

Підхід до рефлексотерапії у комплексному лікуванні хворих із розсіяним склерозом з урахуванням коморбідності

Г.М. Чуприна, Н.К. Мурашко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті наведено дані аналізу зв'язків між основними клінічними неврологічними синдромами при розсіяному склерозі (РС) і домінуючими синдромами традиційної китайської медицини та даними електропунктурної діагностики в аспекті коморбідності. Розглядаються питання доцільності диференційованого застосування методів рефлексотерапії у складі комплексного лікування хворих з РС на основі проведення акупунктурної діагностики.

Ключові слова: розсіяний склероз, коморбідність, рефлексотерапія, акупунктурна діагностика.

Розсіяний склероз (РС) є складним нейродегенеративним аутоімунним захворюванням, для якого притаманне поширення вогнищ демієлінізації запального характеру переважно у центральній нервовій системі (ЦНС), причому однією з основних рис цього захворювання є значна варіабельність локалізації, кількості і розміру вогнищ у речовині головного і спинного мозку, в структурах периферійної нервової системи («розсіяність»). Це зумовлює велику кількість неврологічних симптомів, а також взаємопов'язане з широким колом коморбідних захворювань, які можуть мати негативний вплив на стан здоров'я хворого з РС [3–5, 7]. Наукові дослідження останніх років свідчать [5, 7], що неврахування негативного впливу низки коморбідних захворювань на перебіг патологічного процесу при РС призводить до зниження ефективності патогенетичної і симптоматичної терапії хворих з РС, а у кінцевому підсумку – до погіршення якості їхнього життя.

Коригувати перебіг супутньої патології при РС можливо як завдяки призначенню адекватної медикаментозної терапії, так і шляхом застосування немедикаментозних методів лікування, зокрема методів рефлексотерапії (РТ), які не лише полегшують перебіг коморбідних до РС захворювань, але й застосовані у комплексній терапії, проявляють ознаки патогенетичного щодо РС впливу, діючи як «немедикаментозні енергокоректори»: володіють імуномодулювальною дією, сприяють профілактиці загострень та усуненню окремих симптомів загострення РС, тобто забезпечують підвищення рівня нейропластичності ЦНС, від чого в кінцевому підсумку залежить рівень компенсації мозкових уражень і темпи розвитку дегенеративних змін у структурах мозку [2–4, 6, 8, 9].

Важливим предиктором ефективного застосування методів РТ у комплексному лікуванні хворих з РС є індивідуальний підхід до лікування кожного хворого, що базується на диференційованому складанні акупунктурних рецептів (АР) залежно від діагностичних даних, отриманих на основі уявлень традиційної китайської медицини (ТКМ) [1–4, 6, 8].

Мета дослідження: проаналізувати зв'язок між основними клінічними неврологічними синдромами РС і домінуючими синдромами ТКМ і з даними електропунктурної діагностики (ЕПД) в динаміці в аспекті коморбідності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилися 138 хворих з РС з різними формами перебігу, з наявністю супутніх захворювань (61

пацієнт – 44,2%), та без жодного супутнього захворювання (77 пацієнтів – 55,8 %), які мешкали у Київській області та в м. Києві та проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології та рефлексотерапії з 2007 до 2013 р. Діагноз РС було встановлено відповідно до оновлених критеріїв МакДональда (2005 р.). У 75 хворих (54,3%) у складі комплексного лікування було використано методи РТ, а у 63 (45,7%) – методи РТ не застосовували.

У всіх пацієнтів (n=138) було проведено синдромальну акупунктурну діагностику згідно з уявленнями ТКМ (що включала аналіз анамнестичних даних, об'єктивних даних загального клінічного обстеження, об'єктивних неврологічних симптомів захворювання, проведення діагностики за пульсом і язиком) та апаратну ЕПД за методом Накатані за допомогою комп'ютеризованої діагностичної системи «ТКМ 1302» (сертифікована МОЗ України), також був проаналізований зв'язок суб'єктивних та об'єктивних проявів РС і типу перебігу РС (табл. 1) і коморбідних до РС захворювань (табл. 3) з домінуючими синдромами ТКМ і з даними ЕПД в динаміці. Симптоми РС були згруповані відповідно до Шкали ушкоджень функціональних систем (за J. Kurtzke, 1983). Дані були проаналізовані за допомогою непараметричного критерію Крускала–Уолліса (H) (припущення щодо наявності і достовірності зв'язків між групами) та непараметричного критерію Вілкоксона (аналіз даних ЕПД у динаміці).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З обстежених пацієнтів з РС в аспекті коморбідності у 77 осіб (55,8%) не було жодного супутнього захворювання (I група), тоді як у 61 (44,2%) пацієнта, в яких спостерігали супутні захворювання (II група), у 33 (54,1%) було одне супутнє захворювання, у 17 (27,9%) – два, а в 11 (18,0%) – три і більше супутніх захворювань.

У всіх обстежених хворих було діагностовано 8 різних синдромів ТКМ (див. табл. 1 і 2), серед яких, з міркувань клінічної доцільності, виділили у всіх хворих (n=138) у якості основних (тих, що пов'язані з основними патогенетичними механізмами при РС) три синдроми: «Дефіцит ЧИ селезінки» (42,8%), «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» (29,7%), «Застій ЧИ печінки» (27,5%) та у переважній більшості хворих (n=106) у якості супутніх було виділено п'ять синдромів: «Застій Крові» (31,1%), «Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові» (25,5%), «Дефіцит ЧИ нирок» (19,8%), «Дефіцит ЯН нирок» (17,0%) «Застій Флегми та Жару» (6,6%). Зв'язок між основними клінічними неврологічними синдромами РС і домінуючими синдромами ТКМ (основними і супутніми) наведений у табл. 3.

Щодо розбіжностей у I та II групах, то в групі з коморбідністю (II група, n=61) достовірно переважала кількість хворих з наявністю супутнього синдрому ТКМ (93,4% проти 63,6%; $p < 0,05$); симптоми ураження пірамідного тракту в II групі достовірно частіше були пов'язані з синдромом «Дефіцит ЧИ селезінки» (основний домінуючий синдром ТКМ)

Найбільш поширені (основні) синдроми ТКМ у хворих з РС, їхні найважливіші клінічні прояви і методи акупунктурної корекції

Назва синдрому ТКМ	Клінічні прояви	Ключові загальні ТА для АП рецепта
Дефіцит ЧИ селезінки	М'язова слабкість у кінцівках, знижений апетит, втома, знижена резистентність організму, блідий колір обличчя, депресія, діарея; метеоризм, вісцероптоз, схильність до схуднення	E-36, RP-3,4,6 – тонізує E/RP J-12-E Mu, баланс між Інь та Ян F-13 - RP Mu V-20 - RP Shu V-21 - ST Shu T-20 – тонізує ЦНС, забезпечує підняття ЧИ вгору, до мозку
Застій ЧИ печінки	Похолодання дистальних відділів кінцівок, психоемоційні розлади, парестезії і біль, анорексія, відрижка; відчуття стороннього тіла в горлі; дисменорея, альгодисменорея	F-3,5 – тонізує F, регулює печінкову Чи F-14 - F Mu, регулює печінкову Чи V-18 - F Shu T-20, PC-1 – нейтралізують вплив застою печінкової ЧИ на ЦНС
Дефіцит Інь печінки та нирок	Нетверда хода, запаморочення, шум у вухах та в голові, окоухові, зорові розлади, порушення сну, дратівливість, припливи крові до обличчя, закрп, дисменорея	F-3, 8 – тонізує Інь F R-3,6,10 – тонізує Інь R V-23, 52, VB-25 – тонізує Інь R

Таблиця 2

Супутні синдроми ТКМ у хворих з РС, їхні найважливіші клінічні прояви і методи акупунктурної корекції

Назва синдрому ТКМ	Клінічні прояви	Ключові загальні ТА для АП
Застій Флегми та Жару	Відчуття важкості та затерпlosti в кінцівках, важкість у голові та сонливість, анорексія, дизуричні прояви, виділення сечі темного кольору	RP-9 – усуває застій Флегми T-14, GI 4,11 – очищає від Жару V 28
Застій Крові	Гострий, колючий біль з іррадіацією (мігрень, люмбаго, синдром Лермітта), пастозність або сухість шкіри, петехії; альгодисменорея	VB-34, F-3, RP-10, V-17
Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові	Відсутність сили в кінцівках, спастичність, головний біль напруження, запаморочення, атаксія, розлади координації рухів, тремор, ністагм	F-3, TR-5, VB-34
Дефіцит ЧИ нирок	Утома, відсутність сили в 4 кінцівках, слабкість у попереку і в колінах, шум у вухах та в голові, центральні порушення сечовипускання і статевих функцій	R-3, V-23
Дефіцит ЯН нирок	Набряки в ногах, відчуття холоду в ногах та в попереку, зниження лібідо	R-3, V-23, T-4, J-4,6,8

(50,8% проти 36,7%; $p < 0,05$) та астенічний синдром у II групі достовірно частіше був пов'язаний також з синдромом «Дефіцит ЧИ селезінки» (49,2% проти 32,5%; $p < 0,05$).

Результати ЕПД в обох групах були проаналізовані за допомогою непараметричних методів статистичного оброблення: у якості ознаки для оцінювання обрали «найбільш значні відхилення за межі фізіологічного коридору в меридіанах». Аналіз результатів засвідчив, що достовірно частіше спостерігалась дефіцит в меридіані Селезінки-підшлункової залози – у 67 (48,6%), дефіцит в меридіані Нирок – у 41 (29,7%) та надмірність в меридіані Печінки – у 30 (21,7%) осіб ($p < 0,05$). Щодо розбіжностей у I та II групах, то у II групі достовірно переважала кількість результатів з дефіцитом в меридіані Селезінки-підшлункової залози (60,7% проти 39,0%; $p < 0,05$) та спостерігалась достовірно вища кореляція між дефіцитом у меридіані Селезінки-підшлункової залози та симптомами ураження пірамідного тракту (60,7% проти 39,0%; $p < 0,05$) і астенічним синдромом (52,5% проти 37,7%; $p < 0,05$), а також достовірно нижча кореляція між дефіцитом в меридіані Нирок і астенічним синдромом (23,9% проти 35,1%; $p < 0,05$) та окоуховими розладами і надмірністю в меридіані Печінки (16,4% проти 26,0%; $p < 0,05$).

При оцінюванні результатів ЕПД в динаміці (після проведеного курсу лікування, у тому числі у 75 хворих – РТ), з'ясували, що найбільш стійкою ЕПД-ознакою у хворих з РС виявився дефіцит у меридіані Селезінки-підшлункової залози – у 59 (42,7%; $p < 0,05$), тоді як відхилення в інших меридіанах (Нирок та Печінки) зазнали значної редукції: найбільш динамічним щодо позитивної реакції на лікування виявилась надмірність в меридіані Печінки – у 13 (9,4%; $p > 0,05$), також

значну позитивну динаміку спостерігали щодо дефіциту в меридіані Нирок – у 27 осіб (19,6%; $p > 0,05$).

Щодо розбіжностей у I та II групах, то в групі з коморбідністю (II група, $n=61$) кореляція між дефіцитом у меридіані Селезінки-підшлункової залози і симптомами ураження пірамідного тракту (55,7% проти 22,1%; $p < 0,05$) та астенічним синдромом (50,8% проти 29,9%; $p < 0,05$) стала більш глибокою, а рівень кореляції між дефіцитом в меридіані Нирок і астенічним синдромом та окоуховими розладами і надмірністю в меридіані Печінки суттєво знизився. Хоча і не було отримано достовірних результатів, але слід зазначити, що найбільш стійкі дані ЕПД після проведеного лікування спостерігали у хворих РС з коморбідною патологією, більш вираженим пірамідним і астенічними синдромами і за відсутності акупунктурного лікування у комплексі лікувальних заходів.

ВИСНОВКИ

1. Наявність коморбідної патології негативно впливає на перебіг патологічного процесу і результати лікування у хворих з розсіяним склерозом (РС).

2. У хворих з РС відзначали кореляцію, яка є достовірною у групі хворих з коморбідністю, між синдромом ТКМ «Дефіцит ЧИ селезінки» та дефіцитом в меридіані Селезінки-підшлункової залози за даними ЕПД і симптомами ураження пірамідного тракту та астенічним синдромом.

3. Навіть під впливом комплексного лікування дефіцит в меридіані Селезінки-підшлункової залози за даними ЕПД залишається стійким, тоді як відхилення в меридіанах Нирок та Печінки демонструють значну позитивну динаміку, що може