

УДК: 615.814.1 (075) – 616.832-004.2

Особливості проведення семінарського заняття «Аналіз використання методів акупунктурної діагностики» на циклі спеціалізації з рефлексотерапії

■ Чуприна Г.М.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ Парнікоза Т.П.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме

У роботі показані шляхи оптимізації підготовки лікарів за спеціальністю «Рефлексотерапія». Наводиться досвід організації семінарських занять, клінічних розборів хворих. Представлені клінічні випадки аналізу даних методів акупунктурної діагностики у хворих на розсіяний склероз.

Ключові слова: семінарське заняття, методи акупунктурної діагностики, розсіяний склероз.

Важлива роль у підготовці майбутніх лікарів-рефлексотерапевтів відводиться саме семінарському заняттю [1], що має роль своєрідного ланцюга між теоретичним знаннями і їх практичним втіленням у клінічну роботу: це потребує логічних дій лікаря та навиків по прийняттю конкретних рішень. Проводяться різні види семінарів, але найбільш популярним є семінар-клінічний розбір [1].

Семінар-клінічний розбір передбачає ознайомлення слухачів з реальним хворим, підібраним викладачем з числа пацієнтів що знаходяться під спостереженням кафедри [1]. Хворого слухачі досліджують в умовах реального часу з використанням класичного клінічного неврологічного обстеження та методів акупунктурної діагностики (АПД), а потім обговорюють отримані результати разом з викладачем, з обґрунтуванням механізмів лікувальної дії методів РТ, клінічного та акупунктурного діагнозів і складанням акупунктурного рецепту (АПР). Далі ми наводимо методологію аналізу даних методів АПД, отриманих при дослідженні хворих на розсіяний склероз (РС), що знаходились під спостереженням кафедри неврології і рефлексотерапії упродовж 2007–2016 рр.

Пожиттєве прогресуюче захворювання, яким є РС, з його мінливим перебігом, різноманітністю клінічних проявів, тяжкими наслідками у вигляді стійкого необоротного неврологічного дефіциту, з впливом на психоемоційний стан, якість життя і розвитком стійкої інвалідності в молодому віці [4, 6, 8, 9] потребує підвищення ефективності лікувальних заходів на всіх етапах лікування з включенням як медикаментозних, так і немедикаментозних комплексів, враховуючи протипоказання у деяких категорій хворих до проведення імуносупресивного лікування.

Такий підхід є особливо доцільним за умов наявності у хворих на РС коморбідних захворювань та станів (зокрема, вагітності) [3]. Дотепер залишається відкритим питання про спільність або відокремленість їх патогенетичних механізмів та особливості терапії у випадку їх сполученого перебігу. Важливим предиктором ефективного

застосування методів РТ у складі комплексного лікування пацієнтів з РС, є індивідуальний підхід до лікування, що базується на диференційованому складанні АПР, побудованих в залежності від діагностичних даних, отриманих на основі сучасних наукових знань та уявлень традиційної китайської медицини (ТКМ) [2, 3, 5, 7].

Мета: Сприяти опануванню слухачами методології АПД у хворих на РС в аспекті коморбідності та поглиблення рівня аналізу клінічних неврологічних симптомів РС у обстежених хворих.

Матеріал і методи

Під нашим спостереженням перебувало 216 хворих на РС з різними формами перебігу, які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика в період з 2007 по 2016 рр. Всі хворі на РС були розділені на 2 групи: без супутніх захворювань (БСЗ, n = 109) і з наявністю супутніх захворювань (НСЗ, n = 107).

З метою здійснення аналізу неврологічних симптомів хворих РС з позицій ТКМ, а також з позицій поліпшення ефективності застосування методів РТ у кожного конкретного пацієнта з РС, ми в даному дослідженні здійснювали синдромальну АПД, ЕПД за методами Накатані та Брату [2, 3]. Метод синдромальної АПД полягав у аналізі скарг і даних об'єктивного обстеження хворих з позицій уявлень ТКМ, а також у проведенні діагностики згідно з ТКМ по пульсу і по язика [2, 3].

Результати та їх обговорення

При проведенні синдромальної АПД згідно з ТКМ, у всіх обстежених хворих (100%) нами було діагностовано три домінуючі синдроми ТКМ, які ми виділили у якості основних: «Дефіцит ЧИ селе-

зинки» (група БСЗ – 37 хворих, група НСЗ – 45 хворих), «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» (група БСЗ – 39 хворих, група НСЗ – 30 хворих), «Застій ЧИ печінки» (група БСЗ – 33 хворих, група НСЗ – 32 хворих), (табл. 1), з якої видно, що в групі НСЗ, в порівнянні з групою БСЗ, відносно рівномірно зустрічались пацієнти з синдромом ТКМ «Застій ЧИ печінки» ($p > 0,05$), достовірно частіше – пацієнти з синдромом ТКМ «Дефіцит ЧИ селезінки» ($p < 0,05$) і достовірно рідше – пацієнти з синдромом ТКМ «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» ($p < 0,05$).

Ще п'ять синдромів ТКМ було нами діагностовано на тлі основних лише у частини хворих РС (63,4%) у меншій кількості, тому ми виділили їх у якості супутніх: «Застій Крові» (група БСЗ – 18 хворих, група НСЗ 29 хворих), «Дефіцит ЧИ нирок» (група БСЗ – 17 хворих, група НСЗ – 19 хворих), «Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові» (група БСЗ – 16 хворих, група НСЗ – 10 хворих), «Дефіцит ЯН нирок» (група БСЗ – 9 хворих, група НСЗ – 11 хворих), «Застій Флегми та Жару» (група БСЗ – 3 хворих, група НСЗ – 5 хворих) (табл. 1). В групі НСЗ у порівнянні з групою БСЗ відносно рівномірно зустрічались пацієнти з синдромами ТКМ «Дефіцит ЧИ нирок», «Дефіцит ЯН нирок», «Застій Флегми та Жару» ($p > 0,05$), достовірно частіше – пацієнти з синдромом ТКМ «Застій Крові» ($p < 0,05$) і достовірно рідше – пацієнти з синдромом ТКМ «Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові» ($p < 0,05$).

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Дефіцит ЧИ селезінки» у хворих РС обох груп мали місце такі: м'язова слабкість в кінцівках (96,3%), затерплість у дистальних відділах кінцівок з об'єктивним порушенням чутливості (65,9%), втома (58,5%), депресія (52,4%), денна сонливість (41,5%); серед загальноклінічних проявів –

Таблиця 1

Частота поширення основних та супутніх синдромів ТКМ у хворих РС в аспекті коморбідності

	Синдроми ТКМ у хворих РС	Група БСЗ, абс., %	Група НСЗ, абс., %	Всього, абс., %
Основні	«Дефіцит ЧИ селезінки»	37 (33,9%)	45 (42,2%)**	82 (38,0%)
	«Дефіцит ІНЬ печінки та нирок»	39 (35,8%)**	30 (28,0%)	69 (31,9%)
	«Застій ЧИ печінки»	33 (30,3%)	32 (29,9%)*	65 (30,1%)
Супутні	«Застій Крові»	18 (16,5%)	29 (27,21%)**	47 (21,3%)
	«Дефіцит ЧИ нирок»	17 (15,6%)	19 (17,8%)*	36 (16,7%)
	«Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові»	16 (14,7%)**	10 (9,4%)	26 (12,0%)
	«Дефіцит ЯН нирок»	9 (8,3%)	11 (10,3%)*	20 (9,6%)
	«Застій Флегми та Жару»	3 (2,8%)	5 (4,7%)*	8 (3,7%)

* $p > 0,05$; ** $p < 0,05$

знижений апетит (76,8%), блідий колір шкіри обличчя (62,1%), схильність до метеоризму та неоформлений стілець (59,8%); схильність до схуднення (47,5%), вісцероптоз (30,5%). У пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, при проведенні діагностики по пульсу переважно визначався уповільнений (81,7%) і слабкий (76,8%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [2]. При проведенні діагностики по язичку у пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ переважно мав місце блідого кольору язик (86,5%) з тонким білим нальотом, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому.

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» у хворих РС обох груп мали місце переважно вестибуло-атактичні, окорухові і зорові: похитування при ході (82,6%), запаморочення (76,8%), головокружіння (71,0%), шум у вухах та в голові (62,3%), періодична поява «пелени» перед очима, порушення чіткості фокусування погляду, двоїння (81,1%), порушення гостроти зору (75,4%), порушення сприйняття кольорів (46,4%); серед загальноклінічних проявів – порушення сну (92,8%), тахікардія (88,4%), дратівливість (85,5%), часті припливи крові до обличчя (84,0%), хронічні закрепи (44,9%), дисменорея у жінок (37,7%).

У пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, при проведенні діагностики по пульсу переважно визначався швидкий (88,4%) і ниткоподібний (73,9%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3]. При проведенні діагностики по язичку у пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ переважно мав місце червоного кольору язик зі зменшеною кількістю нальоту (79,7%), що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [2].

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Застій ЧИ печінки» у хворих РС обох груп мали місце переважно ваготонія з суб'єктивним відчуттям похолодання в кистях і ступнях, що підтверджувалось при об'єктивному обстеженні (86,1%) і схильністю до брадикардії (83,1%), дизестезії, парестезії і болі різної локалізації (80,0%), значна емоційна лабільність зі швидкими і частими переходами від дратівливості до депресії (76,9%); серед загальноклінічних проявів – зниження апетиту (75,4%) часті відрижки повітрям (69,2%), відчуття дискомфорту в горлі, пов'язані з суб'єктивним відчуттям стороннього тіла в глотці (58,5%); дисменорея з наявністю передменструального синдрому у жінок (47,7%).

У пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, при проведенні діагностики по пульсу переважно визначався повільний (83,1%) і напружений (78,5%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3]. При проведенні діагностики по язичку у пацієнтів РС з наявністю

цього синдрому ТКМ переважно мав місце темно-червоного кольору язик з бордовими або пурпуровими плямами, покритий тонким шаром нальоту білого кольору (73,9%), що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому.

Щодо аналізу клінічних особливостей супутніх синдромів ТКМ, то він мав такі характерні риси: синдром ТКМ «Застій Крові» частіше (91,5%) спостерігався у хворих РС з основним синдромом ТКМ «Застій ЧИ печінки»; синдром ТКМ «Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові» частіше (88,5%) спостерігався у хворих РС з основним синдромом ТКМ «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок»; синдроми ТКМ «Дефіцит ЧИ нирок», «Дефіцит ЯН нирок», «Застій Флегми та Жару» виключно (100%) були пов'язані з основним синдромом ТКМ «Дефіцит ЧИ селезінки».

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Застій Крові» у хворих РС обох груп мали місце переважно гострі болі колючого характеру з іррадіацією (89,3%) (болі при синдромі Лермітта, мігрені, поперекові больові синдроми; серед загальноклінічних проявів – болі при артрозах суглобів нижніх кінцівок (29,8%), болі в ділянці серця (48,9%), пастозність тканин (57,5%), петехії і сухість шкіри (55,3%), альгодисменорея у жінок (40,4%).

У пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, при проведенні діагностики по пульсу, на тлі характеристик пульсу, притаманних для основного синдрому ТКМ, визначався шорсткуватий пульс (87,2%), що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому. При проведенні діагностики по язичку у пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, на тлі характеристик язика, притаманних для основного синдрому ТКМ, мали місце плями темно-синього або фіолетового кольору, що відповідали, згідно з соматотопічним діленням язика на зони, у відповідності до ТКМ, локалізації больового синдрому у хворих РС.

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові» у хворих РС обох груп мали місце переважно м'язова спастичність (88,5%), запаморочення (80,8%), головокружіння (73,1%), розлади координації рухів (84,6%), тремор (88,5%), ністагм (96,2%).

У пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, при проведенні діагностики по пульсу, на тлі характеристик пульсу, притаманних для основного синдрому ТКМ, визначався короткий пульс і м'який (88,5%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [2]. При проведенні діагностики по язичку у пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, на тлі характеристик язика, притаманних для основного синдрому ТКМ, у 96,2% хворих мало місце бліде тіло язика,

без нальоту, з червоного кольору кінчиком язика, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому.

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Дефіцит ЧИ нирок» у хворих РС обох груп мали місце переважно тетрапарези (91,7%), виражена втома (86,1%), виражений остеохондроз хребта у сполученні з артрозами колінних суглобів (44,4%), порушення функцій тазових органів у вигляді нетримання сечі (94,4%) і розладів статевих функцій (80,6%).

У пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, при проведенні діагностики по пульсу, на тлі характеристик пульсу, притаманних для основного синдрому ТКМ, визначався ниткоподібний (77,8%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [2].

При проведенні діагностики по язика у пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, не було відмічено інших, крім притаманних для основного синдрому, ознак (блідий язик, з тонким білим нальотом) що також є характерними для синдрому ТКМ «Дефіцит ЧИ нирок» [2].

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Дефіцит ЯН нирок» у хворих РС обох груп мала місце лише виражена ваготонія зі значним суб'єктивним відчуттям холоду в ступнях ніг і в попереку (80,0%) і розлади статевих функцій (зниження лібідо) (90,0%); серед загальноклінічних проявів – набряки в ногах (75,0%) і блідість шкіри (95,0%).

У пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, при проведенні діагностики по пульсу, на тлі характеристик пульсу, притаманних для основного синдрому ТКМ, визначався глибокий пульс (80,0%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому.

При проведенні діагностики по язика у пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, не було відмічено інших, крім притаманних для основного синдрому, ознак (блідий язик, з тонким білим нальотом) що також є характерними для синдрому ТКМ «Дефіцит ЯН нирок».

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Застій Флегми та Жару» у хворих РС обох груп мали місце відчуття важкості в голові та кінцівках (переважно в м'язах ніг) (100%), болючі тонічні спазми в м'язах ніг (87,5%) порушення функції тазових органів у вигляді дизуричних проявів з сечовипусканням сечею темного кольору (100%), серед загальноклінічних проявів – зниження апетиту та відчуття важкості і болі в епігастральній ділянці (100%).

У пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, при проведенні діагностики по пульсу,

визначався слизький і частий (100%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому.

При проведенні діагностики по язика у пацієнтів РС з наявністю цього синдрому ТКМ, у 100% випадків мав місце червоного кольору язик, покритий товстим шаром брудного білого вологого нальоту.

При аналізі поширеності основних синдромів ТКМ у пацієнтів з РС групи НСЗ в залежності від різних видів коморбідності з'ясувалось, що синдром ТКМ «Дефіцит ЧИ селезінки» достовірно частіше поширений при гастроентерологічній, аутоімунній і респіраторній коморбідності, синдром ТКМ «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» – при нефрологічній коморбідності і больових поперекових синдромах, синдром ТКМ «Застій ЧИ печінки» – при кардіоваскулярній та цереброваскулярній коморбідності, цефалгіях і лицевих болях.

При артрозах суглобів нижніх кінцівок було превальовання поширеності синдрому ТКМ «Застій ЧИ печінки» над іншими синдромами ТКМ, але воно не досягло статистичної значущості ($p > 0,05$).

При аналізі поширеності супутніх синдромів ТКМ у пацієнтів з РС групи НСЗ в залежності від різних видів коморбідності з'ясувалось, що синдром ТКМ «Застій Крові» достовірно частіше поширений при кардіоваскулярній, цереброваскулярній коморбідності, у разі цефалгій і лицевих болів та артрозах суглобів нижніх кінцівок ($p < 0,05$), а синдром ТКМ «Дефіцит ЧИ нирок» достовірно частіше поширений при аутоімунній, респіраторній, нефрологічній, гастроентерологічній коморбідності та больових поперекових синдромах ($p < 0,05$).

Крім того, хоча і з'ясувалось при проведенні синдромальної АПД, що домінуючим синдромом ТКМ в обох групах хворих з РС є «Дефіцит ЧИ селезінки», але прояви стоматологічної патології, щодо стану зубів і пародонту, як у хворих РС групи БСЗ, так і у хворих РС групи НСЗ корелювали з розладами функції системи «нирок» за рахунок або основного синдрому («Дефіцит ІНЬ печінки та нирок», $p < 0,05$ і $p < 0,001$ відповідно), або супутніх синдромів («Дефіцит ЧИ нирок», $p < 0,01$ і $p < 0,05$ відповідно; «Дефіцит ЯН нирок», $p < 0,05$ і $p < 0,05$ відповідно).

Також з'ясувалось, при проведенні синдромальної АПД, що розлади сну, як у хворих РС групи БСЗ, так і у хворих РС групи НСЗ достовірно корелювали з синдромом ТКМ «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» ($p < 0,05$ і $p < 0,001$ відповідно).

Електропунктурну діагностику (ЕПД) за методами Накатані та Брату проводили 125 (57,8%)

пацієнтам з РС загальної вибірки (56,0% – група БСЗ, 59,8%- група НСЗ), яким у подальшому використовували методи РТ в комплексі лікувальних заходів.

Результати ЕПД за методом Накатані в обох групах нами були проаналізовані за допомогою непараметричних методів статистичної обробки: у якості ознаки для оцінки ми обрали найбільш значні відхилення за межі фізіологічного коридору (ФК) в меридіанах акупунктури (МА) як у бік недостатності, так і у бік надмірності у кожного досліджуваного. Результати було сформовано у абсолютних/відносних величинах по кожному МА.

Аналіз результатів показав (табл. 2), що достовірно частіше по відношенню до інших МА спостерігалась недостатність в МА Селезінки-підшлункової залози ($p < 0,001$) та Нирок ($p < 0,001$), а також надмірність в МА Печінки ($p < 0,001$), Шлунка ($p < 0,05$), Сечового міхура ($p < 0,05$), при цьому різниця між групами БСЗ і НСЗ не досягала рівня статистичної значущості.

В інших МА (Легень, Товстої кишки, Серця, Перикарду, Трьох обігрівачів, Жовчного міхура) найбільш значні відхилення за межі ФК при здійс-

ненні дослідження ЕПД за методом Накатані у хворих РС обох груп були нами зафіксовані лише в окремих випадках і не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0,05$), тоді як в МА Тонкої кишки у жодному випадку не було зафіксовано найбільш значних відхилень за межі ФК.

Результати ЕПД за методом Брату в обох групах нами були проаналізовані за допомогою непараметричних методів статистичної обробки: у якості ознаки для оцінки ми обрали максимальні значення електропровідності (ЕПВмакс) в точках акупунктури (ТА) «Співчуття» (Шу-точки) і «Тривоги» (Мо-точки) дванадцяти МА.

Аналіз результатів показав (табл. 3), що достовірно частіше по відношенню до інших МА спостерігались максимальні значення електропровідності в Мо-точках МА Печінки ($p < 0,001$), Нирок ($p < 0,001$), Жовчного міхура ($p < 0,001$), Сечового міхура ($p < 0,05$), Шлунка ($p < 0,05$) і при цьому різниця між групами БСЗ і НСЗ не досягала рівня статистичної значущості. В інших МА максимальні значення електропровідності в Мо-точках при здійсненні дослідження ЕПД за методом Брату у хворих РС були нами зафіксовані в невеликій кількості випадків і не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

Таблиця 2

Аналіз результатів дослідження ЕПД за методом Накатані у хворих РС в аспекті коморбідності

Меридіани акупунктури	Результатів дослідження ЕПД за методом Накатані у хворих РС, абс.,%					
	Група БСЗ, n = 61		Група НСЗ, n = 64		Всього, n = 125	
	Надмір.	Недост.	Надмір.	Недост.	Надмір.	Недост.
Легень	-	-	-	1 (1,6%)	-	1 (0,8%)
Товстої кишки	-	1 (1,6%)	-	1 (1,6%)	-	2 (1,6%)
Шлунка	7 (11,5%)	-	6 (9,4%)	-	13* (10,4%)	-
Селезінки-Підшлункової залози	-	20 (32,9%)	-	23 (35,9%)	-	43** (34,4%)
Серця	-	1 (1,6%)	-	-	-	1 (0,8%)
Тонкої кишки	-	-	-	-	-	-
Сечового міхура	3 (4,9%)	-	2 (3,1%)	-	5* (4,0%)	-
Нирок	-	16 (26,2%)	-	19 (29,7%)	-	35 ** (28,0%)
Перикарду	-	-	-	2 (3,1%)	-	2 (1,6%)
Трьох обігрівачів	-	-	-	1 (1,6%)	-	1 (0,8%)
Жовчного міхура	-	2 (3,3%)	-	-	-	2 (1,6%)
Печінки	11 (18,0%)	-	9 (14,1%)	-	20 ** (16,0%)	-

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Таблиця 3

Аналіз результатів дослідження ЕПД за методом Брату у хворих РС в аспекті коморбідності

Меридіани акупунктури	Результатів дослідження ЕПД за методом Брату у хворих РС, ЕПВ _{max} , абс., %					
	Група БСЗ, n = 61		Група НСЗ, n = 64		Всього, n = 125	
	Мо-точки	Шу-точки	Мо-точки	Шу-точки	Мо-точки	Шу-точки
Легень	4 (6,6%)	4 (6,6%)	5 (7,8%)	4 (6,3%)	9 (7,2%)	8 (6,4%)
Товстої кишки	1 (1,6%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	2 (3,1%)	2 (1,6%)	3 (2,4%)
Шлунка	7 (11,5%)	5 (8,2%)	8 (12,5%)	6 (9,4%)	15* (10,4%)	11* (8,8%)
Селезінки-Підшлункової залози	5 (8,2%)	5 (8,2%)	4 (6,3%)	5 (7,8%)	9* (7,2%)	10* (8,0%)
Серця	1 (1,6%)	1 (1,6%)	-	2 (3,1%)	1 (0,8%)	3 (2,4%)
Тонкої кишки	3 (4,9%)	3 (4,9%)	1 (1,6%)	2 (3,1%)	4 (3,2%)	5 (4,0%)
Сечового міхура	5 (8,2%)	5 (8,2%)	7 (10,9%)	7 (10,9%)	12* (9,6%)	12* (9,6%)
Нирок	11 (18,0%)	13 (21,3%)	12 (18,8%)	12 (18,8%)	23** (18,4%)	25 ** (20,0%)
Перикарду	2 (3,3%)	1 (1,6%)	3 (4,7%)	3 (4,7%)	5 (4,0%)	4 (3,2%)
Трьох обігрівачів	3 (4,9%)	3 (4,9%)	-	2 (3,1%)	3 (2,4%)	5 (4,0%)
Жовчного міхура	7 (11,5%)	7 (11,5%)	8 (12,5%)	7 (10,9%)	15** (12,0%)	14* (11,2%)
Печінки	12 (19,7%)	13 (21,3%)	15 (23,4%)	12 (18,8%)	27** (21,6%)	25** (20,0%)

*p < 0,05; **p < 0,001.

Також достовірно частіше по відношенню до інших МА спостерігались максимальні значення електропровідності в Шу-точках МА Печінки (p<0,001), Нирок (p<0,001), Жовчного міхура (p<0,05), Сечового міхура (p<0,05), Шлунка (p<0,05) і Селезінки-Підшлункової залози (p<0,05). В інших МА максимальні значення електропровідності в Шу-точках при здійсненні дослідження ЕПД за методом Брату у хворих РС були нами зафіксовані в невеликій кількості випадків і не досягли рівня статистичної значущості (p>0,05).

Отримані нами дані синдромальної АПД і ЕПД у хворих РС були нами використані для оптимізації процесу складання АПР у хворих, яким призначались методи РТ, а також для оптимізації лікувальної тактики симптоматичного медикаментозного лікування основних проявів РС і проявів коморбідної патології, коригування дієти у хворих РС.

Висновки

1. Проведення семінару-клінічного розбору сприяє опануванню слухачами курсів «Спеціалізація з рефлексотерапії» методів акупунктурної діа-

гностики і поглиблення рівня клінічного аналізу хворих.

2. Відмічена кореляція основних синдромів ТКМ з клінічними неврологічними симптомами РС: синдром «Дефіцит ЧИ селезінки» корелював з руховим і чутливими порушеннями, втому, депресією, денною сонливістю; синдром «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» корелював з вестибуло-атактичними, окоруховими і зоровими розладами; синдром «Застій ЧИ печінки» корелював з ваготонією, больовими синдромами, психоемоційними розладами.

3. При проведенні ЕПД по методам Накатані і Брату було виявлено переважне залучення у патологічний процес при РС нижніх меридіанів акупунктури: Селезінки-підшлункової залози, Нирок, Печінки, а також Шлунка, Жовчного міхура, Сечового міхура, що на нашу думку відображає тенденцію до більш раннього і значного втягнення у патологічний процес при РС нижніх кінцівок у порівнянні з верхніми (дисоціація симптомів «по вертикалі»).

Література

1. Напрямки оптимізації підготовки лікарів на циклі спеціалізації з рефлексотерапії / Мурашко Н.К., Чуприна Г.М., Парнікоза Т.П. [та ін.] // Зб. наук. праць спів. НМАПО ім. П.Л.Шупика. – 2012. – Вип. 21. – Кн. 1. – С. 585–589.
2. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н.К. Свиридової, О. Г. Морозової. – К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. – Т. 3. – 496 с.
3. Чуприна Г. М. Астенічні синдроми в структурі неврологічної патології / Г. М. Чуприна, Є. Л. Мачерет, О. Є. Коваленко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. – 2007. – Вип. 16, кн. 4. – С. 75–762.
4. Чуприна Г. М. Підхід до рефлексотерапії в комплексному лікуванні хворих з розсіяним склерозом з урахуванням коморбідності / Г. М. Чуприна, Н. К. Мурашко // Сімейна медицина. – 2013. – № 4 (48). – С. 77–80.
5. Чуприна Г.М. Розсіяний склероз: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування (клінічна лекція) / Чуприна Г.М., Свиридова Н.К. // Східно-Європейський неврологічний журнал. – 2016. – № 1(7). – С. 18–26.
6. Multiple sclerosis rehabilitation. From impairment to participation. / Finlayson M. (editor) / London, New York: CRC Press, 2013. – 560 p.
7. Acupuncture for neurogenic bladder due to spinal cord injury: a systematic review protocol / T. Zhang, H. Liu, Z. Liu [et al.] // BMJ open. – 2014. – P. 1–7.
8. Acupuncture-induced analgesia: the role of microglial inhibition / L. Lin, N. Skakavac, X. Lin [et al.] // Cell Transplantation. – 2016. – Vol. 25, P. 621–628.
9. Current research in acupuncture / Y. Xia [et al.]; eds. Y. Xia., G. Ding, G–C. Wu. – New York : Springer science + Business media, 2013. – 731 p

Особенности проведения семинарского занятия «Анализ использования методов акупунктурной диагностики» на цикле специализации по рефлексотерапии

Чуприна Г. Н.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Свиридова Н. К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Парнікоза Т. П.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Резюме

В работе показаны пути оптимизации подготовки врачей по специальности «Рефлексотерапия». Приводится опыт организации семинарских занятий, клинических разборов больных. Представленные клинические случаи анализа данных методов акупунктурной диагностики у больных рассеянным склерозом.

Ключевые слова: семинарское занятие, методы акупунктурной диагностики, рассеянный склероз.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Chupryna G.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Parnikoza T.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Summary

The paper shows the ways of optimizing the training of doctors on the specialty «Reflexotherapy». The experience of organization of seminars, clinical analysis of patients is given. Presented clinical cases of analysis of these methods of acupuncture diagnostics in patients with multiple sclerosis.

Key words: seminar, methods of acupuncture diagnostics, multiple sclerosis.