

# Можливості рефлексотерапії у сучасній клінічній практиці: від першоджерел до інтегрованої системи реабілітації

15-16 жовтня в м. Києві відбулася науково-практична конференція «Методи рефлексотерапії в медичній реабілітації дорослих та дітей», яку традиційно проводять ВГО «Українська асоціація рефлексотерапії та медичної акупунктури» (УАРМА) спільно з ВГО «Асоціація фахівців з народної та нетрадиційної медицини України». Учасниками заходу стали лікарі з різних міст і областей України – Львова, Маріуполя, Тернополя, Луганщини, Києва, Луцька та ін. У перший день заходу фахівці різних медичних спеціальностей представили лекції та доповіді, у яких було відображено досвід та перспективи застосування в клінічній практиці різноманітних методів рефлексотерапії (РТ), а також фітотерапії та інших немедикаментозних впливів. Крім того, відбувся круглий стіл «Шляхи удосконалення комплексної реабілітації хворих, постраждалих під час бойових дій, із застосуванням методів комплексної реабілітації медицини», на якому обговорювалися питання оптимізації допомоги постраждалим від бойових дій на Сході України. Своім досвідом поділилися лікарі з Маріуполя (В.І. Кононов), Луганської області (В.І. Тисячний), Луцька (В.Г. Дженков), Києва (Р.О. Моїсеєнко). Пропонуємо читачам тези деяких виступів.

Актуальність і доцільність застосування методів РТ у медичній реабілітації пацієнтів, починаючи з первинної ланки медичної допомоги, обґрунтувала в своїй доповіді президент ВГО «УАРМА», доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика Ольга Євгенівна Коваленко.



– В сучасному розумінні медична реабілітація являє собою диференційовану етапну систему лікувально-профілактичних заходів, що забезпечують цілісність функціонування організму. В результаті цього створюються умови для максимального відновлення здоров'я хворого до оптимального рівня працездатності за допомогою поєднаного, послідовного та узгодженого застосування індивідуального комплексу методів фармакологічної, хірургічної, фізичної та психофізіологічної дії на функціонально або патологічно змінені органи і системи організму. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) надає великого значення профілактичній медицині і дає своє визначення поняттю «реабілітація» (сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій внаслідок хвороб, травм і вроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві).

До основних етапів медичної реабілітації відносять:

- 1) госпітальний етап – від моменту надходження хворого до стаціонару в гострому періоді до моменту зменшення вираженості клінічної симптоматики захворювання; в цей час необхідно сформулювати програму реабілітації в цілому;
- 2) амбулаторно-поліклінічний етап (поліклініки, медичні центри) – заходи, спрямовані на компенсацію або регенерацію порушених функцій;
- 3) санаторно-курортний етап (будинки відпочинку, санаторії, профілакторії) спрямований на попередження рецидивів, консолідації ремісій, збільшення адаптаційних резервів організму;
- 4) побутову реабілітацію (оздоровчі центри, спортивно-оздоровчі секції, групи загально-фізичної підготовки), яка спрямована на збільшення фізіологічних резервів організму, профілактику функціональних розладів та відновлення здатності хворого до самообслуговування.

Розширити можливості медичної реабілітації можна за рахунок впровадження методів РТ, східної медицини в профілактичну програму пацієнтів з різними захворюваннями.

**РТ – це науково обґрунтована лікувально-профілактична система, яка базується на оцінці параметрів периферичних рефлексогенних зон (точок акупунктури) й впливу на них з метою регуляції функціональних систем. Їй притаманні два основних механізми дії на організм – загальний (збільшення загальної неспецифічної резистентності та імунно-захисних сил) і вибірковий (специфічний вплив на певний орган або систему).**

Як відомо, особливою популярністю користується реабілітаційний комплекс для профілактики і реабілітації хворих з ускладненнями дегенеративних змін шийного відділу хребта – цервікокраніалгіями, порушенням мозкового кровообігу у вертебро-базиллярному басейні, парестезіями, запамороченням та ін. Тому на нашій кафедрі ми розробили комплекси впливу неінвазивними методами РТ на клінічний перебіг різних захворювань як складову загальної лікувально-реабілітаційної програми пацієнта. Поєднання простоти і ефективності її

виконання сприятиме впровадженню її на первинній ланці медичної допомоги, котра забезпечує тривалий контакт лікаря і пацієнта, і відповідно – адекватний контроль за перебігом захворювання. Наразі оволодіння навичками реабілітації було впроваджено в лікувальний процес клінічної бази кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика – неврологічного відділення Клінічної міської лікарні № 15 Подільського району м. Києва.

За необхідності кожному хворому окрім загальних вправ пропонується індивідуальна програма реабілітації із застосуванням доцільних в конкретному випадку неінвазивних методів РТ та фізичних вправ. Так, можна застосовувати наступні методи РТ: точковий масаж, самомасаж, моксатерапію (прогрівання акупунктурних точок), поверхневу голкоаплікацію, а також поєднувати ці методи.

Слід зазначити, що цей перелік маніпуляцій може виконуватися не лише лікарями, а й медичними сестрами і навіть безпосередньо самими хворими. Кожен пацієнт після виписки зі стаціонару отримує своєрідний набір домашніх завдань у вигляді фізичних вправ та масажу, контроль за ефективністю здійснення яких проводить сімейний лікар.

**Отже, перспективним напрямом розвитку системи профілактики та реабілітації при хронічних захворюваннях може бути широке включення в процес кваліфікаційної підготовки медичних працівників питань з практичних можливостей немедикаментозних терапевтичних методів із подальшим залученням самих хворих до процесів самооздоровлення.**



Ще одна доповідь професора О.Є. Коваленко стосувалася питань комплексної реабілітації пацієнтів з органічними ураженнями головного мозку (ГМ).

– Органічні захворювання центральної нервової системи (ЦНС) – одна з найчастіших причин звертання пацієнтів не тільки до невролога і сімейного лікаря, але й до спеціалістів реабілітаційного профілю. Головними причинами органічних захворювань ЦНС є цереброваскулярна патологія, наслідки черепно-мозкових травм (ЧМТ), вроджені вади і наслідки перенесених запальних процесів ЦНС, нейродегенеративні та аутоімунні захворювання (паркінсонізм, розсіяний склероз).

Загальновідомим є те, що однією із найбільш частих причин інвалідності та смертності населення всього світу є гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК). В Україні кожного року реєструється понад 100 тис. нових випадків ГПМК із співвідношенням ішемічних інсультів до геморагічних 5:1. Понад 80% хворих, які перенесли інсульт, мають інвалідність різного ступеня, і лише 15-20% пацієнтів вдається повернутися до повноцінного життя в суспільстві (Т.С. Міщенко, 2011).

Удосконалення лікування та реабілітації, а разом із цим і профілактики повторних ГПМК – одна із найактуальніших проблем сучасної неврології.

Фізіологічною основою щодо відновлення та компенсації ушкоджених функцій НС є механізми нейропластичності – здатності нервової тканини до структурної та функціональної перебудови, яка виникає після її пошкодження. В основі реабілітаційних заходів лежить саме стимуляція нейропластичності клітин ГМ. Особливої уваги заслуговує можливість комплексного поєднання методів рефлексотерапії з фармакотерапією нейропротекторами при органічних захворюваннях ЦНС. Комплексна реабілітація хворих, що перенесли ГПМК, із одночасним застосуванням фармакотерапії і методів РТ – один із перспективних напрямів для покращення прогнозу відновлення.

Специфічна дія РТ пояснюється феноменом конвергенції аферентних шляхів на загальних нейрональних елементах. Вони забезпечують взаємне переключення різномодальної аферентації як соматичних, так і висцеральних систем на базі метамерно-сегментарної організації, а також формують інтегрований образ інформації, під впливом якого створюються адаптивні моторні програми.

Згідно зі схемою видатного радянського вегетолога О.М. Вейна щодо місцевої, сегментарної та загальної реакції організму на акупунктуру своєрідне «замикання» різномодальних аферентів здійснюється на таламокортикальному, стовбуровому і спінальному рівнях. Таким чином забезпечується зв'язок між окремими нейронами ЦНС на різних рівнях, що сприяє покращенню передачі нервових імпульсів і стимуляції активності моторної функції ЦНС.

Президент ВГО «Асоціація фахівців з народної та нетрадиційної медицини України», завідувач кафедри фітотерапії, гомеопатії та біоенергоінформаційної медицини Київського медичного університету Української асоціації народної медицини, доктор медичних наук, професор Тетяна Петрівна Гарник присвятила лекцію питанням медичної реабілітації хворих з порушеннями опорно-рухової системи (ОРС) з позицій народної медицини та фітотерапії.



– Згідно зі статистичними даними ВООЗ до 50-х років минулого століття питома вага фітопрепаратів серед усіх фармакологічних засобів становила 70-80%. На сьогоднішній день майже 30% лікарських засобів виготовляють із рослин, які становлять 20% продукції світового фармацевтичного ринку. Якщо розглядати структуру використання фармпрепаратів у розвинутих країнах, то в Канаді частота використання фітопрепаратів становить 70%, в США – 48%, у Франції та Бельгії – відповідно 48 та 42% (Д.М. Ейзенберг, 1998; П. Фішер, 1994).

Нещодавно ВООЗ сформулювала наступні стратегії щодо народної медицини і фітотерапії на 2014-2023 рр.:

- інтеграція певних аспектів фітотерапії в національну систему охорони здоров'я кожної країни шляхом визначення національної політики в області народної медицини;
- сприяння безпечності, ефективності та якості практичних методів народної медицини шляхом створення керівництва зі стандартів регулювання і забезпечення якості надання медичних послуг;
- раціональне використання методів народної медицини.

Відповідно до цих стратегій фітопрепарати повинні мати: 1) стандартизацію на всіх етапах, що забезпечує наявність постійного складу рослинних компонентів; 2) передбачуваність впливу завдяки застосуванню гомогенної сировини; 3) доказову базу (доклінічні та клінічні дослідження).

До основних принципів використання фітопрепаратів належать системність і функціональність, етапність, синдромальність, оптимальність доз, залежність від біоритмів. Такий підхід дозволяє обирати і використовувати в лікувальній практиці фітопрепарати з урахуванням етіології, патогенезу захворювання і ступеня вираженості супутньої патології. Успішність фітотерапії значною мірою залежить і від правильного вирощування рослин, збору і зберігання сировини, а також технології виготовлення лікарських засобів.

Фітотерапія захворювань ОРС – це додатковий метод лікування, який може значно підвищити ефективність

і безпечність фармакотерапії. Вона сприяє нормалізації обмінних процесів і кровопостачання суглобової тканини, зменшенню вираженості локального запалення, а також стимулює імунологічну відповідь організму. Для досягнення максимального лікувального ефекту необхідно поєднувати загальну і місцеву дію фітопрепаратів.

Серед лікарських рослин, які застосовують для лікування захворювань ОРС, відомими є живокіст лікарський (*Symphytum officinale*), сабельник болотний (*Comarum palustre*) і золотарник звичайний (*Solidago virgaurea*). Нерідко в комплексній терапії використовують і ефірні масла або їхні компоненти (ментол, камфора, тимол). Жиророзчинні ефірні масла після нанесення їх на ділянку шкіри хворого суглоба гальмують запальні процеси в ньому. В той же час відомо, що скипидарне і камфорне масла входять до складу багатьох мазей, які мають позитивний ефект у хворих із запальними захворюваннями ОРС і невралгіями.

**Доктор медичних наук, професор кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика Раїса Олександрівна Моїсеєнко** проаналізувала основні проблеми сучасної паліативної допомоги дітям з інвалідністю.



— За даними Центру медичної статистики МОЗ України, у 2013 році зареєстровано 2,1% випадків інвалідності серед дитячого населення. Цей показник в цілому є значно нижчим, ніж в інших країнах світу, що пов'язано з дещо іншими критеріями в них щодо надання дітям статусу інваліда. Тому в нашій державі ще в 2013 році було прийнято

Постанову Кабінету Міністрів України стосовно зміни підходів до визначення поняття інвалідності у дітей. Цей документ передбачає, що в такому випадку слід враховувати комплексну оцінку не тільки фізичного стану дитини, але й можливості її інтеграції в суспільство.

Сьогодні в нашій країні існує понад 100 центрів медико-соціальної реабілітації, які в своїй діяльності керуються сучасним принципом «тандем-партнерства» («дитина-сім'я-фахівець»). Для отримання позитивного реабілітаційного ефекту потрібен щоденно як мінімум 8-годинний контакт з дитиною, що можна забезпечити лише за рахунок залучення батьків, соціальних працівників і педагогів окрім медичної складової реабілітації.

Однак близько 1% дітей-інвалідів не можуть бути соціально адаптовані у зв'язку з вираженими порушеннями функцій життєво важливих органів. Вони потребують паліативного догляду з мультидисциплінарним підходом. Для цього необхідна координація роботи первинної, вторинної, третинної медичної і немедичної допомоги з метою надання послуг найвищої якості у вирішенні медико-соціальних проблем пацієнта та його сім'ї.

На жаль, в Україні на сьогодні створено лише два паліативні центри для дітей: у м. Харкові та у м. Надвірна Івано-Франківської області. Вони функціонують на базі будинків дитини. Також є наказ № 470 Департаменту охорони здоров'я про створення Центру паліативної допомоги дітям у м. Києві на базі Київської міської клінічної шкірно-венерологічної лікарні. Головне завдання таких центрів полягає у цілодобовому кваліфікованому догляді; необхідному патогенетичному і симптоматичному лікуванні; психологічній, соціальній та духовній допомозі дітям із сильними больовими синдромами (БС) та тяжкими розладами життєдіяльності, які не можуть бути виліковані сучасними і доступними методами. В такому центрі повинна працювати мобільна бригада (лікар, медсестра, соціальний педагог і психолог) для планової та невідкладної допомоги паліативним хворим.

Контингент дітей для паліативного догляду включає такі групи:

- група 1: захворювання, що загрожують життю, для яких існують лікувальні заходи, але при цьому ймовірною є їх неефективність (наприклад, онкопатологія);
- група 2: можлива терапія, яка збільшує тривалість життя, але прогноз для пацієнта несприятливий (наприклад, муковісцидоз);
- група 3: прогресуюче протягом багатьох років захворювання без можливості ефективного лікування, виключно паліативна терапія (наприклад, лейкодистрофія, спінальна атрофія м'язів 1-го типу);
- група 4: тяжке неврологічне порушення, як правило, не прогресуюче, несприятливий прогноз внаслідок ускладнень (апатичний синдром тощо).

За даними ВООЗ, паліативна допомога дітям належним чином інтегрована у систему охорони здоров'я

лише у 20 із 234 країн. Неабиякою проблемою є те, що понад 80% пацієнтів не мають достатнього доступу до медикаментозного забезпечення, зокрема адекватного знеболення.

Важливим є і те, що паліативна допомога дітям суттєво відрізняється від такої у дорослих. Так, у хоспісі 90% дорослих пацієнтів — це онкологічні хворі у термінальній стадії. Що стосується паліативної допомоги дітям, то вона може тривати як і всього кілька днів або місяців, так і розтягуватися на багато років. Часто різні патологічні стани в дітей є надзвичайно рідкісними, хоча іноді такі діти можуть дожити до свого повноліття і в подальшому спостерігатися паліативною службою, яка опікується дорослими. Проте характерною рисою дитинства є постійний фізичний, емоційний та інтелектуальний розвиток. Тому дуже важливо забезпечити можливість отримати освіту та цікаве проведення дозвілля для хворої дитини. Це, в свою чергу, вводить додатковий критерій і підвищує складність надання паліативної допомоги.

**Професор кафедри медичної реабілітації, фізіотерапії і спортивної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктор медичних наук Віталій Павлович Губенко** розповів про особливості застосування мануальної терапії (МТ) у вертебронеурології.



— Біль у спині — це одна з найбільш частих скарг у людей працездатного віку. Як відомо, приблизно 30% населення страждає хронічними БС різних відділів хребта. Однак найчастіше (у 68% випадків) вражається саме поперековий відділ хребтового стовпа (ХС).

Найчастішою причиною болю в спині є дорсопатія — група захворювань кістково-м'язової системи і сполучної тканини дегенеративної природи. Крім того, до можливих етіологічних чинників виникнення БС у спині відносять: 1) дистрофічні ураження і вроджені аномалії розвитку хребта; 2) інфекційні ураження хребта і міжхребцевих дисків (туберкульоз, остеомієліт, бруцельоз та ін.); 3) неінфекційні запальні захворювання; 4) метаболічні ураження кісток скелета; 5) пухлини (первинні та метастатичні) хребта і спинного мозку; 6) патологія судинної системи (аневризми, тромбози); 7) позакісткові запальні процеси (міозити, оперізуючий лишай).

При цьому клінічно відбувається нашарування різних вертебронеурологічних синдромів, а саме: дегенеративного стенозу ХС, синдрому нестабільності хребтнорухового сегмента, радикулопатії (венозна застійна ішемія, дисциркуляція), міофасціальних БС (МБС), артропатичного БС (фасеткового синдрому) та локального поперекового (дискогенного) синдрому.

Найчастіше при болях в спині виникає поєднання МБС (спазм, мікротравматизація, ішемізація паравертебральних м'язів, наявність тригерних точок) та вертеброгенного (дискогенного) синдрому. Зазвичай вони потенціюють один одного. Міофасціальні болі спостерігаються більше ніж у половині пацієнтів з дорсопатіями (остеохондрозом, спондилозом, спондилоартрозом). При локальних порушеннях виникає руховий функціональний блок в певному сегменті ХС, тобто зворотне обмеження рухливості хребтнорухового сегменту (ХРС), що реалізується у зв'язку з рефлекторною навколосуглобовою міофіксацією (м'язово-тонічними реакціями). Існує два основних види порушень фіксації в руховому сегменті: гіпермобільність і нестабільність. Перший пов'язаний зі зворотним збільшенням рухливості в суглобі чи ХРС, а другий — із патологічним збільшенням об'єму рухливості, що перевищує фізіологічні межі і виражається в надлишковому лінійному та кутовому зміщенні хребців при порушенні фіксаційної функції.



**Професор В.П. Губенко** проводить майстер-клас з діагностики та корекції м'язових дисбалансів

Мануальна терапія — це комплекс ручних прийомів (рухів) або вправ, що виконуються у фізіологічних межах рухливості суглобів з метою підтримки нормальної структури й функції ОРС. До лікувальних прийомів МТ належать:

- масажні прийоми розслаблення м'язів;
- мобілізація (мобілізація без імпульсу), під час якої пружними рухами приводять ХРС або суглоб у стан попереднього напруження (переднапруження). Так досягається межа пасивної рухливості або максимального обсягу пасивних рухів;
- маніпуляція (мобілізація з імпульсом) — це комплекс пасивних рухів у ХРС або суглобі, що здійснюється лікарем з наростаючою амплітудою до стану переднапруження (втрати пружного опору) з наступним виконанням маніпуляційного поштовху;
- м'які мануальні техніки (нейром'язова терапія — НМТ) — комплекс лікувальних прийомів, при виконанні яких м'язове скорочення та викликані ним нейро-м'язові рефлекторні механізми сприяють розслабленню та розтягненню м'язів, пригніченню м'язового напруження, яке виникає під час виконання мобілізації, з наступним поліпшенням і активізацією рухливості. Виконання НМТ вимагає від лікаря знань функціональної анатомії скелетно-м'язового апарату;
- міофасціальний реліз — м'який мануальний вплив на фасції з метою усунення патологічного напруження та відновлення функції вміщених в них структур (м'язів, нервів, судин);
- краніосакральна терапія (КСТ) — це мануальні техніки, спрямовані на так звану краніосакральну систему, яка включає кістки черепа, хребет, мембрани (намет мозочка, черепні шви), тверду мозкову оболонку і ліквор;
- аутомобілізація.

МТ належить до методів лікування поперекових БС з рівнем доказовості А (багато рандомізованих контрольованих досліджень) з вираженою ефективністю. Результати опублікованих досліджень показали, що МТ краще за все допомагала хворим з гострим болем у спині (без корінцевих симптомів) у перші 4-6 тижнів від початку захворювання (W.J. Assendelft et al., 2003; K.P. Varr et al., 2007).

Проте, безумовно, існують і абсолютні протипоказання до проведення МТ, а саме:

- тяжкий соматичний стан хворого;
- пухлини ХС, спинного і головного мозку, периферичних суглобів, внутрішніх органів;
- гострі інфекційні процеси, в тому числі і ХС та суглобів (остеомиєліт, туберкульозний спондиліт, ревматизм та ін.);
- свіжі травматичні пошкодження суглобів та хребта;
- стан після операції на ХС;
- мієлоішемії, мальформації судин спинного мозку, синдроми з його компресією;
- виражений атеросклероз і гіпертонічна хвороба III стадії.

Також треба завжди пам'ятати, що лікування БС у спині в першу чергу спрямоване на стабілізацію ослаблених дегенеративним процесом сегментів, тому лікар повинен бути обережним при застосуванні методик МТ. Позитивним моментом є використання в МТ нейро-м'язових, міофасціальних, краніосакральних методик як шадного і безпечного м'якотканинного впливу на ОРС.

У другий день конференції відбулися майстер-класи, на яких фахівці демонстрували принципи застосування методів фармакопунктури, МТ та КСТ.



**Майстер-клас Т.О. Шітківа** (Медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини, м. Дніпропетровськ) «Краніосакральна рефлекторна терапія при наслідках ЧМТ»