

Аналіз використання методів акупунктурної діагностики у хворих на розсіяний склероз за умов коморбідності

Г.М. Чуприна¹, Н.К. Свиридова¹, А.І. Галуша²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ

Важливим предиктором ефективного застосування методів рефлексотерапії у складі комплексного лікування пацієнтів з розсіяним склерозом (РС), є індивідуальний підхід до лікування у кожного хворого, що базується на диференційованому складанні акупунктурних рецептів, побудованих залежно від діагностичних даних, отриманих на основі сучасних наукових знань та уявлень традиційної китайської медицини (ТКМ).

Мета дослідження: визначити особливості даних методів акупунктурної діагностики (АПД) у хворих на РС в аспекті коморбідності та з'ясувати їхній зв'язок з клінічними неврологічними симптомами РС в обстежених хворих.

Матеріали та методи. Здійснювали синдромальну АПД, електропунктурну діагностику за методами Накатані та Брату у 216 хворих на РС, які були розділені на дві групи: без супутніх захворювань (n=109) і з наявністю супутніх захворювань (n=107).

Результати. Під час проведення синдромальної АПД, згідно з ТКМ, у всіх обстежених хворих (100%) були діагностовані три домінуючі синдроми ТКМ, які були виділені в якості основних: «Дефіцит ЧИ селезінки», «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок», «Застій ЧИ печінки».

Заключення. У результаті проведення багатокомпонентної АПД у хворих на РС було виявлено переважне залучення у патологічний процес функціональних систем ТКМ «Селезінки–підшлункової залози», «Нирок», «Печінки».

Ключові слова: розсіяний склероз, коморбідність, методи акупунктурної діагностики.

Розсіяний склероз (РС) – пожиттєве прогресуюче захворювання з мінливим перебігом, різноманітністю клінічних проявів, тяжкими наслідками у вигляді стійкого необоротного неврологічного дефіциту, з впливом на психоемоційний стан, якість життя, розвитком стійкої інвалідності у молодому віці [1, 2, 4]. Це захворювання потребує підвищення ефективності лікувальних заходів на всіх етапах лікування з включенням як медикаментозних, так і немедикаментозних комплексів, зокрема методів рефлексотерапії (РТ), враховуючи їхній позитивний вплив щодо підвищення рівня нейропластичності ЦНС, а також малозатратність, відсутність алергічних реакцій та інших ускладнень, які можуть виникнути у разі традиційного використання медикаментозних препаратів [5–7].

Такий підхід є особливо доцільним за умови наявності у хворих на РС коморбідної патології, адже РС досить часто поєднується з іншими захворюваннями органів і систем організму. Дотепер залишається відкритим питання про спільність або відокремленість їхніх патогенетичних механізмів та особливості терапії у випадку їхнього сполученого перебігу.

Важливим предиктором ефективного застосування методів РТ у складі комплексного лікування пацієнтів з РС є індивідуальний підхід до лікування, що базується на дифе-

ренційованому складанні акупунктурних рецептів (АПР), побудованих залежно від діагностичних даних, отриманих на основі сучасних наукових знань та уявлень традиційної китайської медицини (ТКМ) [3].

Мета дослідження: визначити особливості даних методів акупунктурної діагностики у хворих на РС в аспекті коморбідності та з'ясувати їхній зв'язок з клінічними неврологічними симптомами РС в обстежених хворих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 216 хворих на РС з різними формами перебігу, які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика в період з 2007 по 2016 рр. Усі хворі на РС були розподілені на дві групи: без супутніх захворювань (БСЗ, n=109) і з наявністю супутніх захворювань (НСЗ, n=107).

З метою здійснення аналізу неврологічних симптомів хворих на РС з позицій ТКМ, а також з позицій поліпшення ефективності застосування методів РТ кожному конкретному пацієнту з РС у дослідженні здійснювали синдромальну АПД, електропунктурну діагностику (ЕПД) за методами Накатані та Брату [3]. Метод синдромальної АПД полягав в аналізі скарг і даних об'єктивного обстеження хворих з позицій уявлень ТКМ, а також у проведенні діагностики за пульсом та станом язика [3].

Статистичне оброблення результатів проводили непараметричними методами аналізу з використанням двостороннього точного критерію Фішера і критерію χ^2 з поправкою Йетса.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час проведення синдромальної АПД, згідно з ТКМ, у всіх обстежених хворих (100%) було діагностовано три домінуючі синдроми ТКМ [3]: «Дефіцит ЧИ селезінки» (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). За даними табл. 1 у групі НСЗ у порівнянні з групою БСЗ часто 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 були діагностовані на тлі основних лише у частини хворих на РС (63,4%) у меншій кількості, тому їх виділили 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

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

	Синдроми ТКМ у хворих на РС	Група БСЗ, абс. число, %	Група НСЗ, абс. число, %	Усього, абс. число, %
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%)

Примітки: * – $p > 0,05$; ** – $p < 0,05$.

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) (див. табл.). У 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 на РС обох груп мали місце такі: м'язова слабкість в кінцівках (96,3%), затерпільсть у дистальних відділах кінцівок з об'єктивним порушенням чутливості (65,9%), втома (58,5%), депресія (52,4%), денна сонливість (41,5%); серед загальноклінічних проявів – знижений апетит (76,8%), блідий колір шкіри обличчя (62,1%), схильність до метеоризму та неоформлені випорожнення (59,8%); схильність до схуднення (47,5%), вісцероптоз (30,5%). У хворих на РС при проведенні діагностики за пульсом переважно визначали уповільнений (81,7%) і слабкий (76,8%) пульс [3]. При проведенні діагностики захворювання за язиком у таких пацієнтів язик переважно був блідо-го кольору (86,5%) з тонким білим нальотом, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3].

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» у хворих на РС обох груп констатували переважно вестибуло-атактичні, окорухові і зорові: похитування під час ходи (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 приливи крові до обличчя (84,0%), хронічні закрепки (44,9%), дисменорея у жінок (37,7%).

У хворих на РС з наявністю цього синдрому ТКМ під час проведення діагностики захворювання за пульсом переважно визначали швидкий (88,4%) і ниткоподібний (73,9%) пульс [3]. При проведенні діагностики за язиком у хворих на РС з наявністю цього синдрому ТКМ язик був переважно червоного кольору зі зменшеною кількістю нальоту (79,7%), що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3].

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Застій ЧИ печінки» у хворих на РС обох груп виявляли переважно ваготонію з суб'єктивним відчуттям похолодання в кистях і ступнях (86,1%), схильність до брадикардії (83,1%), дизестезії, парестезії і болю різної локалізації (80,0%), значну емоційну лабільність зі швидкими і частими переходами від дратівливості до депресії (76,9%); серед загаль-

ноклінічних проявів – зниження апетиту (75,4%), часті відрижки повітрям (69,2%), відчуття дискомфорту у горлі, пов'язані з суб'єктивним відчуттям стороннього тіла у глотці (58,5%); дисменорея з наявністю передменструального синдрому у жінок (47,7%).

У хворих на РС з наявністю цього синдрому ТКМ під час проведення діагностики за пульсом переважно констатували повільний (83,1%) і напружений (78,5%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3]. При проведенні діагностики за язиком у пацієнтів з РС з наявністю цього синдрому, ТКМ мав місце переважно темно-червоного кольору язик з бордовими або пурпуровими плямами, вкритий тонким шаром нальоту білого кольору (73,9%), що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3].

Щодо аналізу клінічних особливостей супутніх синдромів ТКМ, то він мав наступні характерні риси:

- синдром ТКМ «Застій Крові» частіше (91,5%) спостерігали у хворих на РС з основним синдромом ТКМ «Застій ЧИ печінки»;

- синдром ТКМ «Внутрішній Вітер на тлі дефіциту Крові» частіше (88,5%) виявляли у хворих на 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 на РС обох груп виявляли переважно гострий біль колючого характеру з іррадіацією (89,3%) (біль при синдромі Лермітта, мігрень, поперекові больові синдроми); серед загальноклінічних проявів – біль при артрозах суглобів нижніх кінцівок (29,8%), біль у ділянці серця (48,9%), пастозність тканин (57,5%), петехії і сухість шкіри (55,3%), альгодисменорея у жінок (40,4%).

У пацієнтів з РС з наявністю цього синдрому ТКМ під час проведення діагностики за пульсом, на тлі характеристик пульсу, притаманних для основного синдрому ТКМ, виявляли шорсткуватий пульс (87,2%), що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3]. При проведенні діагностики за язиком у пацієнтів з 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 на РС [3].

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

Аналіз результатів дослідження ЕПД за методом Накатані у хворих на РС в аспекті коморбідності, абс. число (%)

Меридіани акупунктури	Група БСЗ, n=61		Група НСЗ, n=64		Усього, n=125	
	Надмірність	Недостатність	Надмірність	Недостатність	Надмірність	Недостатність
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%)**	-

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

У пацієнтів з РС з наявністю цього синдрому ТКМ при проведенні діагностики за пульсом визначали короткий і м'який (88,5%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому. Під час проведення діагностики за язиком у пацієнтів з 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 червоним кінчиком язика, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3].

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Дефіцит ЧИ нирок» у хворих на 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 з РС з наявністю цього синдрому ТКМ під час проведення діагностики за пульсом визначали ниткоподібний (77,8%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3]. При проведенні діагностики за язиком у пацієнтів з РС з наявністю цього синдрому ТКМ не було відзначено інших, крім притаманних для основного синдрому, ознак (блідий язик, з тонким білим нальотом), що також є характерними для синдрому ТКМ «Дефіцит ЧИ нирок» [3].

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Дефіцит ЯН нирок» у хворих на РС обох груп виявляли лише виражену ваготонію 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%) та блідість шкіри (95,0%).

У пацієнтів з РС з наявністю цього синдрому ТКМ при проведенні діагностики за пульсом на тлі характеристик пульсу, притаманних для основного синдрому ТКМ, визначали глибокий пульс (80,0%), що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3].

Під час проведення діагностики за язиком у пацієнтів з РС з наявністю цього синдрому ТКМ не було виявлено інших, крім притаманних для основного синдрому ознак (блідий язик, з тонким білим нальотом), що також є характерними для синдрому ТКМ «Дефіцит ЯН нирок» [3].

Серед клінічних неврологічних проявів синдрому ТКМ «Застій Флегми та Жару» у хворих РС обох груп мали місце

відчуття тяжкості в голові та кінцівках (переважно в м'язах ніг) (100%), болочі тонічні спазми у м'язах ніг (87,5%) порушення функції тазових органів у вигляді дизуричних проявів із сечовипусканням темного кольору (100%), серед загальноклінічних проявів – зниження апетиту та відчуття тяжкості і болю в епігастральній ділянці (100%).

У пацієнтів з РС з наявністю цього синдрому ТКМ під час проведення діагностики за пульсом спостерігали слизький і частий (100%) пульс, що відповідає, згідно з уявленнями ТКМ, даному синдрому [3].

При проведенні діагностики за язиком у хворих на РС з наявністю цього синдрому ТКМ у 100% випадків язик був червоного кольору, вкритий товстим шаром брудного білого вологого нальоту [3].

Під час аналізу поширеності основних синдромів ТКМ у пацієнтів з РС групи НСЗ залежно від різних видів коморбідності було виявлено, що синдром ТКМ «Дефіцит ЧИ селезінки» достовірно частіше поширений при гастроентерологічній, автоімунній і респіраторній коморбідності, синдром ТКМ «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» – у разі нефрологічної коморбідності і больових поперекових синдромах, синдром ТКМ «Застій ЧИ печінки» – при кардіоваскулярній та цереброваскулярній коморбідності, цефалгіях та лицевому болю. При артрозах суглобів нижніх кінцівок було відзначено превалювання 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 виявляють при кардіоваскулярній, цереброваскулярній коморбідності, у разі цефалгій і лицевого болю та артрозах суглобів нижніх кінцівок ($p < 0,05$), а синдром ТКМ «Дефіцит ЧИ нирок» достовірно частіше поширений при автоімунній, респіраторній, нефрологічній, гастроентерологічній коморбідності та больових поперекових синдромах ($p < 0,05$).

Під час проведення синдромальної АПД було виявлено, що домінуючим синдромом ТКМ в обох групах хворих на РС є «Дефіцит ЧИ селезінки». Однак прояви стоматологічної патології щодо стану зубів і пародонту у хворих на РС обох груп 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

Аналіз результатів дослідження ЕПД за методом Брату у хворих РС в аспекті коморбідності, абс. число (%)

Меридіани акупунктури	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%)**

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

синдромів («Дефіцит ЧИ нирок», $p < 0,01$ і $p < 0,05$ відповідно; «Дефіцит ЯН нирок», $p < 0,05$ і $p < 0,05$ відповідно).

Також було з'ясовано, що розлади сну у хворих на РС обох груп достовірно корелювали із синдромом ТКМ «Дефіцит ІНЬ печінки та нирок» ($p < 0,05$ і $p < 0,001$ відповідно).

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 у комплексі лікувальних заходів.

Результати ЕПД за методом Накатані в обох групах були проаналізовані за допомогою непараметричних методів статистичного оброблення: в якості ознаки для оцінювання були взяті найбільш значні відхилення за межі фізіологічного коридору (ФК) в меридіанах акупунктури (МА) як у бік недостатності, так і у бік надмірності у кожного пацієнта. Результати було сформовано у абсолютних/відносних величинах за кожним МА.

Аналіз результатів продемонстрував (табл. 2), що достовірно частіше по відношенню до інших МА спостерігали недостатність у 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 здійсненні дослідження ЕПД за методом Накатані у хворих на РС обох груп були 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 були проаналізовані за допомогою непараметричних методів статистичного оброблення: в якості ознаки для оцінювання були обрані максимальні значення електропровідності (ЕПВ_{max}) у точках акупунктури (ТА) «Співчуття» (Шу-точки) і «Тривоги» (Мо-точки) дванадцяти МА.

Аналіз результатів довів (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 різни-

ця 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 у невеликій кількості випадків і не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

Також достовірно частіше по відношенню до інших МА спостерігали 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 зафіксовані в невеликій кількості випадків і не досягли рівня статистичної значущості ($p > 0,05$).

Отримані дані синдромальної АПД і ЕПД у хворих на РС були 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. У результаті проведення багатокомпонентної АПД у хворих на РС було виявлено переважне залучення у патологічний процес функціональних систем ТКМ «Селезінки-підшлункової залози», «Нирок», «Печінки».

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

3. Під час проведення ЕПД за методами 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. Це свідчить про тенденцію до більш раннього і значного втягування у патологічний процес при РС нижніх кінцівок у порівнянні з верхніми (дисоціація симптомів «по вертикалі»).

Анализ использования методов акупунктурной диагностики у больных рассеянным склерозом в условиях коморбидности

Г.Н. Чупрына, Н.К. Свиридова, А.И. Галуша

При оптимизации применения методов рефлексотерапии в составе комплексного лечения больных рассеянным склерозом (РС) важен индивидуальный подход к лечению, основанный на дифференцированном составлении акупунктурных рецептов, построенных в зависимости от диагностических данных, полученных на основе современных научных знаний и представлений традиционной китайской медицины (ТКМ).

Цель исследования: определить особенности данных методов акупунктурной диагностики (АПД) у больных РС в аспекте коморбидности и выяснить их связь с клиническими неврологическими симптомами РС у обследованных больных.

Материалы и методы. Синдромальную АПД, электропунктурную диагностику по методам Накатани и Брату проводили 216 больным РС, которые были разделены на две группы: без сопутствующих заболеваний (n=109) и с наличием сопутствующих заболеваний (n=107).

Результаты. При проведении синдромальной АПД, согласно ТКМ, у всех обследованных больных (100%) было диагностировано три доминирующих синдрома ТКМ, которые были выделены в качестве основных «Дефицит ЧИ селезенки», «Дефицит ИНЬ печени и почек», «Застой ЧИ печени».

Заключение. В результате проведения многокомпонентной АПД у больных РС было выявлено преимущественное вовлечение в патологический процесс функциональных систем ТКМ «Селезенки–поджелудочной железы», «Почек», «Печени».

Ключевые слова: рассеянный склероз, коморбидность, методы акупунктурной диагностики.

Analysis methods of use acupuncture diagnostics in multiple sclerosis patients under comorbidity

G.N. Chupryna, N.K. Svyrydova, A.I. Galusha

When optimizing the use of acupuncture methods in the complex treatment of patients with MS, important individual approach to treatment is based on a differentiated compilation of recipes acupuncture, built according to the diagnostic data obtained on the basis of current scientific knowledge and understanding of traditional Chinese medicine (TCM)

The objective: to determine the features of these acupuncture diagnostic methods (ADM) in MS patients based on comorbidity and clarify their relationship with the clinical neurological symptoms of MS patients examined.

Patients and methods. ADM was conducted in 216 patients with MS who were divided into 2 groups: without concomitant diseases (n=109) and the presence of concomitant diseases (n=107).

Results. When conducting syndromic ADM according to TCM, in all patients (100%) of us was diagnosed three dominant syndrome of TCM, which we have identified as the main: «spleen qi deficiency», «deficiency of liver and kidney yin», «liver qi stagnation».

Conclusions. As a result of multi-component ADM MS patients were identified pre-emptive involvement in the pathological process of functional systems TCM «Spleen-pancreas», «Kidney», «Liver».

Key words: multiple sclerosis, comorbidity, methods of acupuncture diagnosis.

Сведения об авторах

Чупрына Геннадий Николаевич – Кафедра неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 405-78-25. E-mail: reflex@3g.ua

Свиридова Наталия Константиновна – Кафедра неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-17-56

Галуша Анатолий Иванович – Киевская областная клиническая больница, 03052, г. Киев, ул. Баггоутовская, 1; тел.: (067) 404-06-94

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гендерні особливості преморбідного анамнезу і дебютів при прогресивних типах перебігу розсіяного склерозу/ Волошина Н.П., Негреба Т.В., Терещенко Л.П. [та ін.] // 2011. – Т. 19. – Вип. 2 (67). – С. 13–17.
2. Негрич Т.І., Хавунка М.Я. Особливості первинно-прогресивного типу перебігу розсіяного склерозу у Львівській області за даними регіонального реєстру // Практична медицина. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 50–53.
3. Рефлексотерапія / Національний підручник за ред. Н.К. Мурашко, О.Г. Морозової. – К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2013. – Т. 1. – 480 с.
4. Труфанов Є.О. Клінічні співвідношення у хворих на розсіяний склероз:

Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – К., 2004. – 168 с.
5. Центральные и периферические механизмы действия в реабилитации больных рассеянным склерозом с двигательными нарушениями / Хабиров Ф.А., Кочергина О.С., Бабичева Н.Н. [и др.] // Неврол. вестник. – 2010. – Т. XLII. – Вып. 1. – С. 32–36.
6. Чупрына Г.М. Розсіяний склероз: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування (клінічна лекція)/ Чупрына Г.М., Свиридова Н.К. // Східно-Європейський неврологічний журнал. – 2016. – № 1 (7). – С. 18–26.
7. Multiple sclerosis rehabilitation. From impairment to participation. / Finlayson M. (editor) /London, New York: CRC Press, 2013. – 560 p.

Статья поступила в редакцию 09.11.2016