



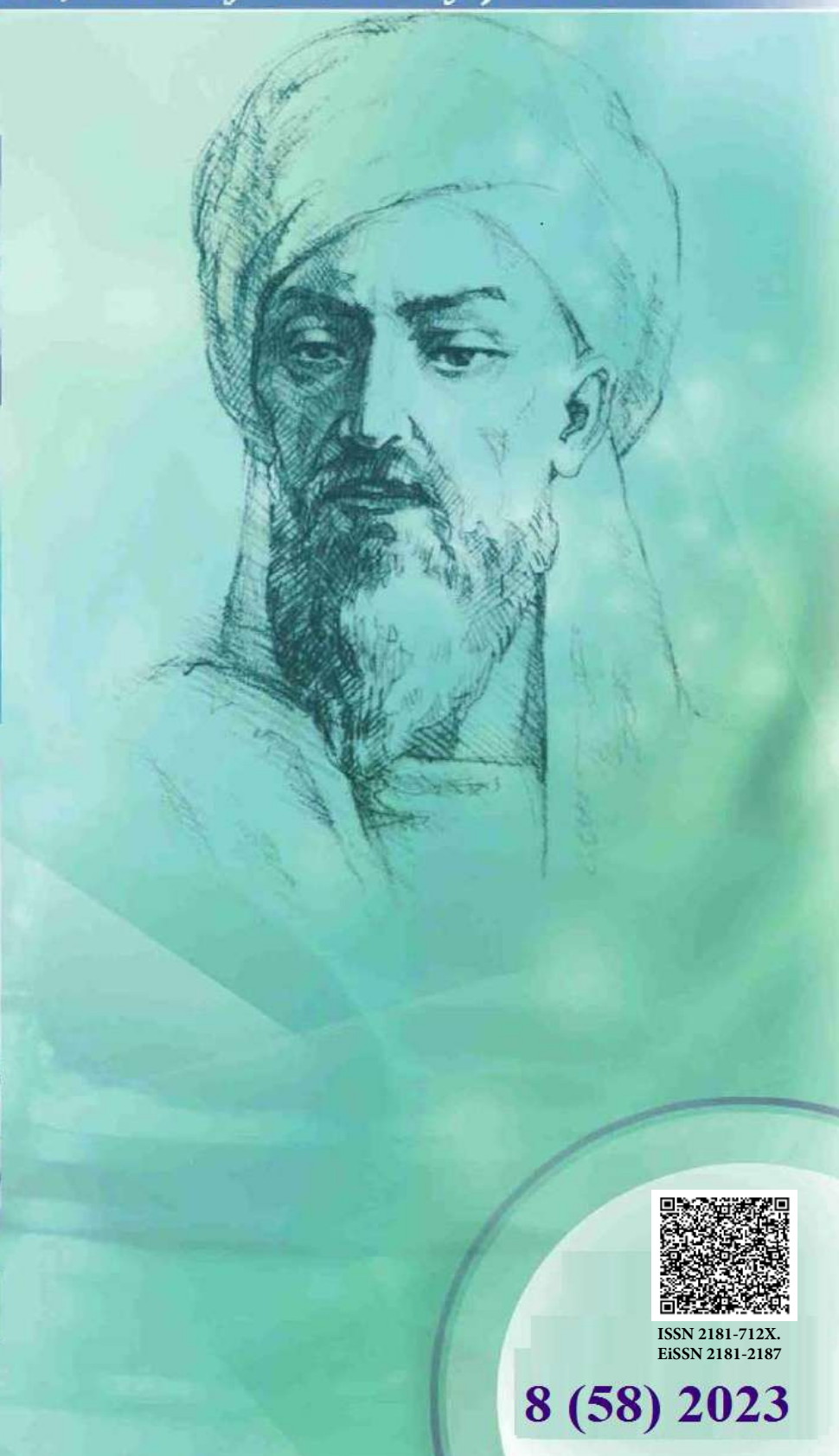
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (58) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (58)

2023

август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.07.2023, Accepted: 05.08.2023, Published: 10.08.2023.

УДК 616.831-009.11-053.2:615.814.1

ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ДЦП С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОТОКОВОЙ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Гаффорова В.Ф. <https://orcid.org/0009-0002-2487-3693>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В статье представлены результаты сравнительная оценка эффективности сеансов МТРП у детей с различными формами ДЦП, показала существенную эффективность особенно при гемиплегической форме ДЦП, по сравнению с группой, получавшей физиотерапию. Увеличение объема движений после сеансов МТРП способствовало развитию высших корковых функций: у детей с тяжелыми формами ДЦП увеличился активный словарный запас, появились элементарные понятия об окружающем мире, хотя мы не ставили целью исследование когнитивной сферы.

Ключевые слова: дети, ДЦП, микроотокковой рефлексотерапия, физиотерапия эпилепсия.

OPTIMIZATION OF THERAPY OF ICP WITH THE APPLICATION OF MICROCURRENT REFLEXOTHERAPY

Gafforova V.F. <https://orcid.org/0009-0002-2487-3693>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

The article presents the results of a comparative evaluation of the effectiveness of MRT sessions in children with various forms of cerebral palsy, showed significant effectiveness, especially in the hemiplegic form of cerebral palsy, compared with the group receiving physiotherapy. An increase in the range of motion after MRT sessions contributed to the development of higher cortical functions: in children with severe forms of cerebral palsy, an active vocabulary increased, and elementary concepts about the world around us appeared, although we did not aim to study the cognitive sphere.

Key words: children, cerebral palsy, microcurrent reflexology, epilepsy physiotherapy.

МИКРАТОКРЕФЛЕКСО ТЕРАПИЯНИ ҚЎЛЛАШ ОРҚАЛИ БОЛАЛАРДАГИ БОШ МИЯ ФАЛАЖИ ТЕРАПИЯСИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ.

Гаффорова В.Ф. <https://orcid.org/0009-0002-2487-3693>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Ушбу мақолада болалардаги бош мия фалажининг турли шакллари қийсий баҳолаш ва МТРП самарадорлиги келтирилган. МТРП олувчи беморлар билан физиотерапия олувчи беморлар ўзаро таққосланган. МТРП бош мия фалажининг гемиплигик шаклида сезиларли даражада самарадорлик берган. Беморларда МТРП дан кейин ҳаракат ортиши кузатилди бу ўз навбатида кортикал функцияларнинг ортишига ёрдам берди. Бош мия фалажининг оғир шакллари бўлган болаларда фаол сўз бойлиги оз миқдорда бўлсада ошди ва биз ушбу беморларда когнитив сохани ўрганишни мақсад қилмаган бўлсада уларда атрофдаги дунё ҳақида элементар тушунчалар пайдо бўлганини кўрдик.

Калит сўзлар: болалар, бош мия фалажи, микроотокрефлексотерапияси, эпилепсия, физиотерапия.



Актуальность

Распространенность детского церебрального паралича составляет 5-8 на 1000 населения, эпилепсии - 2-3% в детской популяции [Белоусова Е.Д., 2003; Цыбульский В.Б., 2005]. Социальная адаптация больных с ДЦП зависит от становления двигательных, интеллектуальных и речевых функций, а также от уровня развития эмоционально-волевой сферы личности. Особая роль отводится социальной работе с семьей, как компоненту реабилитационной деятельности, так как появляется возможность регулирования и организации среды развития ребенка, что предопределяет компенсацию вторичных нарушений развития [3]. По мнению Ренате Хольц [167], важнейшая цель использования вспомогательных приспособлений и специального оборудования – удовлетворение желания ребенка двигаться самостоятельно; значит, эти средства должны облегчать движения, а не препятствовать им. Любое оборудование должно быть простым и удобным; также необходимо, чтобы ребенок со своим вспомогательным приспособлением был интегрирован в повседневную жизнь родителей и семьи в целом. При детском церебральном параличе всегда имеется структурно-морфологическое поражение головного мозга, то есть четкая анатомическая основа клинических симптомов. Такая зона возникает в результате действия какого-либо причинного фактора и не распространяется на другие отделы мозга (поэтому в случае с ДЦП и говорят о непрогрессирующем характере течения). Поскольку за каждой зоной головного мозга закреплена определенная функция, то при ДЦП эта функция утрачивается. Несмотря на современные достижения в области медицины, распространенность ДЦП продолжает оставаться высокой и составляет 1,5-5,9 на 1000 новорожденных детей. Частота ДЦП среди мальчиков несколько выше, чем среди девочек. Соотношение составляет 1,33:1.

Цель исследования: Изучить лечебный эффект микротоковой рефлексотерапии у больных с различными формами ДЦП.

Материал и методы

Методы исследования включали сбор анамнеза, клинико-неврологического обследования, электроэнцефалографию головного мозга (ЭЭГ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ головного мозга).

При сборе анамнеза получали сведения не только у родителей, но и у медицинского персонала. Некоторые вопросы уточняли по имеющейся медицинской и другой документации, относящейся к конкретному больному ребенку (объективный анамнез). По возможности в процессе беседы устанавливали психологический контакт с ребенком, который необходим для дальнейшего обследования и лечения.

Важным было выяснить обстоятельства, при которых начиналось заболевание и возможные этиологические факторы. Уточнялось время, когда появились первые признаки настоящего заболевания, характер их возникновения и дальнейшее течение.

Клинические осмотры были стандартизированы, т.е. проводились по одной схеме, с использованием одних и тех же методов. Клиническая оценка проводилась регулярно.

Неврологическое обследование проводили, последовательно оценивая состояние высших мозговых функций, черепных нервов (ЧМН), двигательной функции (произвольные движения, координация, произвольные движения), чувствительность, менингеальный синдром, вегетативно-трофические функции.

Объективное обследование начинали с общего осмотра и оценки сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной, мочевыделительной, опорно-двигательной системы.

Оценку двигательной сферы проводили у детей с различными формами ДЦП с использованием специализированных шкал оценки: спастичности (шкала Ашворта), анализа походки с помощью системы классификации больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System - GMFCS).

Результат и обсуждения

Целью нашего исследования явилась оптимизация лечения, корригирующего нарушенный тонус мышц-антагонистов, рефлекторную деятельность стволовых структур и функциональную активность моторных зон коры головного мозга для повышения эффективности

реабилитационных мероприятий у больных с различными формами ДЦП. В зависимости от методов реабилитации дети с различными формами ДЦП были разделены на 2 группы (основную и сравнения). Основную группу составили дети, проходившие амбулаторный курс реабилитационной терапии в клинике «Реацентр Ташкент», группу сравнения составили дети, с различными формами ДЦП, находящиеся на лечении в психоневрологической больнице им. У.К. Курбанова. Все больные получали базисную медикаментозную терапию, с целью коррекции нейротрофических нарушений, улучшения церебральной гемодинамики, в возрастной дозировке. Основная группа получала сеансы МТРТ, группа сравнения – массаж и лечебную физкультуру.

Режим торможения применяли при воздействии на корпоральные БАТ классических меридианов (английская аббревиатура) краниоспинальной области: GB20, GB21, GB12, BL11, LI15 и при воздействии на локальные БАТ, находящиеся в центре проекций следующих спастичных мышц: m. gastrocnemius, m. soleus, m. biceps femoris, m. gluteus maximus, m. brachioradialis, m. biceps brachii, m. pronator teres, m. fl. exs. digitorum, m. fl. exs. carpi radialis, m. Pectoralis major. Режим возбуждения применяли при воздействии на зоны краниоакупунктуры: моторную зону - височно-теменную область скальпа (СкВТ) № 10, психомоторную зону - СкВТ № 15, моторночувствительную зону - теменную область скальпа (СкТ) № 16 и при воздействии на локальные БАТ, находящиеся в центре проекций следующих паретичных мышц на кожный покров: m. tibialis anterior, m. peroneus longus, m. extensor digitorum, m. triceps, m. deltoideus. МТРТ проводилась тремя курсами, состоящими из 15 процедур, длительность каждой процедуры составляла 40-50 мин. Курсы лечения проводили с перерывами: 1 мес после 1-го курса и 2 мес после 2-го курса лечения.

В процессе лечения отмечалась хорошая переносимость процедур. Во всех случаях применения МТРТ не зарегистрировано ни одного случая отрицательных побочных реакций. Эффективность лечения оценивали по регрессу основных неврологических проявлений. При оценке неврологического статуса особое внимание уделялось развитию крупной и мелкой моторики паретичных конечностей, изменениям показателей мышечного тонуса, приобретению новых навыков двигательной активности. Кроме того, для оценки восстановления биоэлектрической активности головного мозга был использован метод электроэнцефалографии (ЭЭГ).

По результатам проведенного лечения пациентов с гемипаретической формой ДЦП была выявлена положительная динамика в виде снижения тонуса спастичных мышц пораженных конечностей, которое сопровождалось увеличением объема активных и пассивных движений. Причем наибольшая разница в положительной динамике неврологического статуса отмечалась за счет снижения мышечного тонуса пораженной верхней конечности, увеличения объема активных и пассивных движений и развития мелкой моторики руки.

После курса реабилитации дети со спастической диплегией, с детской гемиплегией и дискинетической формами ДЦП приобрели навыки двигательной активности, но необходимо отметить что в основной группе детей с использованием сеансов МТРТ цифры приобретения навыков были лучше. Особенно это наблюдается в группе детей со спастической диплегией и дискинетической формой ДЦП, так как двигательный дефицит в этих группах был выше.

Заметное улучшение отмечается в навыках ходьбы как в группе со спастической диплегией, так и в группе с дискинетической формой ДЦП. Все дети, которые не могли ползать, стали ползать, вставать на четвереньки, без чего самостоятельное сидение или вертикализация невозможны. Навыки самостоятельной ходьбы развились существенно у 2х детей с гемиплегической формой ДЦП, получавших МТРТ.

После курса лечения у детей с различными формами ДЦП отмечается увеличение объема активных и пассивных движений у 12 и 16 детей основной группы и 5 и 13 детей группы сравнения, опора на полную стопу отмечалась у 6 детей группы сравнения и у 17 детей основной группы, улучшение походки – у 16 детей группы сравнения и у 26 детей основной группы, улучшение мелкой моторики рук 15 детей группы сравнения и у 28 детей основной группы.

Таблица 1

Приобретенные навыки у детей с различными формами ДЦП в динамике лечения.

Осложнения	Спастическая диплегия (n=36)					Детская гемиплегия (n=15)					Дискинетическая (n=9)				
		До лечения		после			До лечения		после			До лечения		после	
		МТРТ 20	16	МТРТ 20	16		МТРТ 8	Ф-Т 7	МТРТ 8	Ф-Т 7		МТРТ 5	4	МТРТ 5	4
Не удерживание головы	2	1	1	0	0	-	-	-	-	-	3	2	1	0	1
Не ползает	4	2	2	0	1	-	-	-	-	-	3	2	1	0	1
нет сидения	3	2	1	0	1	-	-	-	-	-	4	2	2	0	1
Нет стояния	12	6	6	2	5	-	-	-	-	-	4	2	2	1	2
Нет передвижения (ходьбы)	16	8	8	4	7	3	2	1	0	1	5	3	2	2	2

Таблица 2

Увеличение объема активных и пассивных движений у детей с различными формами ДЦП в динамике лечения.

Приобретенные навыки	группа сравнения (N=27)		Основная группа (N=33)		Всего (N=60)	
	п	%	п	%	п	%
Увеличение объема в тазобедренных суставах	5	18,5	12	36	17	28
Увеличение объема в голеностопных суставах	13	48	16	48	29	48
Опора на полную стопу	6	22	17	51,5	29	48
Разгибание голени	1	3,7	5	15	6	10
Улучшение походки	16	59	26	79	42	70
Снижение напряжения в приводящих мышцах бедра	4	15	10	30	14	23
Увеличение объема в лучеза-пястных, локтевых суставах	10	37	12	36	24	40
Улучшение мелкой моторики рук	15	55,5	28	85	43	72

Таблица 3

Оценка эффективности по шкале Ашворта у детей с ДЦП в динамике лечения.

Формы ДЦП	Группа сравнения		Основная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Спастическая диплегия (N=36)	3,8	2,8	3,6	2,4
Детская гемиплегия (N=15)	3,3	2,1	3,4	1,2
Дискинетическая форма (N=10)	3,1	2,7	3,2	2,4
M±m	3,4±0,3	2,5±0,15	3,4±0,1	2,0±0,25

Оценка эффективности лечения по международным шкалам производилась путем сравнения оценок перед началом лечения и после окончания курса терапии. В таблице 2 3.6. представлены полученные результаты у детей обеих групп по шкале Ашворта.

Согласно таблице 2 3.6, по шкале Ашворта в основной группе детей, получавших сеансы МТРТ отмечалось улучшение средних значений при всех формах ДЦП (до лечения $3,4 \pm 0,1$, после - $2,0 \pm 0,25$), особенно в группе с детской гемиплегией. В сравнительной группе детей, получавших курсы физиотерапии без МТРТ также отмечалось улучшение значений показателей по сравнению с показателями после лечения ($3,4 \pm 0,3$ до лечения и $2,5 \pm 0,15$ – после лечения), которые были менее выраженные. При проведении ЭЭГ выявлены признаки дезорганизации корковой ритмики (60%), замедления темпов развития биоэлектрической активности мозга (34%), дисфункции срединно-стволовых структур (82%), а также в ряде случаев снижение порога судорожной готовности (14%).

Таблица 4

Система классификации больших моторных функций (GMFCS) у детей, получивших МТРТ в сравнительном аспекте.

уровни	СД(36)		ДГ(15)		Дис.(9)	
	МТРТ(20)	Баз.ф/т(16)	МТРТ(8)	Баз.ф/т(7)	МТРТ(4)	Баз.ф/т(4)
I уровень – дети могут ходить но не выполняют сложные моторные задания			6			
II уровень – ходьба с поддержкой	2		2	1		
III уровень – передвижение с подручными средствами	8	1	-	6	2	
IV уровень – не могут сидеть	4	7	-		2	1
V уровень – дети с очень ограниченными возможностями слабым контролем туловища и головы	6	8	-			3
всего	20	16	8	7	4	4

Как видно из показателей таблицы Система классификации больших моторных функций (GMFCS) у детей, получивших МТРТ в сравнительном аспекте с детьми, получавшими курс физиотерапии отмечался заметный прирост детей, перешедших на следующий уровень среди детей, которые получали сеансы МТРТ.

Выводы

Таким образом, сравнительная оценка эффективности сеансов МТРТ у детей с различными формами ДЦП, показала существенную эффективность особенно при гемиплегической форме ДЦП, по сравнению с группой, получавшей физиотерапию. Увеличение объема движений после сеансов МТРТ способствовало развитию высших корковых функций: у детей с тяжелыми формами ДЦП увеличился активный словарный запас, появились элементарные понятия об окружающем мире, хотя мы не ставили целью исследование когнитивной сферы. Это еще раз подтверждает то, что ребенок развивается через движение, игру, познает мир, соприкасаясь с ним, т.е. улучшение двигательной активности способствовало развитию когнитивной сферы под влиянием сеансов МТРТ.

Итак, применение сеансов МТРТ является эффективным для абилитации детей с ограниченными возможностями и особенностями в развитии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лильин Е.Т., Доскин В.А. Детская реабилитология: Учебное пособие. – Москва, 2008;291.
2. Пальчик А.Б. Введение в неврологию развития. – СанктПетербург, 2007;368.
3. Шамансуров Ш.Ш., Студеникин В.М. Неврология раннего детства. Ташкент, 2010;616.
4. Айзенберг В.Л., Контакевич М.М., Диордиев А.В., Первый опыт регионарных анестезий у детей с ДДП / Третий Всероссийский конгресс " Педиатрическая анестезиология и интенсивная терапия". /М., 2005.
5. Артемьев Д.В. Клинические аспекты применения ботокса в медицине // Неврологический журнал. 2000;6(5):56-57.
6. Ismatilloeyevna, R.D. (2022). The effectiveness of neuroprotective therapy in ischemic stroke. //European journal of modern medicine and practice 2022;2(1):17-21.
7. Гаффорова В.Ф. Клинико-неврологические, нейрофизиологические и нейроиммунологические особенности судорежного синдрома у детей // Eurasian journal of academic research Part 4 May 2023;3(5):288-296.
8. Gaffarova Visola Furqatovna Evaluate the Neuropsychological, Clinical-Neurological and Neurophysiological Characteristics of Febrile and Afebrile Seizures // American Journal of Science and Learning for Development February 2023;2(2):187-192.
9. Rakhmatova D.I., Sanoeva M.J. (2018). Clinical course of facial nerve neuropathy in patients with comorbid condition. //International Journal of Research, 2018;4:532-539.
10. Rakhmatova D.I. (2020). Forecasting of complications of facial nerve neuropathy according to the results of electroneuromyography. // World journal of pharmaceutical research, 2020;1547-1555.
11. Rakhmatova D.I. (2020). Opportunities of acupuncture in treatment of facial nerve neuropathy. // European Journal of Molecular and Clinical Medicine, 2020;7(7):567-572.
12. Salomova N.K. (2022). Risk factors for recurrent stroke. // Polish journal of science 2020;52:33-35.
13. Qahharovna S.N. (2023). Thromboocclusive Lesions of the Bronchocephalic Arteries: Treatment Options and Phytotherapy Options. //American journal of science and learning for development, 2023;2(2):41-46.
14. Salomova Nilufar Kakhorovna Features of neurorehabilitation itself depending on the pathogenetic course of repeated strokes, localization of the stroke focus and the structure of neurological deficit // European Journal of Research Development and Sustainability (EJRDS) 2022;11:8-12.
15. Salomova N.K. (2022). Risk factors for recurrent stroke. //Polish journal of science 2022;52:33-35.

Поступила 20.07.2023