искривление, поломка игл.

Противопоказаниями к проведению рефлексотерапии у детей служат следующие состояния и заболевания:

- онкологические заболевания,
- острые инфекционные заболевания,
- органические заболевания центральной нервной системы с грубой задержкой психического развития,
- нарушение свертываемости крови,
- декомпенсация сердечно-сосудистой и дыхательной системы, других внутренних органов,
- болезни крови и кроветворных органов,
- острые психические состояния,
- гнойничковые заболевания кожи,
- резкое истощение,
- устойчивая выраженная негативная реакция на иглоукалывание.

Основу метода рефлексотерапии составляет учение о значении трех компонентов:

- место воздействия – точка, зона акупунктуры,
- метод воздействия – характер раздражения (тормозное, возбуждающее), метод осуществления воздействия,
- момент воздействия – исходное функциональное состояние организма (общая реактивность, степень зрелости центральной и периферической нервной системы, тип высшей нервной деятельности).

Поиск точек акупунктуры проводят по анатомо-топографическим признакам и путем использования пропорциональных мерных отрезков или с помощью аппаратов электроакупунктурной диагностики и терапии (Рефлекс-3, Элита-4).

Иглотерапия у детей до 3 лет должна проводиться тонкими острыми иглами длиной 15 мм с длиной рукоятки 25-30 мм, у детей старше 3 лет – обычными иглами, выпускаемыми медицинской промышленностью. При лечении применяют возбуждающий и тормозной методы воздействия. Техника возбуждающего метода заключается в следующем: укол иглой наносится строго перпендикулярно кожному покрову (вне проекции сосудов, нервных стволов, родничка), легко быстро с одновременной вибрацией и быстрым извлечением.

Количество точек раздражения зависит от возраста детей: до 3 лет – до 5 точек, старше 3 лет – до 8 точек на процедуру. Длительность воздействия составляет от нескольких долей до секунды. При тормозном методе воздействия иглу в месте раздражения оставляют: у детей в возрасте до 1,5 лет – до 5 минут, в возрасте от 1,5 до 3 лет – до 10 минут, старше 3 лет – до 15 минут. Количество точек воздействия составляет от 2 до 8 на процедуру в зависимости от возраста ребенка: у детей до 1,5 лет – 2-4 точки, от 1,5 до 3 лет – 6-8 точек.

Для того чтобы введение иглы было менее болезненным, хорошо использовать направлятели для игл. Глубина введения иглы в ткани у детей до

1,5 лет составляет от нескольких долей миллиметра до 0,5 мм, в возрасте от 1,5 до 3 лет – 1 мм, старше 3 лет – до 5 мм. При применении этих методов иглоукалывания у детей преднамеренных ощущений не добиваются (ломота, распирание, прохождение электрического тока).

При проведении лечения учитывают анамнестические данные, общее состояние ребенка, особенности индивидуальной реактивности, тип высшей нервной деятельности. Опытным путем установлено, что оптимальный курс лечения состоит из 10 процедур, проводимых через день или каждый день. В год можно проводить 4-6 курсов лечения.

Каждый из методов рефлексотерапевтического воздействия применяют как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами лечения. Эффективно сочетание рефлексотерапии с лечебной физкультурой, массажем, тепловыми процедурами, мануальной терапией. Лечебная физкультура, мануальная терапия проводятся после сеанса рефлексотерапии; массаж, тепловые процедуры – до сеанса.

В сочетании с классическим методом акупунктуры или самостоятельно применяют рефлекторное воздействие с помощью специального акупунктурного молоточка (по Л.М. Клименко, 1984). Используемый молоточек состоит из головки, в которую вмонтировано 7-13 иглолечек, слегка притупленных, которым можно воздействовать не только на местные и отдаленные точки, но и на обширные участки поверхности тела, соответствующие проекционным зонам поражения нервов или определенному уровню нарушенной сегментарной иннервации.

У детей в возрасте до 3 лет на каждую поверхность или локальные точки воздействуют молоточком до степени легкой эритемы, у детей старше 3 лет – до степени выраженной эритемы. Время воздействия зависит от реактивности и функциональной подвижности нервной системы, силы воздействия. Процедуры проводят в положении ребенка сидя или лежа на кушетке. Рефлексогенную зону воздействия предварительно обрабатывают 75% этиловым спиртом. Раздражение молоточком наносят строго перпендикулярно кожной

поверхности в определенном направлении: по соответствующим точкам, зонам, линиям проекции корешковых нервов.

Наряду с перечисленными выше методами рефлекторного воздействия применяют микроиглотерапию – одну из разновидностей рефлексотерапии, метод длительного воздействия на точки акупунктуры специальными иглами (микроиглами). Метод микроиглотерапии, его применение в лечебной работе, микроиглы разработаны на кафедре рефлексологии и мануальной терапии РМАПО (Гойденко В.С., 1979). Раздражение микроиглами точек акупунктуры создает искусственную длительно существующую доминанту, которая влияет на режим работы патологических функциональных систем. В результате этого возникают условия для снятия или уменьшения болей, явлений гиперкинеза, нормализации функционального состояния нервной системы, мышечного сосудистого тонуса, снятия или уменьшения частоты проявлений патологических синдромов (Гойденко В.С., Котенева В.М., Ситель А.Б., 1982).

Для микроиглотерапии используют специальные микроиглы, выпускаемые отечественной промышленностью. Иглы выбирают с учетом возраста детей и толщины кожного покрова на участке тела, где осуществляется воздействие. Процедуру проводят в удобной для больного позе, позволяющей достичь хорошего расслабления: сидя или лежа. Кожу в месте введения микроиглы и в окружности 1 см² дезинфицируют 5% йодом и 75% этиловым спиртом. Затем берут иглу пинцетом и вводят подкожно под углом 5-15°, после чего иглу заклеивают лейкопластырем. Число игл на одну процедуру составляет от 1 до 6. Больным в возрасте до 1,5 лет микроиглы ставят на 1-2 дня, от 1,5 до 3 лет – на 3-4 дня, старше 3 лет – до 7 дней. После введения микроигл и на протяжении всего срока воздействия никаких неприятных ощущений, покраснения кожных покровов, кровотечения не отмечается. После извлечения микроигл место введения обрабатывают 75% этиловым спиртом и оставляют открытым для заживления. Микроиглы вводят в те же точки, что и при тормозном методе воздействия классической акупунктуры. К этому методу прибегают в клинически тяжелых случаях, при

наличии стойких контрактур, при недостаточно выраженной положительной клинической динамике.

Следует учитывать, что некоторые пациенты не переносят отдельные виды или любой из методов рефлексотерапии. У них могут развиваться сосудистые реакции вплоть до шока и коллапса, а также аллергические реакции в виде локальных кожных высыпаний на месте воздействия или генерализованных процессов по типу анафилаксии или токсико-аллергического дерматита. Во избежание этого необходимо тщательно изучить анамнез больного.

Контрольные вопросы:

1. Что составляет основу метода рефлексотерапии?
2. Какие имеются противопоказания к применению методов рефлексотерапии?
3. Какие осложнения возможны при проведении рефлексотерапии?
4. Какова характеристика места воздействия?
5. Какова характеристика метода воздействия?
6. Какова характеристика момента воздействия?
7. Какие способы поиска точек акупунктуры Вы можете назвать?
8. Какова характеристика тормозного метода воздействия?
9. Какова характеристика возбуждающего метода воздействия?
10. С какого возраста можно применять методы рефлексотерапии?

V. РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ РОДОВЫХ ПЛЕКСИТОВ

Родовые плекситы занимают одно из основных мест в перинатальной патологии нервной системы.

Родовые плекситы у детей полиэтиологичны. Они могут быть вызваны различными патологическими процессами, обуславливающими патологические

роды и родовой травматизм, а также наличием факторов риска, наибольшее количество которых приходится на период родов. Среди факторов риска важное значение имеют масса плода, предлежание, несоответствие размеров плода родовым путям матери, слабость родовой деятельности.

Основную роль в патогенезе родовых травматических плекситов играет механический (пусковой) фактор, обусловленный наиболее часто акушерскими приемами (пособиями) и манипуляциями, которые приводят к внутричерепной травме, травме шейного отдела позвоночника, корешков, нервных стволов шейного и плечевого сплетений. Вследствие механических повреждений развиваются вегето-сосудистые нарушения, которые вызывают изменения центральной и периферической гемодинамики, особенно микроциркуляции, а также состояния нервно-мышечного аппарата. Это приводит к выраженному нарушению функции верхней конечности, что способствует грубой деформации осанки. В зависимости от локализации механического повреждения развиваются различные клинические формы: парциальные или тотальные парезы и параличи.

1. Клинические формы

Согласно Международной классификации болезней МКБ-10 (ВОЗ, Женева, 1995 г.) рассматриваемая патология представлена в следующем разделе:

- Класс XVI. Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде.
- P10-P15. Родовая травма.
- P14. Повреждение плечевого сплетения.
- P14.3. Паралич Эрба – Дюшенна. Паралич Дежерин-Клюмпке.
- P14. Паралич Эрба (син.: синдром верхней части плечевого сплетения) – паралич верхнеплечевого сплетения (C4, C5 и C6 спинномозговых нервов или верхнего первичного ствола сплетения).

- P14.1. Паралич Клюбке (син.: синдром нижней части плечевого сплетения) – паралич нижнеплечевого сплетения (C7, C8 и Th1 спинномозговых нервов или нижних первичных стволов сплетения).

В клинической практике выделяют третью форму родового плексита – тотальный паралич (поражение всего плечевого сплетения на одной стороне).

Для получения наиболее эффективных результатов лечения при комплексном лечении детей с родовыми плекситами целесообразно выделить три возрастные группы: до 1,5 лет, с 1,5 до 3 лет, с 3 до 5 лет.

2. Тактика лечения, принцип выбора методов и точек воздействия и их сочетания

Рациональный выбор методов, точек воздействия и их сочетания проводят с учетом современных данных о патогенезе заболевания и результатов электрофизиологических исследований, клиники заболевания и его осложнений, тяжести поражения, общего состояния организма на момент воздействия, стадии развития и выраженности патологического процесса, его динамики во время лечения.

Одним из главных, решающих факторов, определяющих тяжесть поражения и исход лечения, является наличие контрактур. Современные представления о механизме образования контрактур, практический опыт применения рефлексотерапии при лечении родовых плекситов показали необходимость сочетания в одной процедуре классических методов рефлексотерапии (тормозного, возбуждающего).

Эффект от стимуляции паретичных мышц выше, если каждую процедуру начинают с тормозного метода воздействия в целях релаксации мышц антагонистов, играющих главную роль в механизме образования контрактур. На кафедре рефлексологии и мануальной терапии РМАПО на основании полученных положительных результатов лечения родовых плекситов этим

способом было разработано и внедрено в практику рационализаторское предложение.

Анализ клинико-электрофизиологических показателей в процессе лечения позволил определить оптимально-эффективный комплекс восстановительной терапии как традиционными методами, так и методами рефлексотерапии и их сочетания в зависимости от тяжести поражения.

При I степени тяжести поражения (легкая) назначают лечебную физкультуру, массаж, тепловые процедуры (парафин, озокерит), ортопедические мероприятия, витаминотерапию, антихолинэстеразные препараты, электрофорез с йодидом калия. Использование в лечении классических методов рефлексотерапии дает значительный терапевтический эффект.

Точки общего действия используют в каждой процедуре для оптимизации общего и физического развития. Целесообразно также воздействовать с помощью акупунктурного молоточка.

При лечении детей с родовыми плекситами II и III степени тяжести поражения для достижения успеха необходимо воздействовать на все звенья патогенеза заболевания. Проводят следующую комплексную терапию: лечебная физкультура, массаж, тепловые процедуры, ортопедические мероприятия. Из медикаментозных средств применяют витамины, спазмолитики, антихолинэстеразные препараты, биогенные стимуляторы, рассасывающие средства, анаболические гормоны.

Использование классических методов рефлексотерапии и поверхностного воздействия акупунктурным молоточком может быть недостаточным. Необходимо проведение воздействия на точки воротниковой зоны для нормализации кровообращения в системе позвоночных артерий.

Для усиления лечебного эффекта в сочетании с этими методами показан пролонгированный метод рефлекторного воздействия – микроиглотерапия.

Особенности клиники заболевания, динамика ее изменений в процессе лечения, данные электрофизиологических методов исследования

свидетельствуют о том, что лечение должно быть строго индивидуальным и правильнее будет предложить тактику и принципы лечения, а не давать схемы (рецепты) лечения, которые уведут врача от творческого подхода к использованию методов рефлексотерапии. Предлагаем сочетание точек при лечении ведущих симптомов заболевания. Выбор методов рефлексотерапии, точек акупунктуры, их сочетания, зоны воздействия должен проводиться для каждого больного индивидуально после предварительного клинического осмотра, электрофизиологического исследования с оценкой степени тяжести поражения.

Применение рефлексотерапии в лечении родовых плекситов дает возможность избирательно, локально и, очень важно, одновременно воздействовать на многие группы мышц, находящиеся в различном функциональном состоянии, и на основные звенья патогенеза.

При затруднении отведения плеча кнаружи целесообразно воздействие более сильным (тормозным) методом (второй вариант) на следующие точки: R24, R25, R26; E14, E15, E16, E17, E18; RP17, RP18, RP19, RP20; V17, V18, V19, V20, V21, V46, V47, V48, V49, V50; VB25; IG9, IG10 – и слабым (возбуждающим) методом (первый вариант) на точки: IG10, IG11, IG12, IG13, IG14, IG15.

В случае нарушения отведения в плечевом суставе воздействие проводят возбуждающим методом (первый вариант) на точки: GI14, GI15, GI16; IG13, IG14, IG15, IG16; TR14, TR15.

При недостаточном сгибании в плечевом суставе (движении вперед) показан возбуждающий метод (первый вариант) на точки: P2, P3, P4, P5; E14; V46; C2; GI14, GI15, GI16.

Если нарушено разгибание в плечевом суставе, необходимо воздействие возбуждающим методом (первый вариант) на точки: TR12, TR13, TR14; IG10, IG11, IG13, IG14, IG15.

В случае нарушения сгибания в локтевом суставе целесообразно воздействовать возбуждающим методом (первый вариант) на точки: MC2, MC3; P5, P6, P7; C3, C4.

При явлениях сгибательной контрактуры показано тормозное воздействие на точки: MC2, MC3, MC6; P5, P6, P7, P8; C3, C4, C5, C6 – и возбуждающее – на точки: TR10, TR11, TR12, TR13; GI12, GI13.

Если нарушена функция движения в лучезапястном суставе, необходимо сочетание методов воздействия (тормозной, возбуждающий) на определенные точки в зависимости от преобладания в клинической картине явлений пареза или контрактуры.

При контрактуре сгибателей кисти проводят тормозное воздействие на точки: C4, C5, C6, C7; MC4, MC5; P6, P7, P8; GI7, GI8, GI9, а затем для усиления функции мышц антагонистов (разгибателей кисти) возбуждающее воздействие на точки: IG6, IG7, IG8; TR5, TR6, TR7, TR8, TR9, TR10; GI6, GI7, GI8, GI9, GI10, GI11.

Если в клинике заболевания имеется затруднение сгибания и разгибания кисти, то на те же точки показано возбуждающее воздействие. Наиболее часто у детей с родовым плекситом наблюдается локтевое приведение кисти. В таких случаях проводят сильное (тормозное) воздействие на точки: IG6, IG7, IG8; C4, C5, C6, C7; MC4, MC5, MC6, MC7 – и заканчивают процедуру воздействием возбуждающим методом на точки: TR4, TR5, TR6, TR7, TR8; IG6, IG7, IG8.

При затруднении отведения большого пальца весьма эффективно воздействие тормозным методом на точку GI4, а затем возбуждающим – на точки P7, P8, P9, P10.

Если ограничено разгибание пальцев, применяют возбуждающий метод воздействия на точки: GI1, GI2, GI3; IG1, IG2, IG3, IG4, IG5. Для усиления эффекта лечения процедуру начинают с тормозного метода воздействия на точки: C5, C6, C7; MC5, MC6, MC7.

При недостаточности сгибания и разгибания пальцев на те же точки показано воздействие возбуждающим методом.

По данным исследований, у детей с родовыми плекситами имеется нарушение кровообращения в системе позвоночных артерий и выявлена зависимость от тяжести поражения. Поэтому при II и III степени тяжести поражения при родовых плекситах необходимо использовать точки воротниковой зоны. Воздействие проводится тормозным методом на точки: T13, T14, T15; V13, V11, V10, VB21.

Для проведения микроиглотерапии наиболее часто применяют точки: GI14, GI10, GI11; RP25, RP26; MC2, MC5, MC6; E14; VC14; V11, V17, V18, V20; P1.

Контрольные вопросы:

1. Какие клинические формы родовых плекситов?
2. Поражение каких корешков шейного отдела позвоночника может приводить к параличу Эрба – Дюшенна?
3. Поражение каких корешков шейного отдела позвоночника может приводить к параличу Дежерин-Клюмпке?
4. Поражение каких корешков шейного отдела позвоночника может приводить к тотальному параличу?
5. Какая тактика лечения родовых плекситов?
6. Каков принцип выбора и сочетания точек?

VI. РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ТИКОВ

1. Этиопатогенез

Тики – непроизвольные, кратковременные, повторяющиеся, неритмичные подергивания (моторные тики) или звуки, вызванные сокращением мышц гортани и глотки и движением воздуха через верхние дыхательные пути (вокальные тики).

Первое подробное описание клинической картины заболевания было сделано Туреттом в 1885 году. Распространенность тиков в популяции составляет 4-20% (Плехов О.Л.,1999). Тики, как правило, возникают в возрасте 4-15 лет. Наиболее часто страдают лица мужского пола.

Проблемными остаются вопросы этиологии и патогенеза данного заболевания. Наиболее часто тики являются первичными (идиопатическими), реже они возникают на фоне органического поражения головного мозга (вторичные тики): перинатальное поражение мозга, инфекции, травмы, интоксикации, цереброваскулярные заболевания, нейродегенеративные заболевания, шизофрения.

В настоящее время считают, что в основе данного заболевания лежит органическое поражение головного мозга, причем наибольшую роль играет дисфункция кортико-стриато-паллидо-таламо-фронтальных кругов (Шток В.Н., 1998).

Гиперкинезы вызываются усилением активности дофаминергической системы или снижением активности ГАМК-ергической и холинергической систем (Шток В.Н., Зыков В.П., 1999).

Немаловажную роль в возникновении тиков играет генетический фактор.

По данным В.П. Зыкова (1999), наследственность по тикам у мальчиков встречается в 5 раз чаще, чем у девочек. Генеалогический анализ свидетельствует об аутосомно-доминантном типе наследования с неполной пенетрантностью гена.

2. Клинические формы

Тики делятся на **моторные** и **вокальные**. Каждая из этих групп подразделяется на **простые** и **сложные** тики.

Простой моторный тик реализуется только одной группой мышц (пожимание плечами, моргание).

Сложный моторный тик реализуется несколькими группами мышц и может выглядеть как движение (замахивание, подпрыгивание).

Простой вокальный тик представляет собой звук (фырканье, покашливание).

Сложный вокальный тик – слова или части слов.

Большинство тиков принадлежит к так называемым первичным тикам. У больных с первичными тиками нет других неврологических симптомов.

Выделяют следующие **клинические формы первичных тиков**:

1. Транзиторные, моторные или вокальные тики, возникающие у детей от 2 до 16-17 лет и сохраняющиеся не более 1 года.

2. Хронические моторные или вокальные тики, возникающие в детском или юношеском возрасте и сохраняющиеся без длительных ремиссий более 1 года или всю жизнь.

3. Синдром Туретта представляет собой вариант хронических тиков, при котором сочетаются моторные и вокальные тики.

У больных с вторичными тиками имеются другие неврологические симптомы. Выделяют **две группы вторичных тиков**:

1. Вторичные тики, вызванные заболеваниями известной этиологии (интоксикации, травмы, инфекции, перинатальное повреждение мозга, цереброваскулярные заболевания) или применением лекарств (нейролептики, антиконвульсанты, психостимуляторы).

2. Тики при нейродегенеративных заболеваниях.

3. Клиническая картина

Наиболее часто первые симптомы заболевания возникают в возрасте от 6 до 11 лет и проявляются простыми моторными тиками: учащенное моргание, нахмушивание бровей, скрежет зубами, подергивание головой, пожимание плечами.

По мере прогрессирования заболевания тики становятся сложными, разнообразными с вовлечением мышц шеи, туловища, конечностей, что клинически представлено внезапными прикасаниями к предметам, людям, прыжками, поворотами и вращениями во время ходьбы, кривлянием.

Вокальные тики проявляются позднее – через несколько месяцев, лет. У части больных вокальные тики могут быть дебютным проявлением заболевания (Витовский И.А., 1999).

Простые вокальные тики представлены звуками, напоминающими откашливание, сопение, фыркание, свист.

Сложные вокальные тики проявляются в виде произвольного произношения слов, фраз, в виде атипичной речи, изменения ритма, ударения, интонации.

Наличие вокальных тиков является неблагоприятным прогностическим фактором.

Течение простых тиков волнообразное с периодами усиления и ослабления. По данным некоторых авторов (Зыков В.П., 1999; Левин О.С., 2000), усиление тиков отмечается в подростковом возрасте, уменьшается в юношеском и молодом возрасте. При достижении взрослого возраста в четверти случаев тики исчезают, у половины больных уменьшаются и у оставшейся четверти больных сохраняются на протяжении всей жизни. Данное заболевание часто сопровождается когнитивными нарушениями, синдромом гиперактивности и нарушением внимания, обсессивно-компульсивным синдромом, что часто приводит к социальной дезадаптации больного, затрудняя общение в коллективе, овладение профессиональными навыками.

4. Лечение

Вопрос о методах лечения первичных тиков до сих пор остается дискуссионным, так как этиология и патогенез данного заболевания до конца не выявлены.

При решении вопроса о лечении заболевания нужно подходить индивидуально в зависимости от дезадаптирующего влияния тиков и сопутствующих психических изменений.

Современный комплекс медикаментов включает нейролептики (галоперидол, пимозид, тиаприд, фторфеназин, модитен, эглонил, трифтазин, молиндон); стимуляторы альфа-2-адренорецепторов (клонидин, гуанфацин); агонисты дофаминергических рецепторов (перголид).

Используют при лечении тиков баклофен, ботулотоксин. Рекомендуется начинать лечение с монотерапии. К основным недостаткам медикаментозной терапии относятся недостаточная эффективность и множество побочных эффектов (раздражительность, прибавка в массе тела, седативный эффект, паркинсонизм, головная боль, аллергические реакции). Широко используется при лечении тиков рефлексотерапия, которая имеет неоспоримое преимущество по сравнению с медикаментозной терапией – не дает побочных эффектов и наиболее эффективна.

Наиболее выраженный положительный клинический эффект удается достичь в ранние сроки заболевания, поэтому рефлексотерапию надо начинать при первых проявлениях заболевания, независимо от возраста больного.

Используется тормозной метод воздействия с помощью иглорефлексотерапии и микроиглотерапии, аурикулорефлексотерапии.

Оптимальный курс лечения должен состоять из 10 сеансов, проводимых через день. В течение года показано 3-4 курса лечения. Перерыв между курсами определяется индивидуально в зависимости от клинических проявлений заболевания и результатов проведенного лечения.

Рефлексотерапию желательно проводить самостоятельно до применения медикаментозной терапии, используя местные, сегментарные и точки общего действия. Продолжительность процедуры 15-20 минут в зависимости от возраста ребенка. Микроиглотерапия и аурикулорефлексотерапия применяются как в сочетании с иглотерапией, так и самостоятельно. Количество точек при микроиглотерапии и время их воздействия зависят от возраста больного и

тяжести поражения. Рефлексотерапия дает положительный эффект не только на клинические проявления самих тиков, но и сопутствующие изменения: когнитивные нарушения, гиперактивность и нарушение внимания, обсессивно-компульсивный синдром.

Наиболее эффективна рефлексотерапия при первичных тиках: транзиторные моторные и вокальные тики, синдром Туретта. Полиморфизм клинических проявлений заболевания свидетельствует о том, что лечение должно быть индивидуальным, поэтому мы предлагаем перечень наиболее часто используемых точек при лечении ведущих симптомов заболевания.

У большинства больных отмечаются **тики мимической мускулатуры (зажмуривание, моргание, движение носом) и в области плечевого пояса и рук**. При этом эффективны следующие точки для корпоральной акупунктуры: VB11,10,14,20,21. V1,2. GD11,12,15,16,20. GI9,10,18. E2,3,4. TR8,12,17,22,23. VG13,14,15. P1,2,5. C7. MC3,4; для микроиглотерапии: VB13,14,21. VI. E2,3. TR8,12,23. P2; для АТ: шэнь-мэнь, седативная точка, глаза, носа, плеча.

При простых и сложных **вокальных тиках** эффективны следующие точки для корпоральной акупунктуры: V12,13,14,41,42,43. GI14. VC21,22. R26,27. E11,12,13,14,15. VB20,21; для микроиглотерапии: VB14. V11,12. R20,27. VC21. MC6. GI17; для АТ: легких, бронхитов, желез внутренней секреции, шэнь-мэнь.

При **обсессивно-компульсивном синдроме** (навязчивые страхи перед загрязнением, навязчивые желания совершать действия в строго определенном порядке, проверка и перепроверка своих действий) эффективны следующие точки для корпоральной акупунктуры: C4,6,7,9. GI10,11,13. MC4,5,6,7. E36,41. RP4,6. VB20,21. C3,7,8; для микроиглотерапии: P2, VB20,21. C3,7. E36, TR5,6; для АТ: шэнь-мэнь, коры головного мозга.

При **синдроме гиперактивности и нарушении внимания** (неусидчивость, суетливость, эмоциональная лабильность, раздражительность, нетерпимость) эффективны следующие точки для корпоральной акупунктуры: VB10,12,20,21. VG13,14. GI10,11,12. RP4,6. MC3,4,5,6,7,8. C7,8,9; для

микроиглотерапии: GI11. E36. TR6; для АТ: седативная, коры, подкорки, шэнь-мэнь.

Контрольные вопросы:

1. Этиопатогенез тиков.
2. Какие клинические формы тиков Вы можете перечислить?
3. Какова характеристика синдрома Туретта?
4. Медикаментозное лечение тиков.
5. В чем заключается рефлексотерапия тиков?
6. Что включает медикаментозный комплекс в лечении тиков?

VII. ЭНУРЕЗ НОЧНОЙ

Энурез ночной – непроизвольное мочеиспускание во время дневного или ночного сна. Встречается в среднем у 5-7% детей, чаще у мальчиков. Как болезнь диагностируется с 4 лет жизни.

В возникновении ночного энуреза играют роль психогенные нарушения, наследственная отягощенность, дефекты воспитания и органическая церебральная дисфункция.

Выделяют две формы энуреза ночного:

- первичный, который начинается с рождения без светлого промежутка,
- вторичный, наступающий после выработки навыка опрятности.

Чаще встречается первичный.

В зависимости от этиологии возникновения различают энурез:

- невротический,
- неврозоподобный.

Регуляция функции мочевого пузыря осуществляется многими нервными образованиями, в том числе корково-подкорковыми центрами (верхняя часть

передней центральной извилины – ее медиальная межгемисферная поверхность; ядра гипоталамуса, гипофиз), вегетативной нервной системой (парасимпатическими нервными волокнами сегментов SIII - SV симпатическими образованиями из сегментов LI - LIII). Нарушение функции одного из звеньев в регуляции мочеиспускания, по-видимому, приводит к ночному недержанию мочи. Установлено, что симпатический центр регулирует расслабление мышцы, выталкивающей мочу, и сокращение сфинктера мочевого пузыря, а парасимпатический, наоборот, сокращает мышцу, выталкивающую мочу, и расслабляет сфинктер.

У детей в течение первых 6 месяцев жизни мочеиспускание происходит по типу безусловного рефлекса автоматически, во втором полугодии дети перед мочеиспусканием ощущают позывы, т.е. идет выработка условного рефлекса. Затем формируются навыки опрятности, и ребенок уже может подавлять потребность к мочеиспусканию. На основании этих данных было выделено понятие «корковый центр мочеиспускания», куда во время сна поступают импульсы раздражения от мочевого пузыря. В ответ на эти раздражения может наступить пробуждение или подавление импульса к мочеиспусканию (расслабление детрузоров).

При энурезе ночном неврозоподобного характера, когда преобладает процесс торможения, вследствие, например, глубокого сна, деятельность «коркового центра мочеиспускания» растормаживается, а функционирование мочевого пузыря более подвластно парасимпатической вегетативной нервной системе, и происходит непроизвольное мочеиспускание. Полагают, что нарушение сна возникает раньше энуреза ночного, чему способствует легкая степень органической церебральной дисфункции (органический фон). Это приводит к задержке выработки условного рефлекса на наполнение мочевого пузыря во сне.

При невротическом ночном энурезе дети болезненно переживают свой дефект, у них поверхностный, беспокойный сон, может возникнуть комплекс неполноценности. Эти дети застенчивы, не уверены в своих силах.

При неврозоподобном энурезе ночном ребенок индифферентно относится к своему состоянию.

Комплекс лечения энуреза ночного включает в себя:

- режимно-гигиенические рекомендации,
- психотерапию,
- медикаментозные препараты,
- физиотерапию, ЛФК,
- оздоровительные мероприятия.

Режимно-гигиенические рекомендации: за 4-6 часов до сна исключается жидкая пища, а за 1 час до сна ребенок должен дважды помочиться. Спать рекомендуется на жесткой постели. Эти рекомендации общие для обеих форм.

При невротическом энурезе ночном ребенка нельзя стыдить, упрекать, будить ночью. Необходимо бережное, щадящее отношение к его психике.

При неврозоподобном энурезе ночном, когда ребенок индифферентно относится к своему состоянию, психотерапия проводится требовательно, решительно с целью выработки психического самоконтроля и желания избавиться от дефекта.

При невротическом ночном энурезе назначают среднетерапевтическую дозу одного из препаратов, оказывающих транквилизирующее действие: рудотель, триоксазин, мепробамат утром и вечером. Можно добавить перед сном радедорм. Из физиотерапевтических методов применяют электросон, диадинамические токи на область проекции мочевого пузыря, поперечную гальванизацию на область мочевого пузыря, рефлексотерапию.

При неврозоподобном ночном энурезе назначают антидепрессанты: (мелипрамин, амитриптилин, нуредаль), ноотропные препараты (аминалон, пирацетам, пантогам), психостимуляторы других химических групп (синдокарб, синдофен, кофеин-бензоат натрия). Выбор препарата и схема лечения определяются частотой ночного энуреза.

Если ночное недержание мочи повторяется каждую ночь, лучше назначать мелипрамин по 10-15 мг перед сном, через 1-2 недели дозу можно

увеличить в 2-2,5 раза. После достижения эффекта принимают препарат 20-30 дней. Хорошо прием препарата сочетать с рефлексотерапией.

Если недержание мочи повторяется 1-2 раза в неделю, можно использовать несколько схем лечения: 1) высшие разовые дозы эфедрина и экстракта белладонны перед сном, а при отсутствии эффекта – и днем; 2) сиднокарб или синдофен, или амитриптилин (перед сном) в сочетании с калия оротатом 2-3 раза в день.

Из методов рефлексотерапии используют воздействие с помощью молоточка или валика, корпоральную акупунктуру, аурикулотерапию, прогревание с помощью полынных сигарет.

М.К. Усова (1974) рекомендует применять II вариант тормозного метода. Основной точкой, по ее данным, является ВС4, которую сочетают с ВС3, ВС4, ВС6, РР6.

Чжу-Лянь (1959) рекомендует использовать преимущественно точки мочевого пузыря: V62, V57, V28, V25, V23.

Д.Н. Стояновский (1977) рекомендует сочетать 2-3 точки в области крестца или живота по тонизирующему методу с 2-4 точками на конечностях по тормозному методу.

И.З. Самосюк и В.П. Лысенюк (1994) рекомендуют стимулировать ключевые точки R7, V23, T4 с подключением точек VB20, V11, V40, T14, T26.

При симпатикотонии рекомендуется использование точек E26, ВС2,3,4, РР6. Больным, у которых трудно определить преобладание того или иного отдела вегетативной нервной системы, показано чередование точек той или иной направленности. Первый сеанс: С7, Е36, РР6, ВС3. Второй сеанс: V23, V28, V32. При корковой дисфункции желательно воздействовать на точку T20.

Наряду с корпоральной акупунктурой применяют аурикулотерапию самостоятельно или в сочетании с другими методами рефлексотерапии. Время воздействия 20-30 минут, используют 2-4 точки, 10-15 сеансов на курс. При аурикулотерапии чаще используют следующие точки: шэнь-мэнь, почки, мочевого пузыря, уретры, мозга, симпатическую, тазового сплетения.

Воздействия пучком игл, валиком производятся на паравертебральную, крестцовую, ягодичную, надлобковую области, переднюю и внутреннюю поверхность бедер.

Для прогревания полынными сигаретами используют те же области или точки акупунктуры.

Степень раздражения, время воздействия подбирают индивидуально в зависимости от возраста, состояния вегетативной нервной системы. Курс лечения в среднем состоит из 10 сеансов, проводимых лучше через день. Всего 2-3 курса. Интервал между курсами 14-21 день.

Резюме. Лечение ночного недержания мочи включает весь комплекс методов рефлексотерапии, которые могут применяться как самостоятельно, так и в сочетании друг с другом и другими методами лечения (медикаментозными, физиотерапевтическими, психотерапевтическими, режимно-гигиеническими и др.).

Контрольные вопросы:

1. Какие клинические формы энуреза ночного Вы можете назвать?
2. Какая существует классификация энуреза в зависимости от этиологии?
3. В чем состоит регуляция функции мочевого пузыря?
4. Что включает в себя комплекс лечения энуреза ночного?
5. Какое медикаментозное лечение применяется при энурезе ночном?
6. Каковы методы рефлексотерапии в лечении энуреза ночного?
7. Каковы особенности поведения ребенка в зависимости от формы энуреза ночного?

VIII. РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

1. Этиопатогенез

По данным ВОЗ, в 2010 г. частота детского церебрального паралича (ДЦП) составляла 3-5 случаев на 1000 новорожденных, а в 80-е годы – 2-3 случая, т.е. имелась тенденция к увеличению количества больных.

ДЦП – полиэтиологическое заболевание и занимает первое место среди последствий перинатального поражения ЦНС. **Причины** заболевания могут быть на любом этапе беременности, родов и периода новорожденности: внутриутробная инфекция, травмы, нарушение церебрального и спинального кровообращения, групповая несовместимость крови матери и плода, резус-конфликт, асфиксия плода в родах, гемолитическая желтуха, травмы мозга, инфекции новорожденного.

Для постановки диагноза используются следующие **методы обследования**: неврологическое, ультразвуковое, сканирование плода, динамическая нейросонография, компьютерная томография головного мозга, магнитно-резонансная томография, мануальная диагностика. С помощью этих методов можно достаточно точно прогнозировать не только само заболевание, но и отдельные его формы.

Выявлены атрофические изменения головного мозга, множественные кисты и двусторонняя порэнцефалия, поражение подкорковых образований, мозжечка.

Кроме изменений центральной нервной системы имеется патология нервно-мышечного аппарата:

- нервные волокна слабо или немиелизированы,
- дегенеративные изменения экстрафузальных и интрафузальных мышечных волокон.

2. Клинические формы

В нашей стране используется классификация детского церебрального паралича, предложенная В.А. Семёновой (1972) и Л.О. Бадалян (1987), согласно которой выделяют следующие формы:

1. Спастическая диплегия.
2. Двойная гемиплегия.
3. Гиперкинетическая.
4. Атонически-астатическая.
5. Гемипаретическая.

Спастическая диплегия – наиболее частая форма заболевания и прогностически наиболее благоприятная. Клинически данная форма проявляется спастическим тетрапарезом с преимущественным вовлечением нижних конечностей. Кроме того, может быть задержка психического развития и нарушение речи, дизартрия. Быстро развивается тугоподвижность, контрактуры суставов рук и ног, функциональные и органические блоки позвоночника.

Двойная гемиплегия – самая тяжёлая и прогностически неблагоприятная форма заболевания. Имеется грубое поражение головного мозга, нервных клеток коры, подкорковые образования находятся в стадии перерождения. В клинике заболевания в 50-70% случаев есть проявления дизэнцефального, судорожного, гиперкинетического синдромов, отсутствие или резкое ограничение произвольной моторики. При рождении отмечается диффузная гипотония мышц, которая в течение года сменяется повышенным тонусом в мышцах туловища и конечностей, быстро развиваются контрактуры в суставах нижних и верхних конечностей.

Гиперкинетическая форма. Наблюдается в 20-25% случаев. Ведущим клиническим симптомом являются гиперкинезы, сочетающиеся с изменением мышечного тонуса по спастическому типу. У 90% больных наблюдаются речевые нарушения, психика, как правило, не страдает.

Атонически-астатическая форма. Основные изменения в тканях мозга происходят в лобной области и мозжечке – атрофия, кистозное перерождение. Поэтому, наряду с двигательными нарушениями, возникает мышечная гипотония, а также наблюдаются психические нарушения, дизартрии и атетоидный гиперкинез в конечностях.

Гемипаретическая форма. Характеризуется поражением конечностей одноименной стороны (лево- или правосторонним *гемипарезом*), преимущественно выраженным в руке. Нередко с самого рождения заметна асимметрия спонтанных движений в конечностях здоровой и пораженной стороны. Врожденные двигательные рефлексы, как правило, сформированы, установочные рефлексы формируются с задержкой.

Кроме перечисленных пяти форм ДЦП можно выделить ещё одну – **смешанную форму** ДЦП. Поскольку ДЦП является собирательным термином, объединяющим последствия повреждения развивающегося мозга различными неблагоприятными факторами, то и клинические проявления церебрального паралича разнообразны.

3. Тактика лечения. Принципы выбора методов, зон воздействия и их сочетания

Рефлексотерапия входит в современный комплекс восстановительного лечения данной патологии, **включающий в себя:** медикаментозную терапию, ортопедические методы, ЛФК, мануальную терапию, хирургические методы.

Противопоказанием к рефлексотерапии, кроме общепринятых случаев, является грубое нарушение психики – олигофрения в степени тяжёлой дебилности или имбецильности, идиотия, частые эпилептические приступы и индивидуальная непереносимость процедуры.

Используются все методы рефлекторного воздействия: акупунктура, микроиглотерапия, баночный массаж, воздействие с помощью молоточка, валики.

Рефлексотерапию можно проводить как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами лечения. Хороший результат даёт сочетание рефлексотерапии с ЛФК, мануальной терапией, массажем, физиотерапией. Наиболее эффективна рефлексотерапия при спастической диплегии и менее эффективна при двойной гемиплегии и гиперкинетической форме заболевания. Это связано, прежде всего, с тяжестью поражения центральной нервной системы при данных формах заболевания. Учитывая механизмы действия и патогенез заболевания, рефлексотерапию используют с целью стимуляции процессов миелинизации и гармонизации моторной и психической деятельности, профилактики осложнений.

Рефлексотерапия должна применяться в самые ранние сроки заболевания, как только поставлен диагноз: «угрожаем по ДЦП». Лечение должно быть комплексным и в течение 1-2 лет непрерывным. Наибольшего положительного клинического эффекта удаётся добиться в течение первых 2-3 лет. В этот период мозг ребёнка обладает большей нейропластичностью и не сформирован патологический двигательный стереотип. В дальнейшем эффективность рефлексотерапии снижается.

Так как чётко очерченных клинических форм заболевания нет, то мы не приводим схемы лечения по дням или на весь курс, а предлагаем принципы лечения и перечень наиболее эффективных зон, точек воздействия при различных формах ДЦП.

Выбор методов рефлексотерапии, зон, точек, способов воздействия должен проводиться индивидуально для каждого больного. Курс лечения состоит из 10 сеансов, проводимых ежедневно или через день. В год проводится по 4-5 курсов.

Принципиально важно сочетать тормозной и возбуждающий методы в каждой процедуре. Тормозной метод воздействия используется при мышечно-тоническом синдроме, гиперкинезах, тугоподвижности в суставах, нейродистрофических изменениях позвоночника, спазмах церебральных

сосудов. Возбуждающий метод воздействия применяется при задержке процессов миелинизации и мышечной гипотонии.

Спастическая диплегия. Для тормозного метода воздействия рекомендуются следующие точки:

V36-V63; V13,40-41; R5-10; RP2-11; F4-11; E31-35; C3-8; MC2-9; P1-11; E12-17; R22-27; RP2-11,18-20; VG3-14; VB20-21; VG13,14,20; TR14-15; GI7,5,16; IG10-13.

Для возбуждающего метода воздействия рекомендуются следующие точки:

IG1-8; CI1-14; TR1-14; VB31-44; E36-44; V11-25; V41-52.

Воздействие с помощью валика или молоточка с иглами по I-II линиям мочевого пузыря.

Для микроиглотерапии рекомендуются следующие точки:

P1-2; MC2-3; C2-3; V57-60.

АТ для тормозного метода воздействия: шэнь-мэнь, точки печени, сердца, затылка, коры головного мозга, регуляции тонуса гладкой мускулатуры, коленного и голеностопного суставов, позвоночника.

При дизартрии и слюнотечении: E3-4; IG18; GI19-20; VC22-23.

Двойная гемиплегия. Для тормозного метода воздействия рекомендуются следующие точки:

V55-60; VB40-41; R3-5; F4-6; RP2-6; MC2-7; C6-7; P4-5; VB20-21; V10-12; IG12-14; GI15-16; TR14-15; VG7-14.

Для возбуждающего метода воздействия:

V11-25; V41-52; VB20.

АТ: коры и подкорки головного мозга, седативная, шэнь-мэнь, коленного и голеностопного суставов, шейного и грудного отделов позвоночника, коры надпочечников – метод воздействия T1- T2.

Гиперкинетическая форма. Ведущим является тормозной метод воздействия. Рекомендуются следующие точки:

GI4,10,11; TR1-14; C7-8; MC7-9; VG13,14; VB20-21; E36-41; V55-60.

АТ: шэнь-мэнь, коры, подкорки, седативная, гипоталамуса, мозжечка, макушки, виска, лба.

Атонически-астатическая форма. Ведущим является возбуждающий метод воздействия. Рекомендуются следующие точки:

V11-25; V41-52; E36-41.

АТ для тормозного метода воздействия: кора, подкорка, нулевая, мозжечок.

При наличии атетоидных гиперкинезов в конечностях рекомендуется воздействовать тормозным методом на следующие точки: VG3-4; VB20-21; V10-12; VG15-16.

Лечение детей с гемипаретической формой ДЦП проводится интенсивными темпами. Ребенку одновременно назначается массаж, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры, рефлексотерапия (микротоковая рефлексотерапия) и многое другое. Все эти методы, применяемые одновременно, дают положительные результаты. Ребенок учится передвигаться самостоятельно, в зависимости от уровня интеллекта может обслуживать себя, постепенно постигает грамоту. Отрицательной стороной является то, что долгие годы, чтобы получить первые результаты, родители вынуждены посвящать лечению ребенка практически круглые сутки.

С развитием лечебной формы иппотерапии ситуация в корне изменилась. Сегодня разработана специальная программа по восстановлению таких детей. Учитывая возможность начинать лечение на первом году жизни, положительные результаты заметны уже к концу первого месяца занятий. У ребенка выравнивается походка, сокращается количество произвольных движений, снижается тонус мышц руки. В дальнейшем, когда ребенок начинает держаться в седле сам, постоянная тренировка позвоночника предотвращает развитие сколиоза, а навыки удерживать поводья и управлять лошадью развивают моторику. Общение с лошадью развивает интеллект и способности к общению. Ребенок становится более коммуникабельным, начинает общаться со сверстниками. А самое главное, что занятия иппотерапией занимают несколько

часов в неделю, а результат дают более эффективный, чем все вместе взятые лечебные процедуры.

Прогноз при такой форме паралича, как правило, определяется степенью выраженности психических нарушений и наличием симптоматической эпилепсии. Патологический двигательный стереотип больных детей устойчив к лечебным воздействиям.

Контрольные вопросы:

1. Какие причины вызывают заболевания ДЦП?
2. Какие клинические формы ДЦП Вы можете перечислить?
3. Какова клиническая характеристика спастической формы ДЦП?
4. Какова клиническая характеристика двойной гемиплегии?
5. Какова клиническая характеристика гиперкинетической формы ДЦП?
6. Какова клиническая характеристика атонически-астатической формы?
7. Какова клиническая характеристика гемипаретической формы?
8. Какие методы обследования используются для постановки диагноза ДЦП?
9. В чем состоят принципы выбора методов, зон воздействия и их сочетания при рефлексотерапии в практике лечения ДЦП?
10. Каковы особенности тактики лечения детей с гемипаретической формой ДЦП?

IX. РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

1. Этиология и патогенез вегетативной дистонии

Возникновению синдрома вегетативной дистонии (СВД) способствуют следующие **факторы**:

- Осложнения ante- и перинатального периодов.
- Наследственная отягощенность по психосоматическим заболеваниям.
- Высокий инфекционный индекс, очаги хронической инфекции.
- Психотравмирующие ситуации в семье и школе.
- Гиподинамия.

В результате действия предрасполагающих факторов в неврологическом статусе детей с СВД отмечается резидуальная микроорганическая симптоматика, имеется заведомое снижение функциональных возможностей мозга, предуготованность соматических систем к развитию функциональных нарушений.

Вегетативные нарушения ведут к сужению границ адаптации ребенка к различным стрессовым факторам внешней среды (рисунок).

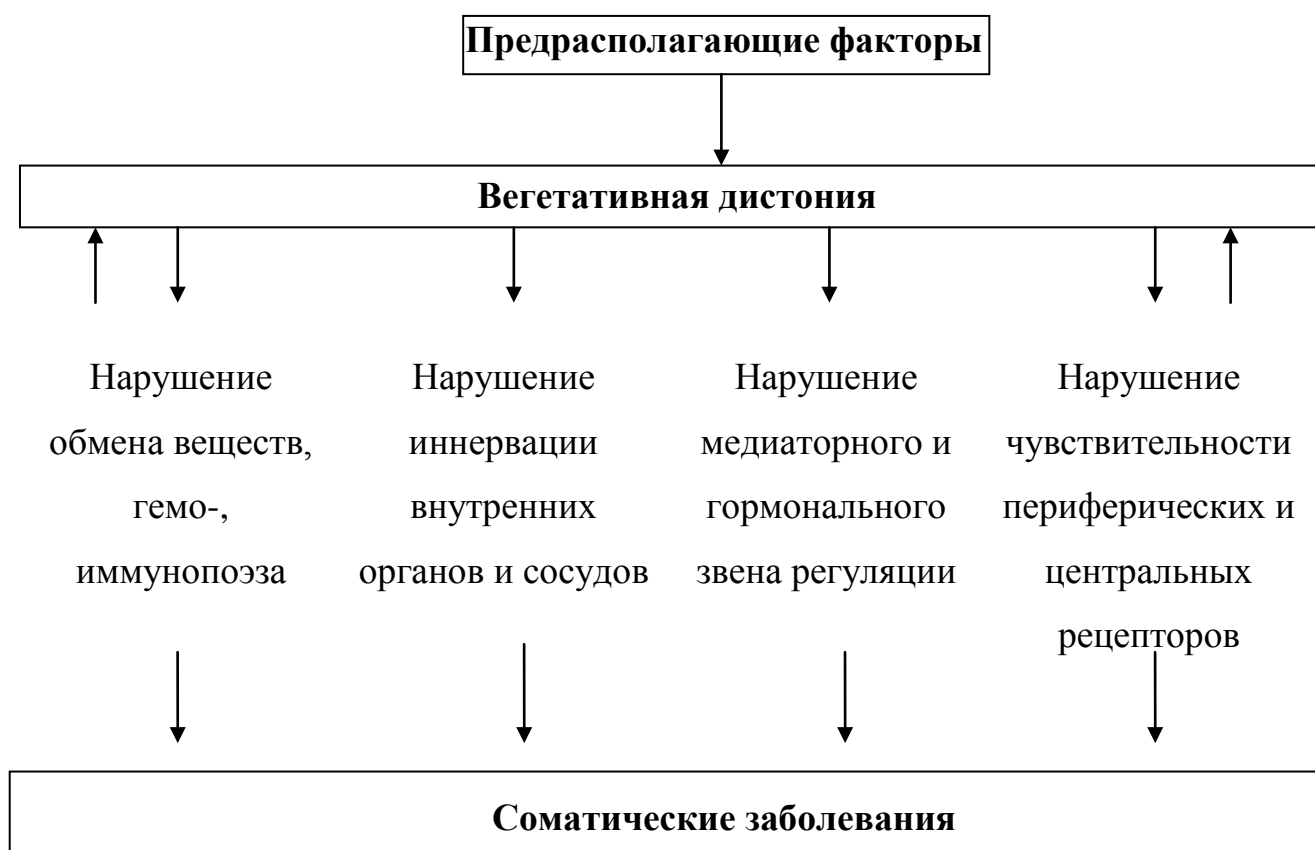


Рисунок. Патогенез вегетативной дистонии

На ранних этапах заболевания вегетативные нарушения носят преимущественно функциональный, обратимый характер. В дальнейшем могут

возникать стойкие нарушения вегетативной регуляции, приводящие уже во взрослом состоянии к нарушениям социальной адаптации и психосоматическим заболеваниям (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки).

В детском возрасте можно выделить критические периоды, когда наиболее высок риск возникновения заболевания: 5-7 и 13-15 лет.

2. Классификация и основные клинические формы синдрома вегетативной дистонии

Согласно Международной классификации болезней МКБ-10 (ВОЗ, Женева, 1995 г.) СВД представлен в следующем разделе:

- Класс VI. Болезни нервной системы.
- Блок G90. Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы.
- Категория G90.9. Расстройство вегетативной (автономной) нервной системы неуточненное.

В рамках СВД выделяют **три обобщенных синдрома**:

- Психовегетативный синдром – связан с дисфункцией лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса и проявляется эмоциональными и генерализованными вегетативными нарушениями.
- Синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности – возникает при периферических вегетативных расстройствах. Его основой является висцеральная вегетативная полиневропатия – патология периферической вегетативной системы, преимущественно иннервирующей висцеральные системы.
- Вегетативно-сосудисто-трофический синдром – в его основе лежит поражение смешанных нервов, сплетений и корешков, иннервирующих руки и ноги. Он может быть частью и психовегетативного синдрома (болезнь Рейно).

По клиническому течению выделяют перманентный и пароксизмальный типы вегетативной дистонии.

По характеру вегетативные сдвиги могут быть преимущественно симпатическими, парасимпатическими либо смешанными.

3. Клинические проявления и диагностика синдрома вегетативной дистонии в детском возрасте

Наиболее частой клинической формой проявления СВД является психовегетативный синдром, который складывается из эмоциональных нарушений, расстройств сна и бодрствования, головных болей, головокружений, а также нарушения вегетативной регуляции различных висцеральных органов и систем, терморегуляции. Нарушение вегетативной регуляции внутренних органов наиболее часто отмечается в сердечно-сосудистой системе, дыхательной, желудочно-кишечной.

Обследование таких детей включает в себя клинический осмотр, оценку состояния сосудов глазного дна, ЭЭГ, ЭКГ, оценку активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы на основе анализа показателей вариабельности ритма сердца при 10-минутной записи ЭКГ в покое лежа, после 15-минутной адаптации согласно стандартам, выработанным Европейской и Североамериканской ассоциациями кардиологов.

Исследование психоэмоционального состояния проводится при помощи теста тревожности Филлипса, «Шкалы тревожности для детей младшего и среднего школьного возраста», «Шкалы тревожности для старших школьников» и «Тестов рисуночной фрустрации Розенцвейга», адаптированных для детского возраста.

При неврологическом осмотре у большинства детей отмечается микроочаговая неврологическая симптоматика.

Наиболее частыми симптомами являются недостаточность конвергенции, установочный горизонтальный нистагм, негрубая асимметрия лицевой мускулатуры, компенсированный гипертензионно-гидроцефальный синдром. На ЭЭГ отмечается дисфункция неспецифических систем мозга с нарушением стволово-таламо-кортикальных взаимоотношений.

4. Рефлексотерапия ведущих клинических проявлений вегетативной дистонии у детей

Как упоминалось выше, клиника психовегетативного синдрома складывается из эмоциональных нарушений, расстройств сна и бодрствования и нарушений вегетативной регуляции различных висцеральных органов и систем.

Эмоциональные нарушения у детей наиболее часто представлены тревожностью, раздражительностью, депрессивными расстройствами. Для коррекции этих нарушений предложены различные схемы лечения.

Наиболее эффективными в педиатрии представляются следующие биологически активные точки: С3 шао-хай, С7 шэнь-мэнь, F8 цюй-цюань, VC14 цзюй-цюе, VG11 шень-дао, IG4 вань-гу, GI11 цюй-чи, E36 цзу-сань-ли, E41 цзе-си.

Также применяются аурикулярные точки, оказывающие седативное действие на центральную нервную систему: основные точки – АТ55 шэнь-мэнь, АТ33 лоб, АТ29 затылок; вспомогательные точки – АТ100 сердце первая, АТ21 сердце вторая, АТ34 кора головного мозга [10].

Целесообразно сочетать пролонгированную аурикулярную иглотерапию с кратковременным воздействием на корпоральные биологически активные точки.

Нарушения сна у детей с психовегетативным синдромом могут проявляться трудным засыпанием, поверхностным беспокойным сном с частыми пробуждениями, дневной сонливостью. Установлено, что корпоральное иглоукалывание оказывает преимущественное влияние на фазу медленного, а иглоукалывание точек ушной раковины – на фазу быстрого сна. Рефлексотерапия нормализует нарушенные при неврозах соотношения активирующих и сомногенных систем мозга [10].

Рефлексотерапию при нарушениях сна желательно проводить в вечерние часы тормозным методом. Точками выбора являются: P5 чи-цзэ, С3 шао-хай,

С7 шэнь-мэнь, R3 тай-си, R7 фу-лю, RP6 сань-инь-цзяо, MC6 нэй-гуань, VC4 гуань-юань, VC6 ци-хай, VC13 шан-вань, VC14 цзюй-цюе, V15 синь-шу. Кроме того, тормозное воздействие на точки VG14 да-чжуй и VB20 фэн-чи дает четкий снотворный эффект [15]. Аурикулярные точки при нарушениях сна: AT55 шэнь-мэнь, AT95 почка, AT29 затылок, AT100 сердце первая, AT87 желудок, AT92 мочевого пузырь [10].

Нарушение вегетативной регуляции висцеральных органов и систем:

1. При кардиалгическом синдроме и нарушениях вегетативной регуляции ритма сердца при отсутствии органического поражения сердечной мышцы рекомендуется сочетание точек сегментарных (V15 синь-шу, V14 цзюе-инь-шу) и общего действия (MC6 нэй-гуань, MC7 да-лин, C5 тун-ли, C7 шэнь-мэнь, GI4 хэ-гу, GI11 цюй-чи, J14 цзюй-цюэ, J17 тань-чжун, VB21 цзянь-цзин) [4]. Аурикулярные точки, нормализующие сердечный ритм: основные – AT100 сердце первая, AT34 кора головного мозга, AT51 симпатическая нервная система, AT89 тонкая кишка, AT101 легкие, AT21 сердце вторая; вспомогательная точка – AT55 шэнь-мэнь [10].

2. Нарушение вегетативной регуляции уровня артериального давления – самое частое проявление вегетативной дистонии в сердечно-сосудистой системе. При артериальной гипотензии точками выбора являются: E36 цзусань-ли, MC6 нэй-гуань, V15 синь-шу, V43 гао-хуан, VB20 фэн-чи, VB21 цзянь-цзин, VG4 мин-мэнь, VG14 да-чжуй. При этой патологии метод воздействия – тонизирующий, укалываются 5-6 точек. После иглоукалывания показано прогревание точек методом «клюющего цзю». При аурикулотерапии для повышения тонуса сосудов используются следующие точки: основные – AT21 сердце вторая, AT34 кора головного мозга, AT101 легкие, AT13 надпочечник [10]. Часто артериальную гипотензию сопровождают вазодепрессорные предобморочные и обморочные состояния. В момент обморока воздействуют тонизирующим методом (I вариантом) преимущественно на точки «скорой помощи»: VG26 жэнь-чжун и ши-сюань.

3. При артериальной гипертонии у детей точками выбора являются: MC6 нэй-гуань, MC7 да-лин, MC8 лао-гун, C7 шэнь-мэнь, RP6 сань-инь-цзяо, E36 цзу-сань-ли, GI4 хэ-гу, GI11 цюй-чи, VB20 фэн-чи, VB21 цзян-цзин, P9 тай-юань, V60 кунь-лунь. Метод воздействия – тормозной. Следует учитывать специфические особенности точек. Так, точка C7 в основном влияет на уровень диастолического, MC7 – систолического артериального давления, тогда как RP6 оказывает влияние на оба эти показателя [7]. Важное терапевтическое значение при артериальной гипертензии имеет также точка E9 жэнь-ин. Если артериальное давление на правой и левой руке имеет разные показатели, то на стороне с более высоким артериальным давлением иглы нужно ставить поверхностнее, а на стороне с более низким давлением – глубже [6]. Аурикулярные точки, оказывающие гипотензивное действие: основные – AT55 шэнь-мэнь, AT59 и AT105 (снижающие артериальное давление), AT100 сердце первая, AT34 кора головного мозга, AT78 верхушка уха [10].

4. При респираторных проявлениях психовегетативного синдрома точками выбора являются: V15 синь-шу, V17 гэ-шу, V43 гао-хуан, GI4 хэ-гу, P1 чжун-фу, P9 тай-юань, VC16 чжун-тин, VC17 тань-чжун. При аурикулотерапии используются точки, оказывающие седативное действие на центральную нервную систему: основные точки – AT55 шэнь-мэнь, AT33 лоб, AT29 затылок; вспомогательные точки – AT100 сердце первая, AT21 сердце вторая, AT34 кора головного мозга [10].

4. При желудочно-кишечных нарушениях точками выбора являются: E25 тянь-шу, E36 цзу-сань-ли, RP4 гунь-сунь, P6 сань-инь-цзяо, VC6 ци-хай, VC12 чжун-вань, V17 гэ-шу, V19 дань-шу, V20 пи-шу, V21 вэй-шу, MC6 нэй-гуань, GI4 хэ-гу, GI11 цюй-чи. При психогенных расстройствах функции желудочно-кишечного тракта проводится воздействие на аурикулярные точки: AT87 желудок, AT97 печень, AT51 симпатическая нервная система, AT55 шэнь-мэнь, AT88 двенадцатиперстная кишка, AT109 нижняя часть живота, AT110 верхняя часть живота [10].

5. При длительном нейрогенном субфебрилитете точками выбора являются: VG20 бай-хуэй, VG14-VG17, VB20 фэн-чи, VB21 цзянь-цзин, TR5 вай-гуань, TR8 сань-ян-ло, TR20 цзяо-сунь, GI4 хэ-гу, GI11 цюй-чи, E25 тянь-шу, E36 цзу-сань-ли, V60 кунь-лунь, P7 ле-цюе, P9 тай-юань, MC6 нэй-гуань, MC7 да-лин, RP6 сань-инь-цзяо, R7 фу-лю. При пароксизмальном течении во время гипертермического криза рекомендуется седативное воздействие на GI11 цюй-чи, E36 цзу-сань-ли; при этом точки P11 и GI1 шан-ян укалывают до появления капли крови [6].

6. При головокружении используется принцип сочетания отдаленных и местных точек. Точками выбора являются: PC3 инь-тан, PC9 тай-ян, V10 тянь-чжу, V43 гао-хуан, V60 кунь-лунь, GI4 хэ-гу, GI11 цюй-чи, VG20 бай-хуэй, VG14 да-чжу, VG24 шэнь-тин, VB20 фэн-чи. Н. Schmidt [15] описывает также специальную точку головокружения на шее на 1 см ниже мочки уха в углублении между углом нижней челюсти и грудино-ключично-сосцевидной мышцей; иглу вводят подкожно сверху вниз и оставляют в тканях на 10-20 минут (можно эту точку прижигать). При постоянных головокружениях иглы в этих точках оставляют на 1-2 недели. При упорных головокружениях у детей старшего возраста целесообразно использовать точки чудесных меридианов. Наибольший эффект дает применение точек-управителей чудесного меридиана IG3 хоу-си и V62 шэнь-мэнь в сочетании с VB20 фэн-чи или GI4 хэ-гу. Метод воздействия – тормозной, II вариант. Аурикулярные точки, применяемые при головокружении: AT95 почка, AT29 затылок, AT9 внутреннее ухо, AT20 наружное ухо, AT55 шэнь-мэнь.

7. При головной боли рефлексотерапия должна быть направлена на достижение анальгезирующего, миорелаксирующего и седативного эффектов. Целесообразно использование всех методов рефлексотерапии в сочетании с вакуумным массажем воротниковой зоны. Иглорефлексотерапия головной боли проводится с применением правила сочетания местных и отдаленных точек. Точки выбора для лечения цефалгий у детей в зависимости от локализации боли представлены в таблице.

**Точки акупунктуры при лечении цефалгий, применяющиеся
в зависимости от локализации боли**

Преимущественная локализация головной боли	Местные точки	Отдаленные точки
Лоб	VB14 ян-бай V4 цюй-ча VG24 шэнь-тин PC3 инь-тан	V60 кунь-лунь GI4 хэ-гу
Темя	VG20 бай-хуэй VG21 цинь-дин V8 лю-цюе	V60 кунь-лунь GI4 хэ-гу E41 цзе-си
Затылок	VB20 фэн-чи VG17 нао-ху VG14 да-чжуй V11 да-чжу V10 тянь-чжу	IG3 хоу-си V60 кунь-лунь
Висок	E8 тоу-вэй PC9 тай-ян VB8 шуай-гу	TR5 вай-гуань E41 цзе-си

Для усиления эффекта корпоральную кратковременную иглотерапию рекомендуется сочетать с пролонгированной аурикулотерапией. Точками выбора для аурикулотерапии являются: АТ29 затылок, АТ33 лоб, АТ35 висок, АТ55 шэнь-мэнь, АТ34 кора головного мозга, АТ121 малый затылочный нерв.

Резюме. Вегетативная дистония представляет собой комплекс вегетативных расстройств, включающий в себя нарушение регуляции многих органов и систем. У каждого конкретного больного преобладающие вегетативные нарушения индивидуальны, так же как индивидуальна реакция организма на лечебные воздействия. Поэтому не может существовать общих рецептов для лечения вегетативной дистонии и для каждого ребенка проводится подбор «своих» комбинаций биологически активных точек и методов воздействия в зависимости от ведущих клинических проявлений.

Контрольные вопросы:

1. Какие существуют факторы СВД?
2. Каковы критические возрастные периоды риска возникновения СВД?
3. Какая существует классификация, обобщающая синдромы и основные клинические формы СВД?
4. Какие психосоматические проявления при СВД?
5. Какие методы диагностики при СВД?
6. Какие клинические проявления СВД?
7. Какие принципы рефлексотерапии необходимо соблюдать в процессе лечения СВД?

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учебное пособие посвящено рефлексотерапии заболеваний нервной системы у детей. Проблема лечения этих заболеваний остается актуальной, так как частота встречаемости их сохраняется высокой, лечение недостаточно эффективно, имеются осложнения, приводящие к инвалидности или снижению качества жизни детей и их родителей.

Эти причины побуждают врачей, ученых к поиску новых эффективных и малозатратных методов диагностики и лечения. К таким методам относятся рефлексотерапия и мануальная терапия.

Для успешного применения рефлексотерапии у детей, с одной стороны, необходимо знать особенности созревания периферической, центральной, вегетативной нервной системы, рефлекторной дуги, темпов угасания безусловных и выработку условных рефлексов и связанных с ним этапов статико-моторного развития.

Нарушение этапов статико-моторного развития ребенка может быть дебютом заболевания, поэтому необходимо проводить современную

диагностику, ставить диагноз и на ранних стадиях заболевания начинать рефлексотерапию. Нужно хорошо разбираться в этиопатогенезе, клинике, возможных осложнениях рассматриваемых заболеваний.

В учебном пособии эти сведения представлены. Сопоставление знаний о заболеваниях нервной системы у детей и современных данных о механизмах действия рефлексотерапии, основанных на учении о нервизме, позволило обосновать показания, противопоказания и возможные осложнения при проведении рефлексотерапии.

В работе отражены особенности проведения процедур рефлексотерапии у детей грудного возраста, связанные с возрастом ребенка и сопутствующими заболеваниями.

Проблема лечения детей с родовыми плекситами сохраняется актуальной, так как число больных остается высоким, а 40-45% больных становятся инвалидами. Одна из причин инвалидности – раннее развитие сочетанных нервно-мышечных контрактур, поэтому лечение необходимо начинать в ранние сроки (1-2 мес) жизни. При выборе способов, методов, зон воздействия и их сочетания надо учитывать современные данные об этиопатогенезе заболевания, клинике и возможных осложнениях. В пособии подчеркивается, что нет схем лечения, оно должно быть индивидуальным, поэтому предлагается набор наиболее активных точек воздействия и их сочетание при лечении ведущих симптомов заболевания.

Что касается применения рефлексотерапии тиков, то вопрос этиологии и патогенеза данного заболевания остается проблемным. В работе подробно описывается классификация и клинические проявления заболевания. Лечение должно быть комплексным и наиболее выраженный положительный эффект удастся достичь, если рефлексотерапия начинается при первых проявлениях заболевания. Дается набор наиболее активных точек для всех симптомов заболевания.

Энурез ночной встречается в среднем у 5-7% детей. В пособии представлены клинические формы ночного энуреза, классификация в

зависимости от этиологии. Рефлексотерапия при данном заболевании может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с другими методами комплексного лечения.

При рассмотрении вопроса о лечении ДЦП подчеркивается, что рефлексотерапия показана при всех формах ДЦП, должна применяться в комплексе с другими методами и в ранние сроки заболевания, как только поставлен диагноз ребенку «угрожаем по ДЦП». Наиболее эффективна РТ при часто встречаемой форме – спастической диплегии. Выбор методов, зон, точек, способов воздействия должен проводиться индивидуально для каждого больного.

В разделе, посвященном применению РТ в комплексном лечении СВД, подробно разбираются этиология, патогенез, классификация и основные клинические формы синдрома. СВД представляет комплекс вегетативных расстройств, включающих в себя нарушение регуляции многих органов и систем, поэтому приводится перечень наиболее биологически активных точек и методов воздействия в зависимости от ведущих клинических проявлений.

Научные исследования и практический опыт применения рефлексотерапии в педиатрии позволяют нам сделать **следующие выводы:**

1. Рефлексотерапию можно использовать в лечении, начиная с грудного возраста ребенка.
2. Рефлексотерапия оказывает нормализующее влияние на функциональные системы здорового и больного ребенка.
3. Рефлексотерапия может применяться как профилактика осложнений нервных заболеваний у детей.
4. Все методы рефлексотерапевтического воздействия могут применяться при лечении детских нервных болезней.
5. Рефлексотерапия должна проводиться с учетом возраста ребенка.

ГЛОССАРИЙ

Амиотрофия – атрофия мышц вследствие их денервации.

Аурикулярная зона – зона воздействия на ушной раковине.

Афферентная импульсация – состоит из восходящих проводников спинного и головного мозга, несущих импульсы от рецепторов всех тканей и органов, от всех органов чувствительности.

Гемипарез (hemiparesis; геми- + парез) – парез мышц одной половины тела; наблюдается при одностороннем поражении пирамидного пути.

Гемиплегия (поражение, удар) – полная потеря возможности произвольных движений (паралич) в ноге и руке с одной стороны тела. Паралич половины тела называют гемиплегией, одной конечности – моноплегией, обеих конечностей (верхних или нижних) – параплегией. Различают органическую и функциональную гемиплегию.

Гиперкинез – непроизвольные, насильственные, автоматизированные движения.

Детрузор – изгоняющая (гладкая) мышца в стенке мочевого пузыря.

Дизартрия – расстройство артикуляции, нарушение произношения звуков речи, обусловленное парезом, спазмом, гиперкинезом речевой мускулатуры, атаксией или апраксией. Степень нарушения произношения звуков при дизартрии зависит от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях могут наблюдаться лишь отдельные нарушения произношения с искажением звуков, смазанность речи, в более тяжелых – искажения, пропуски звуков, изменение темпа речи, ее выразительности, модуляции, в результате чего речь становится невнятной. В наиболее тяжелых случаях развивается анартрия – невозможность произношения звуков речи.

Дисплазия – отклонение от нормы.

Дисплегия (болезнь Литтля) – характеризуется спастическим парезом ног. Из-за тенденции к перекрещиванию ног возникает походка по типу «ножниц». Реже поражаются руки. Характерно снижение интеллекта. Как правило, дети отстают в физическом развитии.

Иммунопоэз – физиологическая регенерация крови.

Иппотерапия (от др.-греч. ἵπλος «лошадь») – метод реабилитации посредством лечебной верховой езды. Уникальность иппотерапии заключается в гармоничном сочетании телесно-ориентированных и когнитивных приемов воздействия на психику пациента.

Имбецильность (от лат. imbecillus – слабый, немощный) – средняя степень олигофрении, слабоумия, интеллектуального недоразвития, обусловленная задержкой развития мозга плода или ребёнка в первые годы жизни.

Контрактура мышц – стойкое напряжение и в связи с этим укорочение мышц и их сухожилий.

Логоневроз – невротическое заикание.

Облитерирующий процесс – нарушение проходимости в сосудах.

Пенетрантность гена – показатель фенотипического проявления аллеля в популяции.

Полимодалная конвергенция – наличие афферентной интеграции отдельных внутренних органов и определенных участков кожи, что обеспечивает поступление сигналов в одни и те же структуры мозга. При конвергенции полимодалных сигналов соматические импульсы всегда преобладают над висцеральными.

Резидуальная энцефалопатия – патология головного мозга вследствие гибели клеток центральной нервной системы. Возникает в результате длительного или острого повреждающего фактора.

Родовой плексит – поражение ветвей плечевого сплетения в родах.

Спастическая диплегия – спастический тетрапарез с преимущественным поражением нижних конечностей.

Тетрапарез – это парез всех четырех конечностей.

Цуботерапия – одна из форм рефлекторного воздействия с помощью специальных приспособлений.

Эритема – покраснение, отечность ограниченного участка кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. Авякян Г.Н. Современная концепция доказательной рефлексотерапии // Материалы международного конгресса (рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке). М., 2006.
2. Агасаров Л.Г. Руководство по рефлексотерапии. М., 2001.
3. Александров В.И., Гойденко В.С., Мазуренко Е.А. Рефлексотерапия и мануальная терапия в клинической практике 44-го неврологического отделения ГКБ им. С.П. Боткина // Тезисы докладов на научно-практической конференции, посвященной 100-летию ГКБ им. С.П. Боткина. М., 2010.
4. Александров В.И. Рефлексотерапия в комплексном лечении родовых плекситов // 15-й Международный конгресс по акупунктуре ИСМАРТ. 25-26 мая 2012 г. Греция.
5. Гойденко В.С. Структурно-функциональная теория механизма действия иглотерапии и микроиглотерапии: учебное пособие. М.: РМАПО, 2005.
6. Гойденко В.С., Тянь В.Н., Федорова И.Л. Комплексный метод лечения больных вертеброгенными торакалгиями с использованием мануальной терапии и рефлексотерапии: учебное пособие. М.: РМАПО, 2013.

Дополнительная

7. Абраменко В.В. Скальпопунктура в комплексной реабилитации детей с органическим поражением центральной нервной системы // 6-я Всероссийская конференция рефлексотерапевтов. М., 2012.
8. Александров В.И. Комплексное лечение родовых плекситов в восстановительном периоде с применением рефлексотерапии. М., 1986.

9. Александров В.И. Данные тепловизионного метода исследования детей с родовыми плекситами // 3-й Всемирный Конгресс по акупунктуре. Прага, 28 мая – 01 июня 1988 г.
10. Александров В.И. Рефлексотерапия и мануальная терапия родовых плекситов: учебное пособие. М., 1999.
11. Бияшева З.Г. с соавт. // Теория и практика рефлексотерапии. Саратов, 1981. С. 85-88.
12. Бондарчук В.И., Гойденко В.С., Александров В.И. Реабилитация больных с невралгией тройничного нерва новым методом электромагнитной ультравысокочастотной рефлексотерапии // Аллергология и иммунология. М., 2013. №2.
13. Гойденко В.С. Микроиглотерапия: методические рекомендации. МЗ СССР, 1979.
14. Гойденко В.С., Александров В.И., Асеева Ю.Ю. Рефлексотерапия в комплексном лечении дисциркуляторной энцефалопатии: учебное пособие. М.: РМАПО, 2000.
15. Гойденко В.С., Александров В.И., Комарова И.Б. Рефлексотерапия в комплексном лечении вегетативной дистонии у детей: учебное пособие. М., 2000.
16. Гойденко В.С., Галанов В.П. Рефлексотерапия в педиатрии: учебное пособие. М.: ЦОЛИУВ, 1980.
17. Гойденко В.С., Котенева В.М., Ситель А.Б. Нейрофизиологические основы рефлексотерапии. М.: ЦОЛИУВ, 1982.
18. Гойденко В.С., Котенева В.М., Руденко И.В. Поверхностная акупунктура. М.: РМАПО, 1999.
19. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии. СПб., 2004.
20. Дуринян Р.А. Атлас аурикулярной рефлексотерапии. М.: Медицина, 1982.
21. Емельяненко И.В. Рефлексотерапия в практическом здравоохранении. Чебоксары, 1988. Ч. 1.

22. Котенева В.М. Факторы и методы рефлексотерапии: учебное пособие. М.: ЦОЛИУВ, 1998.
23. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. Киев, 1989.
24. Мосейкин И.А. Исследование эффективности БОС в комплексном лечении дорсалгии пояснично-крестцового отдела позвоночника. М., 2003.
25. Мосейкин И.А., Гойденко В.С., Александров В.И. Гендерные особенности болевых синдромов при дорсопатиях // Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова. 2010. №4.
26. Польской Е.В. Лечебная гимнастика для детей, страдающих ДЦП // Здоровье. 1987. №10. С.14-15.
27. Сафиуллина Г.И. Рефлексотерапия детей с заиканием // Материалы международного конгресса (рефлексотерапия и мануальная терапия в XXI веке). М., 2006.
28. Mann F. Scientific Aspects of Acupuncture Williom Heinemann Medical books Ltd., 1977. 77 p.
29. Omura Y Acupunture, Electrother., 1989. 14. №3-4. P. 319-320.

АЛЕКСАНДРОВ Владимир Иванович

Рефлексотерапия заболеваний нервной системы у детей

Учебное пособие

Подписано в печать 24.06.2015

Формат 60×84 $\frac{1}{16}$

Печ. л. 4,75

Тираж 30 экз.

Заказ № 132

Российская медицинская академия последипломного образования

ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России

Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993

Электронный адрес www.rmapo.ru

E-mail: rmapo@rmapo.ru

Отпечатано в ГБОУ ДПО РМАПО

Ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1, Москва, 125993