

Розсіяний склероз на тлі гастроентерологічної коморбідності: особливості перебігу, підходи до медикаментозного та акупунктурного лікування

Г.М. Чуприна, Н.К. Мурашко

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

У статті розглянуто особливості гастроентерологічної коморбідності при розсіяному склерозі, проаналізовано її зв'язок з перебігом основного захворювання. Розглянуто підходи до медикаментозної корекції та до диференційованого застосування методів рефлексотерапії на основі проведення акупунктурної діагностики.

Ключові слова: розсіяний склероз, гастроентерологічна коморбідність, рефлексотерапія.

Супутня патологія зустрічається у хворих з розсіяним склерозом (РС) приблизно у половині випадків, при цьому характер і ступінь її впливу на перебіг РС досліджені на сьогодні недостатньо і потребують уточнення [1, 2, 4–7]. Тому одним із важливих аспектів сучасних досліджень щодо РС є вивчення ступеня впливу коморбідних захворювань на перебіг РС: провокування загострень, наростання темпів прогресування, зменшення ефективності лікувальних заходів [4–6, 8].

Значний сегмент супутньої патології при РС належить до гастроентерологічної коморбідності, що може мати негативний вплив на перебіг основного патологічного процесу у хворих на РС і потребує адекватної медикаментозної та немедикаментозної корекції.

Мета роботи: визначити вплив гастроентерологічної коморбідності при РС на перебіг цього захворювання та розробити оптимальні шляхи його медикаментозної та немедикаментозної корекції.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходились 146 хворих із РС з різними формами перебігу, з наявністю супутніх захворювань (69 – 47,2%) та без жодного супутнього захворювання (77 – 52,8%), які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології та рефлексотерапії з 2007 до 2013 року. Діагноз РС було встановлено відповідно до оновлених критеріїв Мак Дональда (2005), а супутня патологія зафіксована в амбулаторній карті відповідним спеціалістом.

Захворювання травного тракту у групі хворих з коморбідністю були зафіксовані у 32 хворих (в одного хворого одне або декілька супутніх захворювань) і представлені наступним чином: гастроєзофагальний або дуоденальний рефлюкс – у 7 хворих (10,1%), хронічний холецистит – у 18 (26,1%), хронічний гепатит – у 5 (7,2%), хронічний гастрит – у 4 (5,8%), хронічний панкреатит – у 6 (8,7%), синдром подразненого кишечника – у 5 (7,2%), хронічний закреп – у 15 хворих (21,7%).

У всіх пацієнтів з РС на тлі гастроентерологічної коморбідності (n=32) було проведено синдромальну акупунктурну діагностику згідно з уявленнями Традиційної китайської медицини (ТКМ), яка включала аналіз анамнестичних даних, об'єктивних даних загального клінічного

обстеження, об'єктивних неврологічних симптомів захворювання, проведення діагностики за пульсом і язиком, і апаратну електропунктурну діагностику (ЕД) за методом Накатані. Також було проведено ЕД за МО- та Шу-пунктами. Метод ЕД було запропоновано румунськими дослідниками J. Bratu, V. Prodesku, A. Georgesku у 1954 р. Автори запропонували у якості «ураженого» вважати той меридіан (відповідно ту функціональну систему), електричний опір якого насамперед у Мо-пункті, а також, можливо, й у Шу-пункті мінімальний (відповідно електропровідність – максимальна); його пропонували для акупунктурного впливу.

У попередніх дослідженнях [1] було виявлено, що у хворих з автоімунною патологією досить часто спостерігають гіперестезію у різних ділянках тіла і що у їхньому розташуванні є певна системність. З метою уточнення їхньої локалізації, характеру вирішено провести дослідження зон Захар'їна–Геда, застосувавши для цього класичну пробу Н. Head у динаміці у всіх пацієнтів з РС на тлі гастроентерологічної коморбідності. Крім того, було проведено пальпаторне дослідження точок акупунктури (ТА) у межах зон Захар'їна–Геда. Усередині кожної зони відображеного болу часто існують одна або декілька тригерних зон, для яких притаманна постійна локалізація. Такі зони в основному співпадають з розташуванням ТА, зокрема «точок тривоги» і «точок співчуття» основних функціональних систем (меридіанів акупунктури) у ТКМ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед пацієнтів з РС на тлі гастроентерологічної коморбідності домінував ремітивний тип перебігу РС – 17 хворих (24,6%), а серед коморбідної патології найчастіше були представлені хронічний холецистит (11 хворих) гастроєзофагальний або дуоденальний рефлюкс (3 хворих), хронічний гастрит (2 хворих), синдром подразненого кишечника (4 хворих) та хронічний закреп (4 хворих). Ремітивно-прогресивний тип перебігу РС спостерігали у 12 хворих (17,3%), а серед коморбідної патології найчастіше були представлені хронічний гепатит (4), хронічний холецистит (5) та хронічний закреп (6). Первинно-прогресивний тип перебігу РС був у 5 хворих (7,2%), а серед коморбідної патології тут домінували хронічний панкреатит (5) та хронічний закреп (5). За допомогою анкетування хворих та аналізу історій хвороб і амбулаторних карт були отримані дані, які свідчили про зв'язок супутньої патології з перебігом основного патологічного процесу у хворих з РС: так, у 19 хворих загострено або початку прогресування РС часто передували розлади ТТ: біль у животі, печія, анорексія, закреп або рідкі випороження, зменшення маси тіла. Слід зауважити, що згідно з уявленнями ТКМ з функціями ТТ тісно пов'язана «Вей ЧИ» (захисна функція організму, імунітет), тому й не дивно, що

процесу демієлінізації в ЦНС при автоімунній патології передує розлад функцій ТТ.

Дослідження зон Захар'їна–Геда виявило наявність болючості насамперед під час обстеження дерматомів: С4–С5 – органи грудної і черевної порожнини – у 27 хворих (84,4%); D5–D7 (середня лінія ззаду і спереду) – стравохід, шлунок і підшлункова залоза – у 21 (65,6%); D8–D9 – печінка і жовчний міхур – у 29 (90,6%); D3–D5 (задня поверхня, міжлопаткова зона) – серце, легені – у 19 (59,4%); L4–L5 – на гомілці – у 49 (43,8%); С4–D3 – на груднині – у 35 хворих (31,3%).

Пальпаторне дослідження тригерних точок усередині зацікавлених зон Захар'їна–Геда встановило, що найчастіше болючість, більш виражену, ніж у самій зоні, виявляли у ТА VB-20 – у 26 (81,3%) хворих, VB-21 – у 17 (53,1%), F-14 – у 30 (93,8%), GI-15 – у 24 (75%), RP-6 – у 19 (59,4%), F3 – у 25 (78,1%), E36 – у 16 хворих (50%).

ЕД за методом Брату засвідчила: найчастіше виявляли підвищення електропровідності у МО- та Шу-пунктах меридіанів «Печінки» (93,8%), «Жовчного міхура» (84,4%), «Серця» (65,6%), «Шлунка» (81,3%), а ЕД за методом Накатані – зацікавленість меридіанів «Печінки» (у 100% випадків); гіперактивність меридіанів «Серця», «Шлунка», «Жовчного міхура» і недостатність меридіанів «Говстої кишки», «Селезінки–Підшлункової залози», «Трьох обігрівачів».

Дані, отримані під час аналізу історій хвороб, клінічного обстеження хворих з РС, проведення дослідження зон Захар'їна–Геда та ЕД за методами Брату та Накатані, підтвердили тенденцію до розвитку не одного, а кількох супутніх захворювань у хворих з РС, що охоплюють декілька функціональних систем організму людини, а отже і лікувальна тактика при РС, щоби бути ефективною, повинна будуватись на системному принципі. Так, корекція супутньої патології повинна здійснюватись як завдяки призначенню адекватної медикаментозної терапії, так і шляхом застосування немедикаментозних методів лікування, зокрема методів рефлексотерапії (РТ).

Згідно зі спостереженнями, у хворих з РС на тлі гастроентерологічної коморбідності дуже важливо навчити пацієнта дотриманню відповідної дієти (оптимальної для підтримання Чи селезінки, згідно з ТКМ, яка виключає споживання сирих продуктів, включав і споживання продуктів, які допомагають зміцнити функцію селезінки, таких, як теплі овочі і супи). Медикаментозне лікування насамперед полягає у призначенні інгібіторів протонної помпи (контралок, нольпаза), ферментних препаратів (креон, ензібене), гепатопротекторів (есенціале, карсил), жовчогінних, послаблювальних засобів.

РТ у комплексному лікуванні РС виконує роль «немедикаментозного енергокоректора»: поліпшує перебіг коморбідних до РС захворювань, діє патогенетично щодо основного процесу при РС, володіючи імуномодулювальною

дією, сприяючи профілактиці загострень та усуненню окремих симптомів загострення, тобто, іншими словами, забезпечує підвищення рівня нейропластичності ЦНС, від чого в кінцевому підсумку залежить рівень компенсації мозкових уражень і темпи розвитку дегенеративних змін у структурах мозку.

Без сумніву, поліпшує ефективність РТ при РС диференційоване складання акупунктурних рецептів залежно від діагностичних даних, отриманих на основі сучасних наукових знань та уявлень ТКМ, адекватне поєднання методів РТ з іншими методами лікування, застосування повноцінних курсів лікування з використанням методів РТ (базового та підтримувальних) [4].

Згідно із даними, оптимальним підходом до РТ при РС за умов коморбідності є, безумовно, застосування алгоритму впливу на систему «Чудових меридіанів» (ЧМ) [3, 4], посилення їхніх акупунктурних ефектів завдяки впливу на систему «Океану енергії», «4 енергетичних морів», «Групових Ло-пунктів», «Точок злиття», а також через «Точки об'єднання» системи «Чудових меридіанів» забезпечення впливу на важливі ТА меридіанів «Сечового міхура», «Шлунка» та ін. [3].

Для впливу на основний патологічний процес при РС за умов коморбідності (дем'єлінізація) рекомендується обирати алгоритм РТ-стимуляції ЧМ янської групи [3, 4]; вибраний ЧМ янської групи слід чергувати з контрастними ЧМ інської групи: наприклад, при супутньому хронічному холециститі, панкреатиті, гастриті – ЧМ-3 з ЧМ-7, або ЧМ-1 з ЧМ-5.

Вплив на важливі паравертебральні зони доцільно здійснювати в межах впливу на І пару ЧМ: після застосування ключової ТА (IG-3), ТА V-10, V-11, V-12 важливо здійснювати вплив на ТА меридіану «Сечового міхура» на відповідному рівні, а також «Точки співчуття» (V-18, 19, 20, 21, 25, 27) за допомогою ГРТ, поверхневої ГРТ та поверхневої продовжувальної ГРТ.

ВИСНОВКИ

1. Гастроентерологічна коморбідність може негативно впливати на перебіг РС, провокуючи загострення і прогресування.
2. Оптимальну корекцію шлунково-кишкових розладів при РС повинно здійснювати як медикаментозними засобами, так і рефлексотерапією, що сприяє як нормалізації функцій травного тракту, так і поліпшує перебіг основного захворювання.
3. Оптимальним підходом до складання акупунктурних рецептів у хворих з РС за умов коморбідності є вплив на систему «Чудових меридіанів».
3. Дані ЕП, проби Геда, проведені в динаміці, дозволяють оптимізувати методику складання акупунктурних рецептів у хворих з РС за умов коморбідності.

Рассеянный склероз на фоне гастроэнтерологической коморбидности: особенности течения, подходы к медикаментозному и акупунктурному лечению Г.Н. Чуприна, Н.К. Мурашко

В статье рассмотрены особенности гастроэнтерологической коморбидности при рассеянном склерозе, проанализирована ее связь с течением основного заболевания. Рассмотрены подходы к медикаментозной коррекции и к дифференцированному применению методов рефлексотерапии на основе проведения акупунктурной диагностики.

Ключевые слова: *рассеянный склероз, гастроэнтерологическая коморбидность, рефлексотерапия.*

Multiple sclerosis background gastroenterological comorbidity: features of the flow approaches to medical treatment and acupuncture G.N. Chuprina, N.K. Murashko

In the article the features of gastroenterological comorbidity in multiple sclerosis analyzed its relationship to the course of the underlying disease. The approaches to pharmacological therapy and to differentiated use of acupuncture techniques on the basis of acupuncture diagnosis.

Key words: *multiple sclerosis, gastroenterological comorbidity, reflexotherapy.*

Сведения об авторах

Чуприна Геннадий Николаевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: reflex@3g.ua

Мурашко Наталия Константиновна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М., Коркушко О.О., Мурашко Н.К., Ханенко Н.В. Міастенія. – К.: Нічлава, 2009. – 286 с.
2. Пономарев В.В. Аутоиммунные заболевания в неврологии. – Минск: Беларуская навука, 2010. – 254 с.
3. Рефлексотерапія / Національний підручник за ред. Н.К. Мурашко, О.Г. Морозової. – К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2013. – Т. I. – 480 с.
4. Рефлексотерапія / Національний підручник за ред. Н.К. Мурашко, О.Г. Морозової. – К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2013. – Т. II. – 421 с.
5. Чуприна Г.М., Мурашко Н.К. Підхід до рефлексотерапії у комплексному лікуванні хворих із розсіяним склерозом з урахуванням коморбідності // Сімейна медицина. – 2013. – № 4. – С. 77–80.
6. Чуприна Г.М., Мурашко Н.К. Розсіяний склероз: сучасні підходи до комплексного лікування та реабілітації з використанням методів рефлексотерапії. // Лікарська справа. Врачебное дело. – 2012. – № 7. – С. 198–204.
7. Correia de Sa J.C., Airas L., Bartholome E. et al. Symptomatic therapy in multiple sclerosis: a review for a multimodal approach in clinical practice// Ther Adv Neurol Disord. – 2011. – № 4. – P. 139–168.
8. Quispe-Cabanillas J.G., Damasceno A., von Glehn F. et al. Impact of electroacupuncture on quality of life for patients with relapsing-remitting multiple sclerosis under treatment with immunomodulators: a randomized study// BMC Complementary and Alternative Medicine. – 2012, 12:209. – P. 1–7.

Статья поступила в редакцию 16.12.2013

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ОБНАРОДОВАНЫ КАТАСТРОФИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

В отчете американского центра по контролю и профилактике заболеваний сообщается, что бактерии, устойчивые к антибиотикам, заражают и приводят к тяжелым осложнениям около 2 миллионов человек в год в одних только Соединенных Штатах, из них 23 тысячи человек погибают от лекарственно устойчивых инфекций. Результаты проведенного исследования опубликованы в журнале JAMA Internal Medicine.

"Если мы не будем сейчас предпринимать никаких действий, в будущем у нас не будет антибиотиков, которые смогут спасти наши жизни", - предупреждает Том Фриден, глава исследования.

Выводы доклада вызвали общественное давление на администрацию продуктов питания и медикаментов США с целью запретить владельцам ферм использовать антибиотики в откорме животных.

На настоящий момент, по подсчетам исследователей, около 80 процентов всех антибиотиков в США увеличивают риск появления резистентных штаммов микроорганизмов, поэтому необходимо организовать стратегию разумного использования антибиотиков на фермах.

В докладе исследователи отмечают, что одной из важных причин приобретения микроорганизмами лекарственной устойчи-

вости является также неадекватный прием антибиотиков. Фриден считает, что в приеме некоторых лекарственных препаратов, назначаемых врачами, нет необходимости, так же, как и в применении многих антибиотиков в животноводстве.

"Чтобы полностью преодолеть эту угрозу, мы должны положить конец излишнему использованию антибиотиков, - процитировал NewScientist комментарий Мэ Ву (Maе Wu), члена Совета по защите природных ресурсов в Вашингтоне. - Мы не можем игнорировать их безудержное применение в животноводстве".

Источник: medportal.ru.