

СХІДНО-ЄВРОПЕЙСЬКИЙ НЕВРОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

EAST EUROPEAN JOURNAL OF NEUROLOGY

Міжнародний спеціалізований науково-практичний журнал
International Specialized Scientific & Practical Journal

ISSN 2411-5797

№ 2 (14), 2017

Засновники:

Founders

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Ректор, академік НАМН України,
д.мед.н., професор Вороненко Юрій Васильович

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
Rector – Academician of the National Academy of Medical Science of Ukraine,
Professor Yuriy V. Voronenko

Громадська організація

«Всеукраїнська асоціація по неврології та рефлексотерапії»
Голова, д.мед.н., професор Свиридова Наталя Костянтинівна

Ukrainian Association of Neurology and Reflexology
Chief – Professor Natalia K. Svyrydova

Матеріали публікуються мовою оригіналу.

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21169-10969Р
видане Державною реєстраційною службою України 13.02.2015 р.

Журнал включено до переліку наукових фахових видань,
в яких можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт
(Наказ № 1021 від 07.10.2015 МОН України)

Рекомендовано до видання вченою радою Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, протокол № 2 від 15.02.2017 р.

Адреса редакції:

04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.
Тел. +38 (099) 285-89-08
E-mail: in@nevrology.world

Верстання та друк:

ФОП Трубак І.М.
Україна, 03062, м. Київ, вул. Червонозаводська 7, офіс 68.
Виписка з єдиного Державного реєстру серія ААВ № 447784
Дата та номер запису: 19.06.2003 р. № 2 072 175 0000 027889.
Формат: 60 x 84 1/8. Офсетний друк. Тираж 1000 прим.

Забороняється використання будь-яких матеріалів, включаючи статті та фотографії, без письмової згоди видавця.
Авторські права захищено національним законодавством та міжнародними угодами. Думка авторів публікацій може не збігатися з точкою зору видавця. Відповідальність за вірогідність фактів, власних назв та іншої інформації, використаної в публікації, несе автор.
Передрук та інше відтворення в якій-небудь формі в цілому або часткового статей, ілюстрацій або інших матеріалів дозволені тільки з обов'язковим посиланням на джерело. Усі права захищені.
© «East european journal of neurology». Видавець не несе відповідальності за зміст і достовірність реклами.

Головний редактор

Editor-in-Chief

Свиридова Наталя Костянтинівна
Natalia K. Svyrydova

Редакційна колегія

Editorial Board

Голова редакційної колегії

Head of the Editorial Board

Вороненко Ю.В.
Yuriy V. Voronenko

Члени редакційної колегії

Members of the Editorial Board

Боброва В.І. (м. Київ, Україна)
Барна О.М. (м. Київ, Україна)
Вернер О.М. (м. Київ, Україна)
Волошина Н.П. (м. Харків, Україна)
Воронков Л.Г. (м. Київ, Україна)
Гриб В.А. (м. Івано-Франківськ, Україна)
Губенко В.П. (м. Київ, Україна)
Демченко В.А. (м. Київ, Україна)
Литвиненко Н.В. (м. Полтава, Україна)
Паєнок А.В. (м. Львів, Україна)
Педаченко Ю.Є. (м. Київ, Україна)
Пономаренко Ю.В. (м. Київ, Україна)
Слободін Т.М. (м. Київ, Україна)
Соколова Л.І. (м. Київ, Україна)
Сон А.С. (м. Одеса, Україна)
Труфанов Є.О. (м. Київ, Україна)
Трінус К.Ф. (м. Київ, Україна)
Чуприна Г.М. (м. Київ, Україна)
Шекера О.Г. (м. Київ, Україна)

Редакційна рада

Editorial Council

Вдовиченко Ю.П. (м. Київ, Україна)
Волошин П.В. (м. Харків, Україна)
Головченко Ю.І. (м. Київ, Україна)
Дзяк Г.В. (м. Дніпропетровськ, Україна)
Косаківський А.Л. (Київ, Україна)
Ніколаєв В.Г. (м. Київ, Україна)
Педаченко Є.Г. (м. Київ, Україна)
Ben Burton (Great Yarmouth, UK)
Gordon Plant (London, UK)
Oksana Suchowersky (Edmonton, AB, Canada)
Stan Fisher (Houston, Texas, USA)

Відповідальний секретар

Executive Secretary

Бондаренко Ганна Сергіївна
Anna S. Bondarenko
тел./phone: +38(044) 483-17-56
тел./phone: +38(099)285-89-08
e-mail: in@nevrology.world

Зміст Лекції Огляди Новини

4

Лекція циклу спеціалізації з рефлексотерапії
«Використання рефлексотерапії в гінекології»
**Свиридова Н.К., Чуприна Г.М., Парнікоза Т.П.,
Труфанов Є.О., Чередніченко Т.В.**

11

Особливості експериментально-мотиваційних станів у психологічно
дезадаптованих хворих на розсіяний склероз
**Труфанов Є.О., Свиридова Н.К., Чуприна Г.М., Парнікоза Т.П.,
Микитей О.М., Свистун В.Ю.**

18

Порівняльний аналіз показників добового профілю артеріального
тиску у хворих на повторний та первинний ішемічний інсульт
Свиридова Н.К., Микитей О.М.

28

Лекція циклу спеціалізації з рефлексотерапії «Використання
рефлексотерапії у складі комплексних лікувальних заходів
в косметології»
**Чуприна Г.М., Свиридова Н.К., Парнікоза Т.П.,
Чередніченко Т.В.**

34

Лекція циклу спеціалізації з рефлексотерапії «Використання рефлексотерапії при черепно-мозкових травмах»
Парнікоза Т.П., Труфанов Є.О., Свиридова Н.К., Чуприна Г.М.

Contents Lectures Reviews News

4

Lecture of the specialization cycle on reflexology
«Using Reflexotherapy in Gynecology»

**Svyrydova N., Chupryna G., Parnikoza T.,
Trufanov Y., Cherednichenko T.**

11

Peculiarities of experimental-motivation states in psychologically
disadapted patients with multiple sclerosis

**Trufanov Y., Svyrydova N., Chupryna G., Parnikoza T.,
Mykytei O., Svystun V.**

18

Comparative analysis of daily blood pressure profile in patients with
recurrent and primary ischemic stroke

Svyrydova N., Mykytei O.

28

Lecture of the cycle of specialization in reflexology «Using reflexotherapy as
a part of integrated therapeutic measures in cosmetology»

Chupryna G., Svyrydova N., Parnikoza T., Cherednichenko T.

34

Lecture of the cycle of specialization in reflexology «Using reflexotherapy for
craniocerebral trauma»

Parnikoza T., Trufanov Y., Svyrydova N., Chupryna G.

Лекція циклу спеціалізації з рефлексотерапії «Використання рефлексотерапії в гінекології»

■ Свиридова Н.К.

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

■ Чуприна Г.М.

к.мед.н., доцент 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

■ Труфанов Є.О.

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

■ Чередніченко Т.В.

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

Резюме

Вдосконалення напрямку на циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» лекційного матеріалу за темою «Використання рефлексотерапії в гінекології» допомогло б вирішити, як мінімум, дві проблеми: це зниження фармакологічного навантаження на пацієнок і, отже, мінімізація можливих ускладнень і побічних ефектів фармакотерапії. З іншого боку, застосування в структурі лікувальних заходів акупунктури безсумнівно збільшить ефективність терапії

досить широкого спектру патологічних станів в акушерстві та гінекології. Серед захворювань, в лікуванні яких РТ повинна зайняти гідне місце, можна вказати такі, як невиношування вагітності, блювання вагітних, гестоз, порушення менструального циклу, альгодисменорея, ендометріоз, передменструальний синдром, синдром тазових болів, клімактеричний синдром

Ключові слова: акупунктура, точки акупунктури, порушення менструального циклу, передменструальний синдром, синдром тазових болів, клімактеричний синдром, лекція

Післядипломна освіта є важливою і обов'язковою складовою вдосконалення професійної підготовки лікаря, оскільки досягнення сучасних методик обстеження та діагностики пацієнтів, оволодіння схемами лікування та профілактики захворювань є важливою складовою роботи лікаря. Особливе значення в післядипломній освіті відводиться її етапності та послідовності, контролю якості навчання та практичної підготовки лікарів-курсантів на передатестаційних циклах, циклах тематичного удосконалення або циклах спеціалізації [1, 6]. Сьогодні, враховуючи стратегію НМАПО імені П.Л. Шупика, щодо впровадження вимог ISO у всі процеси (наукова, навчально-методична діяльність та надання медичних послуг), робота зі слухачами циклів післядипломної освіти повинна мати завершений цикл – планування процесу, задокументований моніторинг і контроль виконання, оцінка результату, визначення заходів для покращення результату та внесення змін до плану

роботи щодо підвищенню кваліфікації лікарів. Згідно моніторингу і контролю виконання рішень вчених рад і наказів НМАПО імені П.Л. Шупика, ректора, наказів МОЗ і МОН України, проведеного анкетування слухачів-рефлексотерапевтів щодо оцінки якості викладання на кожному циклі, оновлюється напрямок навчально-методичного матеріалу. На циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» оновлено ряд лекційного матеріалу, зокрема вдосконалено напрямок за темою «Використання рефлексотерапії в гінекології».

В лекції з цього напрямку розглядається тематика «Порушення менструального циклу (ПМЦ)», що не є самостійними захворюваннями, яке не можна розглядати навіть як самостійний синдром: це прояв, симптом якогось іншого, більш загального процесу, наприклад, хвороби або синдрому полікістозних яєчників, ендометріозу, міоми матки. Однак уявлення про нозологію в сучасній європейській медицині і ТКМ не збігаються. Крім того, за наявності чіткого ПМЦ має місце настільки ж чіткий, більш загальний діагноз. Часто діагноз «безпліддя» не має ясної нозологічної «розшифровки» [2, 3, 4].

Оскільки ПМЦ, з точки зору сучасної європейської медицини, не більше ніж симптом, то, природно, єдиної, загальноприйнятої їх класифікації не існує. Але в будь-якому випадку, вони можуть трактуватися як прояв недостатності менструального циклу (гіпоменструальний синдром), його надмірності (гіперменструальний синдром або гіперполіменорея), ановуляція і дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК). Ефективність РТ при будь-якому зазначеному виді ПМЦ в даний час сумнівів не викликає (Михайлова Н.А., 2011).

Так, Т.Асо і співавт. (1976) при дослідженні ефективності акупунктури на здорових жінках довели, що вона сприяє підвищенню концентрації стероїдних гормонів в першій фазі менструального циклу і підсилює відповідь гіпофіза на вплив гонадотропін-рилізінг-гормону.

Е.Кубиста і співавт. (1981) довели ефективність акупунктури при оліго-і аменорей на тлі нормальної і зниженої інтенсивності секреції гонадотропінів.

За даними Ю Джін і співавт. (1984), електроakupунктурна стимуляція овуляції у жінок з ановуляторними циклами ефективна в 41,7–56,7% випадків.

Я.А.Гольдштейн і співавт. (1988) вказують на високу ефективність РТ у жінок з гіпоменструальним синдромом. Велике практичне значення має таке питання: які меридіани, що відносяться до систем ІНЬ або ЯН, є провідними в першій фазі фізіологічного менструального циклу, а які в другій, і чи мають місце взагалі закономірності подібного порядку.

У трактаті Су Вень вказані різні періоди в житті жінок у зв'язку з рівнем функціонування певних

каналів АП: у дівчаток енергія нирок формується в 7 років, в 14 років (двічі сім) у них настає статевая зрілість, і починають функціонувати статеві залози; саме в цей момент виявляється енергія судини зачаття Жень-Май і посилюється функція меридіана Чун-Май; у цей період з'являються менструації і дівчина набуває здатність до дітородіння; у 21 рік енергія меридіана нирок досягає максимальної активності-прорізаються зуби мудрості; у 28 років набирають міцності кістки і м'язи, а тіло знаходить міць.; у 35 років Кров і ЧИ меридіанів Ян Мін (Е, ГІ) починають слабшати, обличчя покривається зморшками, і починає випадати волосся; у 42 роки слабшає шість ЯН-меридіанів верхньої частини тіла, обличчя ще більш старіє, а волосся стає сивим; у 49 років слабшає ЧИ каналів Жень-Май і Чун-Май, статеві гормони виснажуються, і жінка стає безплідною. Але, виснаження секреції статевих гормонів на сьомому етапі пов'язується не з каналами Жень-Май і Чун-Май, а з системою «нирок».

Нирки, за уявленнями ТКМ – пара аж ніяк не рівнозначних органів. За концепцією Нань-Цзин, ліва нирка дійсно є ниркою, а права називається «воротами життя» (Мін-Мень) і відповідає за генетичну інформацію і статеву функцію, у ній збирається «сперматична есенція» у чоловіків і «перебуває менструальна кров і сили, які утримують плаценту» у жінок. Нирки відносяться до каналів системи ІНЬ.

Отже, з одного боку, ми маємо право припустити, що в період статевого дозрівання незалежно від статі дитини інські канали є провідними, а з іншого, сугоба специфічності «воріт життя» Мін-Мень змушує серйозно засумніватися в значимості цієї пріоритетності.

У тому ж трактаті Су Вень вказується, що «для того, щоб статеві гормони могли жити організм, необхідно максимум активності і досконалості функціонування п'яти органів (Чжан)». Органи Чжан (один з них – нирки) відносяться до системи ІНЬ, до неї ж належать і канали Жень-Май і Чун-Май. Матка, за уявленнями ТКМ, знаходиться в тісному зв'язку з нирками і каналами Жень-Май і Чун-Май, що відходять від неї (Шноренбергер К., 2011).

Це означає, що і в подальшому для нормального функціонування жіночої репродуктивної системи в цілому визначальним є стан меридіанів і органів системи ІНЬ. Підтвердження цього можна знайти і в роботах з пульсової діагностики, де вказується, що у жінок провідними є пульси правої руки, тобто пульси, що відображають стан інських каналів. Крім того, у жінок пульс в позиції Цунь слабкіше, ніж в позиції Чи. У чоловіків, навпаки, пульс в позиції Цунь сильніше, ніж в в позиції Чи. Цунь відноситься до системи ЯН, Чи – до системи ІНЬ.

Таким чином, можна зробити висновок, що, з точки зору нормального функціонування

репродуктивної системи жінок, «ІНЬські» канали можна розглядати в якості провідних. А.Ф.Жаркін і Н.А.Жаркін (1988), зробили спробу перевести поняття старокитайської медицини на сучасну європейську мову і пишуть про те, що в першу фазу менструального циклу переважають впливу парасимпатичної нервової системи (ІНЬ), а в другу – симпатичної (ЯН). Т.Ю.Даніелян (1992) дотримується тієї ж точки зору. Д.Н.Стояновській (1981) і В. І. Іванов (1991) не знаходять пріоритету каналів ІНЬ або ЯН залежно від фази менструального циклу.

З нашої точки зору, якщо і є переважання якоїсь з систем залежно від фази менструального циклу, то, швидше, навпаки, в першу фазу менструального циклу, фазу проліферації, провідними є канали, що відносяться до системи ЯН, а в другу фазу, яка в разі запліднення трансформується у вагітність раннього терміну, а за відсутності її закінчується, провідними є канали, пов'язані з ІНЬ.

Підводячи підсумок даного огляду, констатуємо, що при очевидності, за інших рівних умов, пріоритетного значення нормального функціонування «ІНЬських» каналів для підтримки фізіологічних параметрів репродуктивної системи жінок, чітких закономірностей ритму ІНЬ-ЯН, що корелюють з менструальним циклом, на сьогоднішній день не виявлено. Отже, використання для регуляції ПМЦ схем РТ, заснованих на стимуляції або гальмуванні каналів, що відносяться до ІНЬ або ЯН, залежно від фази менструального циклу, апіорі видається не зовсім коректним.

Актуальним є розгляд діагностики та лікування гіпоменструального синдрому та аменореї

За даними I.Gerhard і F.Postneek (1992), ефективність лікування безпліддя на тлі олігоменореї і недостатності лютеїнової фази при ізольованому використанні акупунктури або при поєднанні її з фармакотерапією складає 40%, а при ізольованому використанні фармакотерапії – 33,3%. Близькі дані наводить і Л.В.Ткаченко (1984), а Н.П.Паршутін (1990) довів, що акупунктура ефективна при олігоменореї на тлі гіпердрогенії.

На думку Хоанг Бао Тяу та ін (1989), даний патологічний стан може бути пов'язано з наступними синдромами:

- ✓ «сухість» крові, викликана гіпофункцією каналів Нирок і Печінки, і (або) Селезінки;
- ✓ порушення функцій (прохідності) каналів Жень-Май і Чун-Май;
- ✓ застійні явища в Крові із збільшенням ролі каналів Печінки і Жень-Май.

К.Шнорренбергер (2011) вважає, що аменореї відповідають такі китайські діагнози:

- ✓ дефіцит і слабкість ЧИ і Крові;

- ✓ функціональна недостатність Печінки і Нирок;
- ✓ блокування ЧИ і застій Крові;
- ✓ внутрішнє блокування Флегмою і Вологістю.

На думку Гаваа Лувсана (2004), давньокитайські лікарі відносили відсутність менструацій до синдромів дефіциту меридіанів Нирок (вплив ПЧ «Холод» і «Страх»), Печінки (на тлі депресії), Легень (як результат впливу ПЧ «Печаль» і «Занепокоєння») і Селезінки (фізична або психоемоційна первтома).

Халмурат Унур і В.Г.Начатой (1997) пов'язують аменорею з недокрів'ям і дефіцитом ЧИ в організмі або зупинкою Крові в матці. Вони пропонують у першому випадку використовувати канали Селезінки, Сечового міхура і Жень Май, а в другому – замість каналу Сечового міхура канал Печінки.

А.М.Овечкін (1991) також надає великого значення в розвитку гіпо- і аменореї розладу каналів Жень Май і Чун Май внаслідок порушення функцій каналу Печінки.

Д.Н.Стояновській (1981), крім перерахованих вище каналів, рекомендує використовувати канали Шлунка і Ду Май.

Принципи лікування гіпоменструального синдрому та аменореї

За нашими даними, найбільш часто аменорея і гіпоменструальний синдром пов'язані з порушенням функціонування каналів Нирок, Печінки, Жень Май і Чун Май. Метод впливу в дистально розташовані ТА-другий збудливий з тривалістю впливу від 5 до 20 хв, за даними різних авторів (Гаваа Лувсан, 2004; Іванов В.І., 1991; та ін.).

Халмурат Унур і В.Г.Начатой (1997) пропонують використовувати при «рідких менструаціях» (опсоменорея, по К.Н.Жмакіну, 1980) гармонізуючий метод («пін-бу, пін-се»).

Д.Н.Стояновській (1981) вважає, що при аменореї і олігоменореї лікування слід починати з впливу в точки GI-4 або RP-6, застосовуючи на перших трьох процедурах другий гальмівний метод, а на наступних – другий збуджувальний. Впливати на ТА, розташовані на передній черевній стінці, деякі автори радять впливати другим гальмівним методом з тривалістю впливу від 15 до 30 хв. (Стояновський Д.М., 1981; Чжу Лянь, 1992).

Багато авторів підкреслюють необхідність застосування припалювання, особливо в разі дії ПЧ «Холод». Найбільш часто у складі акупунктурних рецептів ми радимо використовувати такі ТА: RP-6,8,9,10; V-20,23,25,26,60; F-2,3,5,8,9,13,14; J-2,3,4,5,6,7; R-3,6,10,12,14; E-28,29,31,36,37,39; T-1,3,4,20; GI-4,10,11; VB-34.

Орієнтовна схема лікування по Д.Н.Стояновському (1981).

✓ при олігоменореї із затримкою менструації менше 5 міс лікування починають за день до передбачуваного строку чергової менструації і продовжують протягом 8 днів;

✓ при аменореї і олігоменореї понад 5 міс – у будь-який час. При гіпоменореї лікування починають за 2–3 дні до чергової менструації.

Процедури проводять щодня: 1) GI-4, J-3, остання з припалюванням; 2) RP-6, J-4 – другим гальмівним методом; 3) J-4 другим гальмівним методом з припалюванням; E-29, RP-6 – другим збуджувальним методом з припалюванням. Курс лікування – 7–10 процедур. Проводять один-два курси з тижневою перервою.

Актуальним є розгляд діагностики та лікування гіперопіменореї

За даними К.Шнорренбергера (2011), європейському діагнозу «менорагія» відповідають китайські діагнози:

- ✓ Повнота і Жар;
- ✓ дефіцит ІНЬ у поєднанні з дефіцитним Жаром;
- ✓ виникнення Жару через блокування «Печінки»

Принципи лікування гіперопіменореї:

На думку Гаваа Лувсана (2004), «надлишкові менструації і дисфункціональна маткова кровотеча відносяться до синдрому дефіциту «Печінки» «Нирок», тому необхідно тонізувати меридіани Печінки і Нирок».

Халмурат Упур і В.Г.Начатой (1997) вважають, що рясні менструації пов'язані зазвичай з «порушенням порядку ЧИ «Печінки», що, ймовірно, вимагає застосування гармонізуючого методу ГРТ (пін-бу, пін-се), а при частих менструаціях, що супроводжуються «Жаром Крові», дані автори рекомендують гальмівний метод впливу на ТА Печінки і Жень Май.

На значення порушення функціонування каналу Печінки в розвитку маткових кровотеч вказують і А.Т.Качан і співавт. (1990). Вони ж відзначають необхідність впливу і на ТА меридіанів Нирок і Селезінки – Підшлункової залози.

Точки цих же каналів вказані в рецептах Чжу Лянь (1992), яка рекомендує проводити ГРТ і припалювання в дистальні ТА першим або другим гальмівним методом, а в точки передньої черевної стінки – першим або другим збудливим.

Д.Н.Стояновській (1981), крім перерахованих меридіанів, використовує меридіани Сечового міхура, Жовчного міхура та Шлунка, впливаючи на них, як і Чжу Лянь.

А.Ф.Жаркін і Н.А.Жаркін (1988) для зупинки кровотечі, крім перерахованих вище, використовують ТА меридіанів Товстої кишки і Ду Май, впливаючи першим або другим збудливим методом.

Ми радимо для зупинки маткової кровотечі впливати на ТА «Вогню» каналу Печінки (F-2), або Тонкої кишки (IG-5) першим або другим збудливим методом.

Найбільш часто слід використовувати такі корпоральні ТА: F-1,2,3,5,8,9,13; RP-1,2,6,7,8,10,13; R-2,3,6,7,10,11,12,13,14,15; V-14,23,31,36,40,62; J-3,4,5,6,7; P-5; C-8; MC-6,9; VB-26,27, 34,41; E-12,25,29,36; GI-4; та аурикулярні точки : AP-58 (матка), AP-23 (яєчник), AP-95 (нирка), AP-98 (печінка), AP-22 (залози внутрішньої секреції).

Схема РТ з метою гемостазу за А.Ф. Жаркиним і Н.А. Жаркиним (1988) (першим або другим збуджувальним методом до зупинки кровотечі, далі див схему при ановуляції): GI-4, E-36, RP-6; V-31, V-33, V-14; RP-10, RP-7, F-8, J-4; T-4, V-23, VB-26; F-5, F-8, VB-34; E-29, RP-6, F-13

Актуальним є розгляд діагностики та лікування ановуляції

За даними І.І.Гузова (1994), у жінок з неплідністю, обумовленою гіпоталамо-гіпофізарними порушеннями, РТ тим ефективніше, чим менш виражені гормональні порушення, в той час як стимуляція овуляції кломіфеном ефективніше у пацієнток з високими гормональними рівнями (ЛГ, ФСГ, гіперестрогенією). При цьому ефективність ГРТ, на відміну від медикаментозного лікування, не залежить від тривалості безпліддя. Ефективність РТ складає близько 35% [1, 5, 6].

За спостереженнями З.Ш. Гілязутдінової і Б.Г.Сутюшева (1984), при лікуванні безпліддя на тлі гіпоталамічних порушень овуляторний менструальний цикл відновлюється в 59,4% випадків, а вагітність настає у 32,4% пацієнток.

А.Т.Терешін (1995) при РТ хворих з гіпоталамічним безпліддям відзначив настання вагітності в 75% випадках, а при поєднанні РТ з медикаментозною стимуляцією овуляції – в 91% спостережень.

Принципи лікування ановуляції

За даними Т.Ю.Даніелян (1992), при ановуляції в період, що відповідає першій фазі менструального циклу, в гіпофункції знаходяться інські меридіани Легень, Перикарда, Нирок, що вказує на зниження функціонального рівня парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи, але у 20% випадків має місце гіперфункція каналу селезінки, що говорить про збільшення вагусної активності.

Вплив по рекомендаціям даного автора проводять щодня з 6–7-го по 13–14-й день менструального циклу.

Основні ТА для впливу:

- ✓ P-9 ; MC-9, 7; R-7,3; V-23 (вплив здійснюють другим збуджувальним методом – 10 хв); RP-5,3 (діють другим гальмівним методом – 20 хв).
- ✓ У другій фазі циклу, слід впливати на ТА: GI-4,11; V-67,64,28 ; VB-43,40 по збуджувальній методиці, тоді як на ТА E-45, E42 – по гальмівній. Вплив здійснюють з 13–14-го по 19-20-й дні циклу.
- ✓ Крім того, використовують локально-сегментарні ТА каналів Жень Май і Нирок: J-2,3 і R-12.
- ✓ Можна використовувати і точки R-11, 13 і 14 ; VB-26, 27, 28 (Качан А.Т. та ін, 1990; ГЛувсан, 1990).
- ✓ Для впливу на канали Жень Май та Чун Май використовують алгоритм дії ТКМ на «Чудові меридіани».

Крім того, при безплідді гормонального генезу Г.Лувсан пропонує:

- ✓ тонізувати припалюванням ТА F-3, 8; та RP-6 сань-іннь-цзяо;
- ✓ уколювати протягом 30 хв з подальшим припалюванням ТА R-13 , J-3, і спеціальні «точки безпліддя» (PC-49)
- ✓ впливати на ТА E-36, GI-4 і R-6.
- ✓ Сеанси, за його даними, краще проводити в пізню фазу проліферації (перед днем передбачуваної овуляції) через день.
- ✓ На один сеанс брати 4-6 точок, в період овуляції використовувати тільки припалювання, після овуляції терапію відразу ж припиняти.
- ✓ При передчасному виснаженні яєчників, крім зазначених вище, автор пропонує припалювання ТА RP-10 , R-4, E-30 та вколювання AP-58, 23, 55, 22, 13.
- ✓ Голки в AP автор пропонує вводити на 20 хв; сеанси аурикулотерапії проводити через день.

За нашими даними, доцільно проводити вплив переважно на ТА меридіанів Нирок, Перикарда, Жень-Май, Чун-Май, Шлунка, Сечового міхура і Трьох обігрівачів, розглядаючи основні канали впливу як такі, що знаходяться в стані гіпофункції.

Схема РТ при ановуляції за А.Ф. Жаркиним і Н.А. Жаркиним (1988): MC-7, VC-6 – другим збудливим методом (5–7 хв з періодичним обертанням); VC-4, R-3-5-7 хв; R-13, C-7 – 5-7 хв; R-12, MC-6 – також; C-5, R-3, R-4 – також; VC-1, VC-6, MC-7, R-13; GI-4, V-23 (15-й день циклу); V-32, V-33; GI-11, V-31; E-36, V-33; GI-4, V-31; rV-33, E-41

На повторному курсі класичну ГРТ поєднують з аурикулярною мікроголкутерапією, використовуючи AP22, 23, 26, 51, 55, 56, 58 у періовуляторній фазі 7-х діб Перші 6 діб – білатерально кнопкові голки в AP-23, з 7-ї процедури на 7-у добу в AP-51 і AP-55.

Актуальним є розгляд діагностики та лікування хронічних запальних захворювань органів малого тазу (ХЗЗОМТ) – це в першу чергу хронічний ендометрит і хронічний сальпінгофорит. Симптоми їх не специфічні і поза періодів загострення часто носять змазаний характер. Вторинне запалення (асептичне, принаймні на початкових етапах) в області, наприклад, деструкції тканин внаслідок ендометріодних гетеротопій або контакту слизової оболонки матки з внутрішньоматковим контрацептивом практично неминуче. Таким чином, ХЗЗОМТ – одне з найбільш частих гінекологічних захворювань [1, 2, 5, 6].

Хронічний ендометрит проявляється в першу чергу такими симптомами, як гіперполіменореєю і виділеннями зі статевих шляхів (білі). Клінічна картина хронічного сальпінгофориту визначається в основному інфільтративними і склеротичними змінами в стінках маткових труб, спайковим процесом в малому тазу і вторинним порушенням функції яєчників. При тривалому перебігу хронічного сальпінгофориту (2–3 роки і більше) у більшості хворих відзначаються ознаки вторинної невралгії тазових нервів.

Поряд з місцевими проявами захворювання з'являються більш-менш виражені зміни функції ЦНС, ендокринних органів, спотворення судинних реакцій і алергізація організму. Найбільш частий симптом хронічного сальпінгофориту – це різного характеру больові відчуття в нижніх відділах живота. Вони можуть бути постійними або виникати періодично. Посилення їх часто пов'язано з охолодженням, захворюваннями, психічним або фізичним перенапруженням, статевим життям і т. і.

Як правило, больовий синдром викликається морфофункціональними змінами в маткових трубах і спайковим процесом в малому тазу. З цим же багато в чому пов'язана й інша скарга хворих з хронічним сальпінгофоритом – неплідність. У хворих з хронічним сальпінгофоритом частіше, ніж у загальній популяції, зустрічаються овуляторні болі і кров'янисті виділення, представлені іноді як «синдром овуляції». Приблизно у 50% хворих з хронічним сальпінгофоритом відзначаються ті чи інші порушення менструального циклу.

З іншого боку, ПМЦ, білі, альгодисменорея, зниження фертильності можуть мати місце при обох захворюваннях. Таким чином, очевидно, що лікування пацієнок з ХЗЗОМТ в періоди ремісії запального процесу складається з поліпшення імунного статусу для мінімізації ймовірності загострень, розсмоктувальної терапії, відновлення повноцінного двофазного менструального циклу, усунення больового синдрому, пов'язаного з порушенням мікроциркуляції і іннервації органів малого тазу, поліпшення психологічного статусу і за рахунок всього цього підвищення фертильності.

Принципи лікування ХЗЗОМТ

З точки зору ТКМ, можна розглядати блокування ЧИ і застій Крові в малому тазу (Шнорренбергер К., 2011). Ендометрит можна віднести до синдрому дефіциту меридіану Печінки та повноти меридіану Жовчного міхура (Лувсан Г., 2001).

При лікуванні ендометриту Г.Лувсан вважає:

- ✓ необхідно тонізувати ТА меридіану Печінки F-3, 5 і V-18 (співчутлива точка каналу Печінки), і гальмувати ТА меридіану Жовчного міхура VB-26, 34;
- ✓ або тонізувати ТА меридіану нирок R-6, 9 R9 і V-23 (співчутлива точка каналу Нирок)
- ✓ до спеціальних ТА автор відносить RP-6, що має велике значення при всіх гінекологічних захворюваннях, а також RP-10, V-28, 32, що дуже важливі при захворюваннях статевої та сечовидільної системи.
- ✓ зазначені ТА автор рекомендує гальмувати з експозицією 30 хв.
- ✓ тонізувати (експозиція 10 с) ТА J-3, R-13, E-27;
- ✓ пальпувати і при болючості гальмувати ТА V-47;
- ✓ включати до акупунктурних рецептів ТА T-4, 5, 7. З аурикулярних точок він рекомендує AP-58, 23, 13, 22 і 79,
- ✓ сеанси слід проводити щодня з експозицією 20–30 хв.

При аднекситі по Г.Лувсану лікування практично ідентичне описаному вище. Додатково пальпують і при болючості гальмують ТА V-31. На думку Чжу Лянь (1992), РТ при аднекситі справляє протизапальну і анальгезуючу дію. При цьому автор вважає, що при хронічному процесі не показано глибока ГРТ: замість неї можна використовувати багаторазово теплове цзю. Основні ТА для впливу: V-28, 29, 31-34; J-2, R-11, E-36, 37; RP-7, 6; застосовувати слід другий гальмівний метод впливу

А.Ф.Жаркін і Н.А.Жаркін (1988) при лікуванні хронічного ендометриту і сальпінгофориту використовують пролонговану аурикулярну РТ з введенням кнопкових голок, або разове вколювання AP-58, 56 і 23 у поєднанні з корпоральною акупунктурою. При больовому синдромі на тлі хронічного ендометриту вони рекомендують другий гальмівний метод впливу ГРТ з експозицією від 20 до 30 хв за наступною методикою: 1-й сеанс- J-5, TR-5; 2-й сеанс-F-12, F-9; 3-й сеанс-F-2, E-28; 4-й сеанс-P-7, J-4, R-6; 5-й сеанс-T-4, V-23, V-32; 6-й сеанс – V-31, V-33, V-60; 7-й сеанс-GI-4, E-36, RP-6; 8-й сеанс – T-14, V-11; 9-й сеанс- R-11, R-21; 10-й сеанс-MS-7, MS-6, RP-4.

При загостренні хронічного сальпінгофориту автори рекомендують іншу методіку: 1-й сеанс-E-36, GI-4, 11, RP6; 2-й сеанс-P-7, R-6; 3-й сеанс – TR-5 ліворуч, VB-41 праворуч, AP-55, 58

зліва; 4-й сеанс-TR-5 праворуч, VB-41 ліворуч, VB-25; 5-й сеанс-TR-5 ліворуч, VB-41 праворуч, VB-26; 6-й сеанс-RP-6, J-4; 7-й сеанс – AT23, 97, 58 (з боку більшої хворобливості), V60, V23, V32; 8-й сеанс-R6, R12, R14; 9-й сеанс-T-14, V-11, IG-14, GI-15; 10-й сеанс – E-36, E-30 (при запорах); 11-й сеанс – V-31, V-32, V-33 (болючі точки), V60; 12-й сеанс-GI-4, P-7. Для зняття больового синдрому користуємося комбінацією аурикулярних точок з точками попереково-крижової ділянки (V-31–34). При спаєчному процесі впливаємо переважно на меридіани F, VB, RP, E; порушення менструального циклу лікуємо в залежності від їх характеру.

Висновок

Вдосконалення напрямку на циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» лекційного матеріалу за темою «Використання рефлексотерапії в гінекології» допомогло б вирішити, як мінімум, дві проблеми: це зниження фармакологічного навантаження на пацієнтку і, отже, мінімізація можливих ускладнень і побічних ефектів фармакотерапії. З іншого боку, застосування в структурі лікувальних заходів акупунктури безсумнівно збільшить ефективність терапії досить широкого спектру патологічних станів в акушерстві та гінекології. Серед захворювань, в лікуванні яких РТ повинна зайняти гідне місце, можна вказати такі, як невиношування вагітності, блювання вагітних, гестоз, порушення менструального циклу, альгодисменорея, ендометріоз, передменструальний синдром, синдром тазових болів, клімактеричний синдром

Однак, широкому впровадженню даного напрямку в акушерську і гінекологічну практику заважає та обставина, що акушери-гінекологи часто не володіють теорією і навичками РТ, а рефлексотерапевти погано уявляють собі особливості та нюанси патологічних станів в акушерстві та гінекології.

Література

1. Рефлексотерапія: національний підручник / [Мурашко Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Мурашко, О. Г. Морозової. – К.: ТОВ СІК ГРУП Україна, 2013. – Т. 2. – 421 с.
2. Самосюк І.З. Акупунктура: Енциклопедія / І.З.Самосюк, В.П.Лисенюк. – Київ, М.: Українська енциклопедія, АСТ-Пресс, 1994. – 542 с.
3. Самосюк І.З., Лисенюк В.П., Лобода Р. Лазеротерапія і лазеропунктура в клінічній і курортній практиці. – К.: Здоров'я, 1997. – 240 с.
4. Шнорренбергер К. Специальные техники акупунктуры и прижигания. – М.: Balbe, 2007. – 279 с.
5. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. Пер. с нем. / К. Шнорренбергер – МСЕТ, 1996. – 580 с.

Лекция цикла специализации по рефлексотерапии «Использование рефлексотерапии в гинекологии»

Свиридова Н.К.

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

Чуприна Г.Н.

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

Парникоза Т.П.

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

Труфанов Е.А.

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

Чередниченко Т.В.

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

Резюме

Совершенствование направлений на цикле «Специализация по рефлексотерапии» лекционного материала по теме «Использование рефлексотерапии в гинекологии» помогло решить две проблемы: это снижение фармакологической нагрузки на пациенток и, следовательно, минимизация возможных осложнений и побочных эффектов фармакотерапии. С другой стороны, применение в структуре лечебных мероприятий акупунктуры несомненно увеличит эффективность терапии достаточно широкого спектра патологических состояний в акушерстве и гинекологии. Среди заболеваний, в лечении которых рефлексотерапия должна занять достойное место, можно указать такие, как невынашивание беременности, рвота беременных, гестоз, нарушения менструального цикла, альгодисменорея, эндометриоз, предменструальный синдром, синдром тазовых болей, климактерический синдром

Ключевые слова: акупунктура, точки акупунктуры, нарушения менструального цикла, предменструальный синдром, синдром тазовых болей, климактерический синдром, лекция

Lecture of the specialization cycle on reflexology «Using Reflexotherapy in Gynecology»

Svyrydova N.

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

Parnikoza T.

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

Trufanov Y.

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

Cherednichenko T.

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

Resume

Improvements direction loop «Specialization reflex» lectures on «The use of acupuncture in gynecology» would help solve at least two problems: the decline of pharmacological burden on patients and thus minimizing possible complications and side effects of pharmacotherapy. On the other hand, the structure used in acupuncture treatment measures will undoubtedly increase the effectiveness of treatment of a wide range of pathological conditions in obstetrics and gynecology. Among the diseases in which treatment RT should take its rightful place, you can specify such as miscarriage, vomiting in pregnancy, preeclampsia, menstrual irregularities, algomenorrhea, endometriosis, premenstrual syndrome, pelvic pain, menopausal syndrome

Key words: acupuncture, acupuncture points, menstrual disorders, premenstrual syndrome, pelvic pain syndrome, menopausal syndrome, lecture

Особенности экспериментально-мотивационных состояний у психологически дезадаптированных больных рассеянным склерозом

■ Труфанов Е.А.

д.мед.н., профессор 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

■ Чуприна Г.Н.

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

■ Парникоза Т.П.

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

■ Микитей О.Н.

ассистент кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования
имени П.Л. Шупика

■ Свистун В.Ю.

клинический ординатор кафедры неврологии и рефлексотерапии
Национальной медицинской академии
последипломного образования
имени П.Л. Шупика

Резюме

Целью нашего исследования являлось установление соотношений между неврологическими, конституционально-демографическими и медико-психологическими показателями у больных рассеянным склерозом для прогнозирования заболевания и раннего выявления контингента больных

рассеянным склерозом, нуждающихся в проведении психокоррекционных и психотерапевтических лечебно-реабилитационных мероприятий. Обследованы 89 больных с достоверным диагнозом рассеянного склероза. Наряду с клинико-неврологическим методом использовалось психодиагностическое обследование больных с помощью метода цветочных выборов. Исследование методом цветочных выборов выявило у психологически дезадаптированных больных рассеянным склерозом два типа эмоционально-мотивационных расстройств: первый – с фрустрацией ведущих потребностей, дистрессом и малоэффективным защитным поведением; второй – с гипостеническим реагированием. У больных рассеянным склерозом без признаков психологической дезадаптации доминирует иной эмоционально-мотивационный паттерн, главными признаками которого являются сохранность системы потребностей, нацеленность на достижение успеха и удержание своей позиции, преобладание позитивных, стеничных эмоций и чувств, что свидетельствует о сохранности защитно-компенсаторных механизмов их личности. Неврологические проявления (тяжесть, тип течения, длительность, возраст начала заболевания) и демографические признаки (возраст и пол) у больных рассеянным склерозом были взаимосвязаны с динамикой уровня эмоциональной напряженности, типом вегетативного баланса и уровнем работоспособности больных.

Ключевые слова: рассеянный склероз, клинические проявления, метод цветочных выборов, психологическая дезадаптация.

Рассеянный склероз (РС) – хроническое аутоиммунное демиелинизирующее воспалительное заболевание, проявляющееся пирамидными, координационными, чувствительными нарушениями,

дисфункцией тазовых органов, нарушением зрения и психическими расстройствами. В возникновении РС важную роль играют иммунологические, инфекционные, генетические факторы, а также факторы окружающей среды. Распространенность РС во всем мире составляет 2,5 миллиона человек. РС является основной причиной, приводящей к инвалидизации и снижению качества жизни лиц молодого и среднего возраста [Reilly G.D., Mahkawnghta A.S., Jelinek P.L., et al., 2017; Bakker C., Stephenson C., Stephenson E., Chaves D., 2017; Solheim A.M., Mygland A., Ljostad U., 2017; Amato M.P., Derfuss T., Hemmer B., et al., 2017].

Целью исследования являлось установление соотношений между неврологическими, конституционально-демографическими и медико-психологическими показателями у больных рассеянным склерозом для прогнозирования заболевания и раннего выявления контингента больных рассеянным склерозом, нуждающихся в проведении психокоррекционных и психотерапевтических лечебно-реабилитационных мероприятий [Труфанов Е.О., 2004; Труфанов Е.А., 2001, 2002].

Материал и методы исследования

Обследованы 89 больных с достоверным диагнозом рассеянного склероза. Наряду с клинико-неврологическим методом использовалось психодиагностическое обследование больных с помощью метода цветowych выборов (тест Люшера в формализованной адаптации его 8-цветного варианта) с использованием интерпретационных коэффициентов Аминова и Собчик [Драгунский В.В., 1999;

Дубровская О.Ф., 2001; Собчик Л.Н., 2003] и методики многопрофильного исследования личности (ММИЛ) (ММПИ-377 в адаптации Ф.Б. Березина) [Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В., 1976; Собчик Л.Н., 2003; Leonelli B.T., Chang C.H., Bock R.D., Schilling S.G., 2000].

Результаты и их обсуждение

Установлено, что в группе больных с признаками психологической дезадаптации и личностной дезинтеграции (по данным ММИЛ), страдающих рассеянным склерозом III-IV степени тяжести, наблюдаются более высокие уровни эмоциональной напряженности в 1 и 2 выборах, а также более выраженное нарастание тревоги по сравнению с больными I-II степени тяжести заболевания (таб. 1).

III и IV степени тяжести РС были сопряжены со значительным преобладанием у больных трофотропных тенденций в вегетативном балансе (таб. 2) и преобладанием группы больных с низкой работоспособностью (таб. 3). У больных I и II степенью тяжести заболевания достоверно преобладали эрготропные вегетативные тенденции, отражающие стремление к активности, и был более высокий уровень работоспособности.

Сопоставление уровней напряженности и ее сдвигов в 2-х выборах цветowych карт у больных с различными типами течения РС показало (таб. 4), что у пациентов с первично-прогрессирующим, прогрессирующе-рецидивирующим и вторично-прогрессирующим типами течения наблюдалась более интенсивная тревога и более выраженное ее нарастание. Существенных различий в трофо- или

Таблица 1

Распределение уровней напряженности в зависимости от тяжести рассеянного склероза

Показатели		I и II степени тяжести (n = 51)	III и IV степени тяжести (n = 38)
Уровни напряженности	1-й выбор	2,45	3,39
	2-й выбор	2,55	3,75
Сдвиг уровней напряженности		0,1	0,357
Наиболее распространенная 1-я пара		0-6	1-2

Таблица 2

Распределение уровня вегетативного баланса у больных рассеянным склерозом, в зависимости от тяжести заболевания

Вегетативный баланс	I и II степени тяжести		III и IV степени тяжести		P
	Абс.	%	Абс.	%	
От -9,8 до -3,3	4	7,8	11	28,9	< 0,001
От -3,2 до 3,2	23	45,1	20	52,6	-
От 3,3 до 9,8	24	47,1	7	18,4	< 0,001
Всего	51	100,0	38	100,0	

эрготропных тенденциях вегетативного баланса и уровнях работоспособности у обследованных больных в зависимости от типа течения выявлено не было.

Уровни эмоциональной напряженности и тенденция к ее нарастанию слегка преобладали у больных с преимущественно спинальной формой РС (таб. 5).

Трофотропные вегетативные тенденции были несколько выше у больных с преимущественно церебральной формой РС (таб. 6). Не выявлено различий уровня работоспособности в зависимости от преимущественной формы заболевания.

По сравнению с группой больных с началом заболевания в возрасте до 26 лет, в группе пациентов с более поздним дебютом наблюдались более высокие уровни напряженности и больший сдвиг их уровней в сторону повышения тревоги (таб. 7).

У этих больных отмечалась также значительная нестабильность доминирующих тенденций в вегетативном балансе, как в сторону преобладания эрготропной, так и трофотропной систем (таб. 8). Однако в целом, тенденция к доминированию эрготропной системы в вегетативном балансе больных с дебютом рассеянного склероза в возрасте старше 25 лет значительно превалировала.

Та же тенденция наблюдалась и с показателями работоспособности (таб. 9). Самая низкая и самая высокая работоспособность встречалась чаще в группе больных с дебютом заболевания после 25 лет.

Не было обнаружено существенных различий в уровнях эмоциональной напряженности, интенсивности ее динамики у больных РС с признаками психологической дезадаптации в зависимости от длительности заболевания (таб. 10). В вегетативном балансе у больных РС с длительностью заболевания

Таблица 3

Распределение уровня работоспособности у больных рассеянным склерозом, в зависимости от тяжести заболевания

Работоспособность	I и II степени тяжести		III и IV степени тяжести		P
	Абс.	%	Абс.	%	
9,1 – 13,0	8	15,7	11	28,9	< 0,001
13,1 – 16,9	14	27,5	15	39,5	–
17,0 – 20,9	29	56,9	12	31,6	< 0,001
Всего	51	100,0	38	100,0	

Таблица 4

Распределение уровней напряженности в зависимости от типа течения рассеянного склероза

Показатели		Первично-прогрессирующий и прогрессирующе-рецидивирующий типы течения (n = 10)	Вторично-прогрессирующий тип течения (n = 38)	Рецидивирующе-ремиттирующий тип течения (n = 41)
Уровни напряженности	1-й выбор	3,50	3,07	2,45
	2-й выбор	3,38	3,59	2,45
Сдвиг уровней напряженности		-0,125	0,517	0
Наиболее распространенная 1-я пара		2-3	0-6	1-2

Таблица 5

Распределение уровней напряженности в зависимости от преимущественной формы рассеянного склероза

Показатели		Преимущественно церебральная (n = 63)	Преимущественно спинальная (n = 26)
Уровни напряженности	1-й выбор	2,79	2,92
	2-й выбор	2,95	3,2
Сдвиг уровней напряженности		0,163	0,28
Наиболее распространенная 1-я пара		4-5	4-2

Таблица 6

Распределение уровня вегетативного баланса у больных рассеянным склерозом, в зависимости от формы заболевания

Вегетативный баланс	Преимущественно церебральная		Преимущественно спинальная		P
	Абс.	%	Абс.	%	
От -9,8 до -3,3	12	19,0	3	11,5	< 0,001
От -3,2 до 3,2	29	46,0	14	53,8	–
От 3,3 до 9,8	22	34,9	9	34,6	> 0,05
Всего	63	100,0	26	100,0	

Таблица 7

Распределение уровней напряженности в зависимости от возраста дебюта рассеянного склероза

Показатели		До 26 лет (n = 34)	26 лет и старше (n = 55)
Уровни напряженности	1-й выбор	2,56	2,8
	2-й выбор	2,74	3,02
Сдвиг уровней напряженности		0,185	0,22
Наиболее распространенная 1-я пара		2-5	1-2

Таблица 8

Распределение уровня вегетативного баланса у больных рассеянным склерозом, в зависимости от возраста дебюта рассеянного склероза

Вегетативный баланс	До 26 лет		26 лет и старше		P
	Абс.	%	Абс.	%	
От -9,8 до -3,3	4	11,8	11	20,0	< 0,001
От -3,2 до 3,2	22	64,7	21	38,2	–
От 3,3 до 9,8	8	23,5	23	41,8	< 0,001
Всего	34	100,0	55	100,0	

Таблица 9

Распределение уровня работоспособности у больных рассеянным склерозом, в зависимости от возраста дебюта рассеянного склероза

Работоспособность	До 26 лет		26 лет и старше		P
	Абс.	%	Абс.	%	
9,1 – 13,0	6	17,6	13	23,6	< 0,001
13,1 – 16,9	15	44,1	14	25,5	–
17,0 – 20,9	13	38,2	28	50,9	< 0,05
Всего	34	100,0	55	100,0	

до 6 лет значительно доминировали эрготропные тенденции, а с длительностью болезни 6 и более лет – трофотропные тен-денции (таб. 11).

В группе больных с низкой работоспособностью достоверно чаще встречались больные с длительностью РС 6 и более лет (таб. 12).

В отличие от мужчин, у женщин, страдающих РС, наблюдались более высокие уровни тревоги и большая интенсивность ее роста (таб. 13).

Трофотропные тенденции вегетативного баланса также достоверно чаще преобладали у женщин (таб. 14).

Таблица 10

Распределение уровней напряженности в зависимости от длительности рассеянного склероза

Показатели		До 6 лет (n = 43)	6 и более лет (n = 46)
Уровни напряженности	1-й выбор	2,85	2,83
	2-й выбор	3,09	3,00
Сдвиг уровней напряженности		0,242	0,171
Наиболее распространенная 1-я пара		0-2	2-5

Таблица 11

Распределение уровня вегетативного баланса у больных рассеянным склерозом,
в зависимости от длительности заболевания

Вегетативный баланс	До 6 лет		6 и более лет		P
	Абс.	%	Абс.	%	
От -9,8 до -3,3	6	14,0	9	19,6	< 0,001
От -3,2 до 3,2	17	39,5	26	56,5	-
От 3,3 до 9,8	20	46,5	11	23,9	< 0,001
Всего	43	100,0	46	100,0	

Таблица 12

Распределение уровня работоспособности у больных рассеянным склерозом,
в зависимости от длительности заболевания

Работоспособность	До 6 лет		6 и более лет		P
	Абс.	%	Абс.	%	
9,1 – 13,0	7	16,3	12	26,1	< 0,001
13,1 – 16,9	15	34,9	14	30,4	-
17,0 – 20,9	21	48,8	20	43,5	> 0,05
Всего	43	100,0	46	100,0	

Таблица 13

Распределение уровней напряженности у больных рассеянным склерозом
в зависимости от пола

Показатели		Мужчины (n = 33)	Женщины (n = 56)
Уровни напряженности	1-й выбор	2,61	2,96
	2-й выбор	2,52	3,31
Сдвиг уровней напряженности		-0,087	0,356
Наиболее распространенная 1-я пара		0-2	2-5

Показатели работоспособности (в интервале ее низких уровней) в несколько раз чаще встречались у женщин (таб. 15).

Выводы

Исследование методом цветочных выборов выявило у психологически дезадаптированных больных рассеянным склерозом два типа эмоционально-мотивационных расстройств:

первый – с фрустрацией ведущих потребностей, дистрессом и малоэффективным защитным поведением; второй – с гипостеническим реагированием. У больных рассеянным склерозом без признаков психологической дезадаптации доминирует иной эмоционально-мотивационный паттерн, главными признаками которого являются сохранность системы потребностей, нацеленность на достижение успеха и удержание своей

Таблица 14

Распределение уровня вегетативного баланса у больных рассеянным склерозом в зависимости от пола

Вегетативный баланс	Мужчины		Женщины		P
	Абс.	%	Абс.	%	
От -9,8 до -3,3	4	12,1	11	19,6	< 0,001
От -3,2 до 3,2	16	48,5	27	48,2	–
От 3,3 до 9,8	13	39,4	18	32,1	> 0,05
Всего	33	100,0	56	100,0	

Таблица 15

Распределение уровня работоспособности у больных рассеянным склерозом в зависимости от пола

Работоспособность	Мужчины		Женщины		P
	Абс.	%	Абс.	%	
9,1 – 13,0	2	6,1	17	30,4	< 0,001
13,1 – 16,9	14	42,4	15	26,8	–
17,0 – 20,9	17	51,5	24	42,9	> 0,05
Всего	33	100,0	56	100,0	

позиции, преобладание позитивных, стеничных эмоций и чувств, что свидетельствует о сохранности защитно-компенсаторных механизмов их личности.

Литература

1. Amato M.P., Derfuss T., Hemmer B., Liblau R., Montalban X., Soelberg Sorensen P., ... & 2016ECTRIMS Focused Workshop Group. Environmental modifiable risk factors for multiple sclerosis: report from the 2016ECTRIMS focused workshop. *Multiple Sclerosis Journal*. 2017;6:
2. Bakker C., Stephenson C., Stephenson E., & Chaves D. Public Funding and Open Access to Research: A Review of Canadian Multiple Sclerosis Research. *Journal of medical Internet research*. 2017;19(2):e52.
3. Leonelli B.T., Chang C.H., Bock R.D., Schilling S.G. A full information item level factor analysis interpretation of the MMPI-2: Normative sampling with non-pathonomic de-scriptors. *Journal of Personality Assessment*. 2000;74(3):400–422.
4. Reilly G.D., Mahkawngha A.S., Jelinek P.L., De Livera A.M., Weiland T.J., Brown C.R., ... & Marck C.H. International differences in multiple sclerosis health outcomes and associated factors in a cross-sectional survey. *Frontiers in Neurology*. 2017;8:229.
5. Solheim A.M., Mygland A., & Ljostad U. Quality of multiple sclerosis out-patient health care services with focus on patient reported experiences. *BMC Research Notes*. 2017;10(1):250.
6. Березин Ф.Б. Методика многопрофильного исследования личности (в клинической меди-

цине и психогигиене) / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.В. Рожанец. – М.: Медицина, 1976. – 186 с.

7. Драгунский В.В. Цветовой личностный тест: Практическое пособие / В.В. Драгунский. – Минск: Харсвет, 1999. – 445 с.
8. Дубровская О.Ф. Руководство по использованию восьмицветного теста Люшера / О.Ф. Дубровская. – М.: Когито-центр, 2001. – 64 с.
9. Собчик Л.Н. Метод цветových выборов (МЦВ) / Л.Н. Собчик // Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – Санкт-Петербург: Речь, 2003. – С. 249–289.
10. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) / Л.Н. Собчик // Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – Санкт-Петербург: Речь, 2003. – С. 91–174.
11. Труфанов Є.О. Клінічні співвідношення у хворих на розсіяний склероз: автореферат дис. на здоб. наук. ступ. канд. мед. наук: 14.01.15 «нервові хвороби» / Є.О. Труфанов. – Київ, 2004. – 20 с.
12. Труфанов Е.А. Клинико-психометрические соотношения у больных рассеянным склерозом (по данным ММИЛ) / Е.А. Труфанов // Медицина сьогодні і завтра. – 2002. – № 4. – С. 102–105.
13. Труфанов Е.А. Особенности соотношения клинико-конституциональных и психометрических показателей у больных рассеянным склерозом / Е.А. Труфанов // Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можаєва. – 2001. – № 4. – С. 48–51.

Особливості експериментально-мотиваційних станів у психологічно дезадаптованих хворих на розсіяний склероз

Труфанов Є.О.

д.мед.н., професор 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

Чуприна Г.М.

к.мед.н., доцент 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

Микитей О.М.

асистент кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Свистун В.Ю.

клінічний ординатор кафедри неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме

Метою нашого дослідження було встановлення співвідношень між неврологічними, конституціонально-демографічними та медико-психологічними показниками у хворих на розсіяний склероз для прогнозування захворювання і раннього виявлення контингенту хворих на розсіяний склероз, проведенні психокорекційних і психотерапевтичних лікувально-реабілітаційних заходів. Обстежено 89 хворих з достовірним діагнозом розсіяного склерозу. Поряд з клініко-неврологічним методом використовувалося психодіагностичне обстеження хворих за допомогою методу колірних виборів.

Дослідження методом колірних виборів виявило у психологічно дезадаптованих хворих на розсіяний склероз два типи емоційно-мотиваційних розладів: перший – з фрустрацією провідних потреб, дистресом і малоефективною захисною поведінкою; другий – з гіпостенічним реагуванням. У хворих на розсіяний склероз без ознак психологічної дезадаптації домінує інший емоційно-мотиваційний патерн, головними ознаками якого є причиною збереження системи потреб, націленість на досягнення успіху і утримання своєї позиції, переважання позитивних, вольових емоцій і почуттів, що свідчить про збереження компенсаторних механізмів їх особистості. Неврологічні прояви (тяжкість, тип перебігу, тривалість, вік початку за-

хворювання) і демографічні ознаки (вік і стать) у хворих на розсіяний склероз були взаємопов'язані з динамікою рівня емоційної напруженості, типом вегетативного балансу і рівнем працездатності хворих.

Ключові слова: розсіяний склероз, клінічні прояви, метод колірних виборів, психологічна дезадаптація.

Peculiarities of experimental-motivation states in psychologically disadapted patients with multiple sclerosis

Trufanov Y.

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

Chupryna G.

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

Mykytei O.

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

Svystun V.

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

Resume

The objective of our research was to study the clinical ratios between the neurological, demographic and medical-psychological parameters in patients with multiple sclerosis. 89 patients with multiple sclerosis were questioned at time of routine clinic visits. Medical-psychological examination was carried out with the help of the Luscher Color Test. Neurological manifestations (severity of disease, type of the clinical course, duration, age at disease onset) and demographic manifestations (age and gender) of multiple sclerosis have been found to be connected with the dynamics of the level of emotional intensity, the type of vegetative balance and the level of working capacity of patients.

Key words: multiple sclerosis, neurological manifestations, Luscher Color Test, psychological disadaptation.

УДК: 616.831-005.4-06:616.125-008.313.2-036

Порівняльний аналіз показників добового профілю артеріального тиску у хворих на повторний та первинний ішемічний інсульт

■ Свиридова Н.К.

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

■ Микитей О.М.

асистент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме

Провести порівняльний аналіз показників добового профілю артеріального тиску у хворих на повторний та первинний ішемічний інсульт. Нами було обстежено 124 хворих, з них 94 хворих на ішемічний інсульт в гострому періоді, які надходили до стаціонару в терміни до 2 доби від початку захворювання і спостерігалися в неврологічному відділенні. Контрольну групу склали 30 хворих на гіпертензивну енцефалопатію. Проведений аналіз показників добового моніторингу артеріального тиску у хворих на повторний та первинний ішемічний інсульт свідчать важливе значення використання цього методу діагностики, оскільки отримана достовірна різниця по багатьох показниках артеріального тиску. Різниця середніх показників добового моніторингу артеріального тиску за всі періоди доби підтверджує інформативність різниці артеріального тиску у хворих на повторний та первинний ішемічний інсульт, оскільки відмічається достовірна різниця значень: за добу показників систолічного, діастолічного, пульсового артеріального тиску показників частоти серцевих скорочень. Проведене дослідження дозволило підвищити ефективність діагностики розвитку повторного ішемічного ін-

сульту шляхом вивчення особливостей центральної гемодинаміки.

Ключові слова: артеріальний тиск, добове моніторування артеріального тиску, повторний ішемічний інсульт, діагностика інсульту, профілактика інсульту

На сьогоднішній день в численних дослідженнях чітко доведено, що артеріальна гіпертензія (АГ) – провідний чинник ризику інсульту, який носить модифікується характер [1, 2]. Епідеміологічні дослідження показують, що зниження діастолічного артеріального тиску (ДАТ) на 5 мм рт. ст. зі зниженням систолічного артеріального тиску (САТ) на 9 мм рт. ст. призводить до зниження ризику інсульту на 33%, а більш значне зниження рівня артеріального тиску (наприклад, зниження ДАТ на 10 мм рт. ст., а САТ на 18–19 мм рт. ст.) супроводжується зниженням ризику інсульту більш ніж на 50% [3]. Ці дані підтверджуються результатами рандомізованих досліджень гіпотензивних засобів, згідно з якими зниження ДАТ на 5–6 мм рт. ст. призводить до зменшення ризику інсульту на 42%. Дослідження SPARCL та NHIPS показують, що зниження артеріального тиску на 9/4 мм рт. ст. у осіб, вже перенесли інсульт, призводить до зменшення ризику повторного інсульту на 28% [4, 5]. Таким чином, важливість корекції АГ для первинної та вторинної профілактики інсульту не викликає сумнівів. Проте оптимальна корекція підвищеного артеріального тиску в гострій фазі інсульту залишається предметом дискусій.

За даними різних авторів тяжкість повторного ІІ в гострій стадії не залежить від рівня АТ, і раннє неврологічне відновлення супроводжується редуцією добового профілю АТ.

Мета дослідження

Провести порівняльний аналіз показників добового профілю артеріального тиску у хворих на повторний та первинний ішемічний інсульт

Методи дослідження

Нами було обстежено 124 хворих, з них 94 хворих на ішемічний інсульт в гострому періоді, які надходили до стаціонару в терміни до 2 доби від початку захворювання і спостерігалися в неврологічному відділенні № 1 і ВРІТ КЗ КОР КОКЛ протягом усього терміну госпіталізації. Лікування проводилося згідно Уніфікованого клінічного протоколу екстреної допомоги «Мозковий інсульт» (2015). Верифікацію діагнозу II проведено згідно критеріїв Всесвітньої організації охорони здоров'я. Визначення ступеню АГ проведено згідно з критеріями, що рекомендовані Європейським товариством кардіологів (ESC-2009 року) та Українським товариством кардіологів (2012 року).

Критерії включення до дослідження: не більше 24 годин від початку розвитку II, що підтверджений даними КТ головного мозку; вік 45–90 років; інформована згода хворого на участь у дослідженні. До дослідження не включали хворих із геморагічним інсультом, вторинною АГ, клінічно значимим аортальним і мітральним стенозом, клінічно значимим порушенням провідності серця, хронічною серцевою недостатністю (XCH) III–IV функціонального класу (ФК) за класифікацією New York Heart Association (NYHA, 1994), аортокоронарним шунтуванням та протезуванням клапанів серця в анамнезі, інфекційним ендокардитом. Хворі згідно з класифікацією судинних порушень головного та спинного мозку відповідали рубриці МКХ-10 – ішемічний інсульт (I63).

Залежно від наявності ішемічного інсульту хворі були розподілені на дві групи: 1 група – 47 хворих на повторний ішемічний інсульт (III); 2 група – 47 хворих на первинний ішемічний інсульт (II). До 1 групи увійшло 20 (42,6 %) чоловіків, середній вік – $60,85 \pm 10,61$ років; 27 (57,4 %) жінок, середній вік – $67,70 \pm 9,89$ років. До 2 групи увійшло 23 (48,9 %) чоловіків, середній вік – $60,61 \pm 9,56$ років; 24 (51,1 %) жінки, середній вік – $66,20 \pm 9,67$ років.

У хворих на повторний II інтервал виникнення першого і наступного інсультів був не більше 5 років, а у хворих на первинний II період становив до 5 років і більше. Хронологічні параметри виникнення інсультів були обрані з урахуванням адекватного прогностичного зіставлення груп і прогнозу повторного ішемічного інсульту за 5-річний період.

Контрольну групу склали 30 хворих на гіпертензивну енцефалопатію (ГЕП) з них 14 (46,7 %) чоловіків (середній вік $65,3 \pm 7,3$ років) і 16 (53,3 %) жінок (середній вік $62,8 \pm 6,5$ років). Середній вік групи хворих на III становив $66,4 \pm 7,3$ років, групи хворих на II – $65,6 \pm 7,46$ років і контрольної групи – $63,51 \pm 6,5$ років. За статтю та віком хворі першої, другої та контрольної груп статистично не відрізнялись ($p > 0,05$).

Для діагностики, оцінки важкості захворювання, у всіх пацієнтів вивчався загальноклінічний та неврологічний статус. Зміни психоемоційної сфери

та когнітивних функцій досліджували з використанням скринінгової шкали когнітивного статусу MMSE, шкали депресії Бека, шкали Спілбергера, словесно-колірний тест Струпа.

Добовий моніторинг АТ проводили на апараті типу ВАТ41-02 (Україна). Вимір здійснювали кожні 15 хвилин у період денної активності й кожні 30 хвилин під час нічного сну. Аналізували абсолютні значення систолічного АТ (САТ) і діастолічного АТ (ДАТ), середнього АТ (Ср.АТ) пульсового АТ (ПАТ) (максимальне, мінімальне, добове) та інтегральні показники (індекси часу (ІЧ) і площі (ІП) гіпертензії), динамічні характеристики, що стосуються змін АТ протягом доби (варіабельність АТ, індекс Робертсона (ІР), тип добового профілю АТ). Всі показники оцінювали за добу, день, ніч і ранні ранкові години (період ранкового підйому АТ з 04.00 до 10.00 ранку). Отримані результати порівнювались з загальноприйнятою нормою (САТ = 130–135 мм рт. ст., ДАТ = 80 мм рт. ст., Ср.АТ = 85–100 мм рт. ст., варіабельність САТ = 15 мм рт. ст., варіабельність ДАТ 13 мм рт.ст., ПАТ = 45 мм рт. ст., швидкість ранкового підвищення АТ = 10 мм/год., величина ранкового підйому АТ = 50–55 мм рт. ст., навантаження тиском не більше 25 %). Адекватність циркадного ритму АТ оцінювали за ступенем зниження САТ і ДАТ вночі (СНЗ). На підставі оцінки ступеня нічного зниження АТ виділяли такі групи хворих і типи добових кривих АТ: dipper – нормальне нічне зниження АТ (СНЗ = 10–20 %); non-dipper – недостатнє зниження АТ вночі (СНЗ < 10 %); night-peaker – надмірно підвищений АТ вночі (СНЗ має негативне значення); over-dipper – надмірне зниження АТ вночі (СНЗ > 20 %).

Лабораторні дослідження включали загальноприйняті показники аналізу крові та сечі, біохімічне обстеження крові, визначення показників гіполіпідемічного та глікемічного профілю плазми крові.

Отримані в ході дослідження результати оброблялися за допомогою пакета прикладних програм «STATISTICA 7.0» (StatSoft, Inc., США). Здійснювалося визначення середньої величини (M), середнього квадратичного відхилення (σ), помилки середньої (m). Результати представлені у вигляді $M \pm m$. При нормальному розподілі змінних для визначення розходжень між двома залежними й незалежними групами використовували парний і непарний T-критерії Стьюдента та Ф-критерії Фішера. Достовірними вважали розходження та кореляції при $p < 0,05$.

Результати дослідження

Аналіз добового моніторування АТ у хворих на III та II характеризувався підвищеним рівнем АТ, а вивчення особливостей добового профілю АТ у хворих обох груп та проведено порівняння показників дозволило розширити не тільки клінічні, а й діагностичні можливості.

При порівняльному аналізі добового профілю АТ у обстежених хворих 1 та 2 групи виявлено, що середній САТ в 1-шу добу II достовірно перевищував показник норми в обох групах і достовірно зменшився до 10-ї доби. Статистично значимою

різниці середніх показників САТ в 1-шу та 10-ту добу II між 1 та 2 групою не виявлено ($p > 0,05$) (табл. 1).

З метою дослідження кількісних та якісних характеристик показників добового профілю АТ у хворих 1 групи та 2 групи, для оптимізації діагностики ПІІ з урахуванням факторів ризику розвитку інсульту при порівняльному аналізі добового профілю АТ у обстежених хворих 1 групи, 2 групи та групи контролю виявлено, що середній САТ в 1-шу добу II достовірно перевищував показник норми порівнювальних груп ($p > 0,05$) (табл. 1). При проведенні кореляційного аналізу встановлено, що підвищений САТ сприяє зниженню рівня повсякденної активності за шкалою Бартела ($r = -0,42, p < 0,005$) та зростанню ступеня функціональних порушень за шкалою Ренкіна ($r = 0,41, p < 0,005$). В 1 групі ДАТ достовірно корелює зі ступенем тяжкості ПІІ за шкалою NIHSS ($r = 0,36, p = p < 0,05$) і ступенем функціональних порушень за шкалами Ренкіна та Бартела ($r = 0,49, p < 0,001; r = -0,42, p < 0,005$ відповідно). ПАТ був достовірно вищий у хворих 2 групи в 1-шу та 10-ту добу II при порівнянні з 1 групою ($p < 0,05$).

В ході дослідження було встановлено прогностичну значущість показників ДМАТ при розвитку ПІІ, оскільки отримана достовірна ($p < 0,05$) різниця по багатьох показниках АТ за всі періоди доби: за добу показників САТ, ПАТ та ЧСС; за день показників ПАТ та ЧСС; за ніч – показників САТ та ЧСС. Показники САТ, ПАТ та ЧСС є одними з найбільш важливих параметрів АТ, які впливають на розвиток ПІІ.

При порівняльному аналізі добового профілю АТ у обстежених хворих 1 групи та 2 групи виявлено, що середній САТ в 1-шу добу II достовірно перевищував показник норми в обох групах і достовірно зменшився до 10-ї доби. Статистично значимої різниці показників САТ в 1-шу та 10-ту добу II між 1-ою та 2-ою групою не виявлено ($p > 0,05$). Середній ДАТ був достовірно вищий у хворих на ПІІ в 1-шу та 10-ту добу II в порівнянні з 2 групою ($p < 0,05$). ПАТ був достовірно вищий у хворих 2 групи в 1-шу та 10-ту добу II за рахунок ДАТ при порівнянні з 1 групою ($p < 0,05$). ЧСС була достовірно більшою у хворих на ПІІ при порівнянні з 2-ою групою і достовірно зменшилась до 10-ї доби інсульту ($p < 0,05$).

При проведенні порівняльного аналізу типу циркадного ритму АТ між хворими на повторний ПІІ і первинний ПІІ, доведено, що в 1-шу добу II достовірної різниці не виявлено, а на 10-ту добу II в 1 групі достовірно ($p < 0,05$) більше встановлений циркадний ритм АТ за типом «night-peaker», а в 2 групі достовірно ($p < 0,05$) більше встановлений циркадний ритм АТ за типом «non-dipper». При проведенні порівняльного аналізу ступеню тяжкості розвитку ПІІ при різних типах циркадних ритмів у хворих 1 групи встановлено, що ступінь тяжкості неврологічної симптоматики за шкалою NIHSS на 10-ту добу була достовірно вища у хворих з циркадним ритмом АТ «non-dipper» у порівнянні з циркадним ритмом АТ «dipper» ($p < 0,05$).

При проведенні порівняльного аналізу ступеню тяжкості розвитку ПІІ при різних типах циркадних ритмів у хворих 2 групи встановлено, що ступінь тяжкості неврологічної симптоматики за шкалою NIHSS на 10-ту добу була достовірно вища у хворих з циркадним ритмом АТ «night-peaker» ($p < 0,05$). Достовірної різниці у тяжкості неврологічного дефіциту при циркадному ритмі АТ за типом «dipper» при порівнянні показників 1-ої та 10-ої діб між групами не виявлено ($p > 0,05$). Порівняльний аналіз ступеня тяжкості ПІІ при різних типах циркадного ритму АТ у обстежених хворих можливо враховувати при виборі тактики лікування з метою запобігання прогресування розвитку повторного та первинного ішемічного інсульту.

Відмічено, що ступінь тяжкості неврологічної симптоматики за шкалою NIHSS на 10-ту добу був достовірно вищим у хворих з циркадним ритмом АТ «non-dipper» у порівнянні з циркадним ритмом АТ «dipper» ($p < 0,05$), а нічна гіпертензія в гострому періоді ПІІ у хворих ПІІ сприяє погіршенню неврологічної симптоматики після 10-ї доби інсульту. Враховуючи отримані данні при порівнянні показників циркадного ритму, підтверджена інформативність різниці АТ у обстежених хворих, оскільки відмічається достовірна різниця значень ($p < 0,05$), що важливо враховувати при виборі тактики лікування та зниженню прогресування факторів ризику, пов'язаних з розвитком ішемічного інсульту. Було виявлено, що проведений аналіз динаміки при розвитку ішемічного інсульту має важливе значення, оскільки отримана достовірна різниця у хворих на ПІІ та ПІ. При порівняльному

Таблиця 1

Динамика середніх показників САТ та ДАТ по даним СМАТ 1 групи, 2 групи за 10 діб

Показники ДМАТ		1 група (n = 47)	2 група (n = 47)
САТ середній, доба, мм рт. ст.	1 доба	160,41±1,53*	157,71±1,74**
	10 доба	155,95±1,47	152,52±1,36
ДАТ середній, доба, мм рт. ст.	1 доба	93,67±1,61#	90,21±1,40
	10 доба	88,76±1,07	87,31±0,91

Примітка: * – порівняння САТ 1 групи між 1 добою та 10 добою ($p < 0,05$);

** – порівняння САТ 2 групи між 1 добою та 10 добою ($p < 0,05$);

– порівняння ДАТ 1 групи між 1 добою та 10 добою ($p < 0,05$)

аналізі добового профілю АТ у обстежених хворих 1 та 2 групи виявлено, що середній САТ в 1-шу добу II достовірно перевищував показник норми в обох групах і достовірно зменшився до 10-ї доби. Статистично значимої різниці середніх показників САТ в 1-шу та 10-ту добу II між 1 та 2 групою не виявлено ($p > 0,05$) (табл. 1).

Для більш досконалої оцінки та виявлення кількісних та якісних характеристик порівнюваних груп ми використовували параметричні критерії статистики: критерій Стьюдента (Т-тест) і критерій Фішера (Ф-тест).

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середнього систолічного АТ за 1 добу становив для хворих 1 групи САТ $160,41 \pm 1,53$, а для хворих 2 групи - САТ $157,71 \pm 1,74$, достовірність різниці за Ф-тестом $p = 0,14844$, за Т-тестом $p = 0,05519$, що вказує на наявність кількісної, але не достовірної різниці середнього систолічного АТ за 1 добу у групах порівняння. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середнього діастолічного АТ за 1 добу становив для хворих 1 групи ДАТ $93,67 \pm 1,61$, а для хворих 2 групи - ДАТ $90,21 \pm 1,40$, достовірність різниці за Ф-тестом $p = 0,833012$, за Т-тестом $p = 0,040491$, що вказує на наявність кількісної різниці середнього діастолічного АТ за 1 добу у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середнього ДАТ за 1 добу у хворих на ПІІ. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середнього систолічного АТ за 10 добу становив для хворих 1 групи САТ $151,69 \pm 1,37$, а для хворих 2 групи - САТ $152,52 \pm 1,36$, достовірність різниці за Ф-тестом $p = 0,75902$, за Т-тестом $p = 0,040699$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці середнього систолічного АТ за 10 добу у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середнього САТ за 10 добу у хворих на ПІІ. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середнього діастолічного АТ за 10 добу становив для хворих 1 групи ДАТ $88,76 \pm 1,07$, а для хворих 2 групи - ДАТ $87,31 \pm 0,91$, достовірність різниці за Ф-тестом $p = 0,47747$, за Т-тестом $p = 0,047868$, що вказує на наявність кількісної різниці середнього діастолічного

АТ за 10 добу у групах порівняння та урахуванням частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середнього ДАТ за 10 добу у хворих на ПІІ. ЧСС була достовірно більшою у хворих на ПІІ при порівнянні з 2 групою ($p < 0,05$) і не достовірно зменшилась до 10-ї доби інсульту ($p > 0,05$). Встановлено зворотний кореляційний зв'язок між ЧСС і ПАТ ($r = -0,39$, $p < 0,01$), а збільшення ЧСС призводить до погіршення неврологічної симптоматики за шкалою NIHSS ($r = 0,40$; $p < 0,05$). Варіабельність ПАТ була достовірно більшою у хворих на ПІІ ($p < 0,05$) та в 1-шу добу інсульту у порівнянні з 2 групою ($p < 0,05$), але виявлені не достовірні зміни варіабельності ПАТ до 10-ї доби інсульту ($p > 0,05$) (табл. 2). При порівняльному аналізі показників ДМАТ за добу між 1 групою та 2 групою встановлено, що у хворих на ПІІ є недостовірне підвищення максимального значення показників: САТ на 13,1 %, ДАТ на 10,2 %, ПАТ на 9,4 %, ЧСС на 8,1 % ($p > 0,05$). Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середнього пульсового АТ за 1 добу становив для хворих 1 групи ПАТ $68,81 \pm 1,37$, а для хворих 2 групи - ПАТ $60,93 \pm 1,24$, достовірність різниці за Ф-тестом $p = 0,348312$, за Т-тестом $p = 9,06E-06$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці середнього ПАТ за 1 добу у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середнього ПАТ за 1 добу у хворих на ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту, ніж ПАТ за 1 добу, вказує на те, що ПАТ є головним параметром, який призвів до зміни кількості, тобто осприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на первинний ПІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середнього пульсового АТ за 10 добу становив для хворих 1 групи ПАТ $66,36 \pm 1,54$, а для хворих 2 групи - ПАТ $59,07 \pm 1,11$, достовірність різниці за Ф-тестом $p = 0,055566$, за Т-тестом $p = 0,00014$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці середнього ПАТ за 10 добу у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середнього ПАТ за 10 добу у хворих на ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту, ніж ПАТ за 10 добу, вказує на те, що ПАТ

Таблиця 2
Динамика середніх показників ПАТ та ЧСС по даним СМАТ 1 групи, 2 групи за 10 днів

Показники ДМАТ		1 група (n = 47)	2 група (n = 47)
ПАТ середній, доба, мм рт. ст.	1 доба	$68,81 \pm 1,37$	$60,93 \pm 1,24$
	10 доба	$66,36 \pm 1,54$	$59,07 \pm 1,11$
ЧСС середній, доба, мм рт. ст.	1 доба	$82,99 \pm 1,32$	$77,48 \pm 1,05$
	10 доба	$81,79 \pm 1,12$	$75,02 \pm 0,97$

Примітка: * - порівняння ПАТ 1 групи між 1 добою та 10 добою ($p < 0,05$);

** - порівняння САТ 2 групи між 1 добою та 10 добою ($p < 0,05$);

- порівняння ДАТ 1 групи між 1 добою та 10 добою ($p < 0,05$)

є головним параметром, який призвів до зміни кількості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на первинний ПІІ. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середнього ЧСС за 1 добу становив для хворих 1 групи ЧСС 82,99±1,32, а для хворих 2 групи – ЧСС 77,48±1,05, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,125799$, за Т-тестом $p=0,000637$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці середнього ЧСС за 1 добу у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середнього ЧСС за 1 добу у хворих на ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту, ніж ЧСС за 1 добу, вказує на те, що ЧСС є головним параметром, який призвів до зміни кількості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на первинний ПІІ. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середнього ЧСС за 10 добу становив для хворих 1 групи ЧСС 81,79±1,12, а для хворих 2 групи – ЧСС 75,02±0,97, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,258958$, за Т-тестом $p=4,02E-06$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці середнього ЧСС за 10 добу у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середнього ЧСС за 10 добу у хворих на ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту ЧСС за добу, вказує на те, що ЧСС є головним параметром, який призвів до зміни кількості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на первинний ПІІ. Порівняльний аналіз середнього САТ за добу, день та ніч та середнього ДАТ за добу, день та ніч, у обстежених хворих 1 та 2 групи представлено в табл. 3. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник середній САТ за день становив для хворих 1 групи середній САТ 166,85±1,83, а для хворих 2 групи – середній САТ 158,34±1,73, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,539817$, за Т-тестом $p=0,000436$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах по-

рівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середній САТ за день у хворих на первинний ПІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник середній ДАТ за день становив для хворих 1 групи середній ДАТ 97,29±0,98, а для хворих 2 групи – середній ДАТ 90,27±0,91, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,593113$, за Т-тестом $p=9,44E-07$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середній ДАТ за день у хворих на ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту середній ДАТ за день, вказує на те, що середній ДАТ є головним параметром, який призвів до зміни кількості та якості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на ПІІ. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник середній САТ за ніч становив для хворих 1 групи середній САТ 169,28±2,62, а для хворих 2 групи – середній САТ 152,52±2,04, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,092424845$, за Т-тестом $p=2,27657E-06$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середній САТ за ніч у хворих на ПІІ при порівнянні з ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту середній САТ за ніч, вказує на те, що середній САТ є головним параметром, який призвів до зміни кількості та якості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на первинний ПІІ. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за ніч показник середній ДАТ за ніч становив для хворих 1 групи середній ДАТ 96,36±1,40, а для хворих 2 групи – середній ДАТ 88,58±1,40, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,742424418$, за Т-тестом $p=5,72197E-05$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середній ДАТ за ніч у хворих на ПІІ при порівнянні з ПІІ.

Таблиця 3

Показники АТ за даними ДМАТ у хворих 1 групи, 2 групи та групи контролю

Показники АТ за даними ДМАТ		1 група	2 група	Контрольна група
АТ серед. доба, мм рт. ст.	САД	160,41±1,53*	157,71±1,74#	147,20±1,10**
	ДАД	93,67±1,61*	90,21±1,40#	88,67±1,19**
АТ серед. день, мм рт. ст.	САД	166,85±1,83*	158,34±1,73#	151,99±1,83**
	ДАД	97,29±0,98*	90,27±0,91#	80,53±0,84**
АТ серед. ніч, мм рт. ст.	САД	169,28±2,62*	152,52±2,04#	142,32±1,52**
	ДАД	96,36±1,40*	88,58±1,40#	75,16±1,27**

Примітка: * - порівняння між 1 групою та 2 групою ($p<0,05$);
 ** - порівняння порівняння між 1 групою та групою контролю ($p<0,05$);
 # - порівняння порівняння між 2 групою та групою контролю ($p<0,05$)

Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту середній ДАТ за ніч, вказує на те, що середній ДАТ є головним параметром, який призвів до зміни кількості та якості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПП у хворих в порівнянні з хворими на первинний П. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середній САТ за добу становив для хворих 1 групи середній САТ $160,41 \pm 1,53$, а для хворих 2 групи – середній САТ $157,71 \pm 1,74$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,14844$, за Т-тестом $p=0,021979514$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середній САТ за добу у хворих на ПП при порівнянні з П. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за добу показник середнього ДАТ за добу становив для хворих 1 групи середній ДАТ $93,67 \pm 1,61$, а для хворих контрольної групи – середній ДАТ $88,67 \pm 1,19$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,14844$, за Т-тестом $p=0,023107576$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середній ДАТ за добу у хворих на ПП в порівнянні з хворими на ГЕ. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за добу показник середній ДАТ за добу становив для хворих 1 групи середній ДАТ $93,67 \pm 1,61$, а для хворих 2 групи – середній ДАТ $90,21 \pm 1,40$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,472034416$, за Т-тестом $p=0,044361377$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника середній ДАТ за добу у хворих на ПП при порівнянні з П.

Головною детермінантою ураження органів-мішеней при АГ є варіабельність АТ (ВАР АТ), оскільки збільшення ВАР АТ у хворих на АГ є незалежним фактором ризику ураження органів-мішеней, а збільшення ВАР САТ у денні години асоціюється зі збільшенням ризику розвитку інсульту (табл. 4).

Оцінювали варіабельність АТ (ВАР АТ), що є показником ураження органів-мішеней при АГ. За результатами ДМАТ хворих 1 групи встановлена достовірно ($p<0,05$) вища ВАР САТ за добу, вдень і вночі, порівняно з ВАР САТ хворих 2 групи. Виявлений прямий кореляційний зв'язок між ВАР САТ та ступенем тяжкості П за шкалою NIHSS ($r = 0,37$; $p<0,05$). Встановлено, що у хворих 1 групи достовірно ($p<0,05$) вища ВАР САТ за добу, вдень і вночі ($14,9 \pm 0,7\%$, $16,4 \pm 0,5\%$, $11,4 \pm 0,6\%$, відповідно), порівняно з ВАР САТ хворих 2 групи ($12,1 \pm 0,6\%$, $13,5 \pm 0,7\%$, $10,1 \pm 0,7\%$, відповідно), що можна пояснити стабільно підвищеним САТ при тривалому перебігу АГ у хворих на інсульт.

При оцінці варіабельності АТ поміж 1 групою і 2 групою за день та ніч, були отримані показники, достовірних відмінностей між якими виявлена достовірна різниця ($p<0,05$). За результатами ДМАТ хворих 1 групи достовірно ($p<0,05$) вища ВАР САТ за добу, вдень і вночі, порівняно з ВАР САТ хворих 2 групи. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник ВАР систолічного АТ за день становив для хворих 1 групи ВАР САТ $22,91 \pm 0,92$, а для хворих 2 групи – ВАР САТ $18,75 \pm 0,87$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,751798$, за Т-тестом $p=0,001403$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР САТ за день у хворих на первинний П. Згідно статистичних даних, при порівнянні

Таблиця 4
Показники АТ за даними ДМАТ у хворих 1 групи, 2 групи та групи контролю

Показники АТ за даними ДМАТ		1 група	2 група	Контрольна група
ІЧ САТ %	день	$55,07 \pm 3,79^*$	$51,43 \pm 3,65^\#$	$43,38 \pm 3,14^{**}$
	ніч	$75,25 \pm 4,60^*$	$64,82 \pm 3,77^\#$	$55,57 \pm 4,35^{**}$
ІЧ ДАТ %	день	$30,34 \pm 3,43^*$	$25,79 \pm 2,48$	$21,89 \pm 2,47^{**}$
	ніч	$40,53 \pm 3,38^*$	$32,12 \pm 2,31^\#$	$22,56 \pm 2,83^{**}$
ВАР САТ	день	$22,91 \pm 0,92^*$	$18,75 \pm 0,87^\#$	$10,72 \pm 0,39^{**}$
	ніч	$19,01 \pm 0,93^*$	$13,24 \pm 0,77$	$11,14 \pm 0,59^{**}$
ВАР ДАТ	день	$15,81 \pm 0,54^*$	$12,84 \pm 0,90^\#$	$7,61 \pm 0,29^{**}$
	ніч	$13,24 \pm 0,63^*$	$9,27 \pm 0,48$	$8,41 \pm 0,36^{**}$
ВАР ПАД	день	$20,52 \pm 0,45^*$	$17,09 \pm 0,43^\#$	$9,53 \pm 0,32^{**}$
	ніч	$16,92 \pm 0,42^*$	$11,79 \pm 0,33^\#$	$7,96 \pm 0,20^{**}$
ВАР ЧСС	день	$13,08 \pm 0,29^*$	$11,51 \pm 0,26$	$9,20 \pm 0,31^{**}$
	ніч	$14,17 \pm 0,38^*$	$11,11 \pm 0,39^\#$	$8,04 \pm 0,40^{**}$

Примітка: * - порівняння між 1 групою та 2 групою ($p<0,05$);

** - порівняння порівняння між 1 групою та групою контролю ($p<0,05$);

- порівняння порівняння між 2 групою та групою контролю ($p<0,05$)

показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник ВАР діастолічного АТ за день становив для хворих 1 групи ВАР ДАТ $15,81 \pm 0,54$, а для хворих 2 групи – ВАР ДАТ $12,84 \pm 0,90$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,096415$, за Т-тестом $p=2,71E-05$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ДАТ за день у хворих на первинний ІІ. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за ніч показник ВАР систолічного АТ за ніч становив для хворих 1 групи ВАР САТ $19,01 \pm 0,93$, а для хворих 2 групи – ВАР САТ $13,24 \pm 0,77$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,21197$, за Т-тестом $p=6,9E-06$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР САТ за ніч у хворих на первинний ІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за ніч показник ВАР діастолічного АТ за ніч становив для хворих 1 групи ВАР ДАТ $13,24 \pm 0,63$, а для хворих контрольної групи – ВАР ДАТ $8,41 \pm 0,36$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,000274$, за Т-тестом $p=1,89E-09$, що вказує на наявність вираженої якісної та кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ДАТ за ніч у хворих на ІІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту ВАР ДАТ за ніч, вказує на те, що ВАР ДАТ є головним параметром, який призвів до зміни кількості та якості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ІІІ у хворих в порівнянні з хворими на ГЕ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за ніч показник ВАР діастолічного АТ за ніч становив для хворих 1 групи ВАР ДАТ $13,24 \pm 0,63$, а для хворих 2 групи – ВАР ДАТ $9,27 \pm 0,48$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,0647051$, за Т-тестом $p=2,3364E-06$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР САТ за ніч у хворих на первинний ІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за день показник ІЧ систолічного АТ за день становив для хворих 1 групи ІЧ САТ $55,07 \pm 3,79$, а для хворих контрольної групи – ІЧ САТ $43,38 \pm 3,14$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,202423$, за Т-тестом $p=0,019594$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ САТ за день у хворих на ІІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник ІЧ систолічного АТ за день становив для хворих 1 групи ІЧ САТ $55,07 \pm 3,79$, а для хворих 2 групи – ІЧ САТ $51,43 \pm 3,65$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,862356$, за Т-тестом $p=0,466585$, що вказує на недостовірність різниці у групах порівняння при аналізі показника ІЧ САТ за день у хворих на ІІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за день показник ІЧ діастолічного АТ за день становив для хворих 1 групи ІЧ ДАТ $30,34 \pm 3,43$, а для хворих контрольної групи – ІЧ ДАТ $21,89 \pm 2,47$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,026169$, за Т-тестом $p=0,048548$, що вказує на наявність кількісної та якісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ ДАТ за день у хворих на ІІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник ІЧ діастолічного АТ за день становив для хворих 1 групи ІЧ ДАТ $30,34 \pm 3,43$, а для хворих 2 групи – ІЧ ДАТ $25,79 \pm 2,48$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,028019$, за Т-тестом $p=0,285282$, що вказує на наявність якісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ ДАТ за день у хворих на ІІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за ніч показник ІЧ систолічного АТ за ніч становив для хворих 1 групи ІЧ САТ $75,25 \pm 4,60$, а для хворих контрольної групи – ІЧ САТ $55,57 \pm 4,35$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,716303$, за Т-тестом $p=0,002505$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ САТ за ніч у хворих на ІІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за ніч показник ІЧ систолічного АТ за ніч становив для хворих 1 групи ІЧ САТ $75,25 \pm 4,60$, а для хворих 2 групи – ІЧ САТ $64,82 \pm 3,77$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,073996$, за Т-тестом $p=0,007364$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ САТ за ніч у хворих на ІІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за ніч показник ІЧ діастолічного АТ за ніч становив для хворих 1 групи ІЧ ДАТ $40,53 \pm 3,38$, а для хворих контрольної групи – ІЧ ДАТ $22,56 \pm 2,83$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,228685$, за Т-тестом $p=9,71E-05$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ ДАТ за ніч у хворих на ІІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту ІЧ ДАТ за ніч, вказує на те, що ІЧ ДАТ є головним параметром, який призвів до зміни кількості та якості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ІІІ у хворих в порівнянні з хворими на ГЕ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за ніч показник ІЧ діастолічного АТ за ніч становив для хворих 1 групи ІЧ ДАТ $40,53 \pm 3,38$, а для хворих 2 групи – ІЧ ДАТ $32,12 \pm 2,31$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,010831$, за Т-тестом $p=0,042831$, що вказує на наявність якісної та кількісної різниці у

групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ ДАТ за ніч у хворих на ПІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за день показник ВАР пульсового АТ за день становив для хворих 1 групи ВАР ПАТ $20,52 \pm 0,45$, а для хворих контрольної групи – ВАР ПАТ $9,53 \pm 0,32$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,012592$, за Т-тестом $p=6,33E-30$, що вказує на наявність вираженої якісної та кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ПАТ за день у хворих на ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту ВАР ПАТ за день, вказує на те, що ВАР ПАТ є головним параметром, який призвів до зміни кількості та якості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на ГЕ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник ВАР пульсового АТ за день становив для хворих 1 групи ВАР ПАТ $22,91 \pm 0,92$, а для хворих 2 групи – ВАР ПАТ $17,09 \pm 0,43$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,585312127$, за Т-тестом $p=3,452E-05$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ПАТ за день у хворих на первинний ПІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за ніч показник ВАР пульсового АТ за ніч становив для хворих 1 групи ВАР ПАТ $16,92 \pm 0,42$, а для хворих контрольної групи – ВАР ПАТ $7,96 \pm 0,20$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=1,49225E-06$, за Т-тестом $p=4,07767E-34$, що вказує на наявність вираженої якісної та кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ПАТ за ніч у хворих на ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту ВАР ПАТ за ніч, вказує на те, що ВАР ПАТ є головним параметром, який призвів до зміни кількості та якості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на ГЕ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за ніч показник ВАР пульсового АТ за ніч становив для хворих 1 групи ВАР ПАТ $16,92 \pm 0,42$, а для хворих 2 групи – ВАР ПАТ $11,79 \pm 0,33$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,035718253$, за Т-тестом $p=1,44546E-16$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ПАТ за ніч у хворих на первинний ПІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за день показник ВАР ЧСС за день становив для хворих 1 групи ВАР ЧСС $13,08 \pm 0,29$, а для хворих контрольної групи – ВАР ЧСС $9,20 \pm 0,31$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,577469944$, за Т-тестом $p=1,37953E-14$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та

урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ЧСС за день у хворих на ПІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за день показник ВАР ЧСС за день становив для хворих 1 групи ВАР ЧСС $13,08 \pm 0,29$, а для хворих 2 групи – ВАР ЧСС $11,51 \pm 0,26$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,553301314$, за Т-тестом $p=0,000102769$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ЧСС за день у хворих на первинний ПІІ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та групою контролю за ніч показник ВАР ЧСС за ніч становив для хворих 1 групи ВАР ЧСС $14,17 \pm 0,38$, а для хворих контрольної групи – ВАР ЧСС $8,04 \pm 0,40$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,652726182$, за Т-тестом $p=1,24723E-18$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ЧСС за ніч у хворих на ПІІ. Значно більший коефіцієнт відмінності частоти розвитку інсульту ВАР ЧСС за ніч, вказує на те, що ВАР ЧСС є головним параметром, який призвів до зміни кількості, тобто сприяє розвитку та прогресуванню ПІІ у хворих в порівнянні з хворими на ГЕ.

Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою за ніч показник ВАР ЧСС за ніч становив для хворих 1 групи ВАР ЧСС $14,17 \pm 0,38$, а для хворих 2 групи – ВАР ЧСС $8,04 \pm 0,40$, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,806525449$, за Т-тестом $p=1,99536E-07$, що вказує на наявність вираженої кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ВАР ЧСС за ніч у хворих на первинний ПІІ.

Встановлено порушення циркадного ритму за ступенем нічного зниження АТ (СНЗ) у хворих 1 групи: недостатнє зниження САТ вночі (non-dipper) у 14 хворих (29,7 %), надмірне зниження САТ вночі (over-dipper) у 6 хворих (12,8 %), нічний підйом САТ вночі (night-peaker) спостерігався у 18 хворих (38,2 %), що пов'язано з такими факторами ризику, як ЦД та МА

Нормальний циркадний ритм (dipper) в 1 групі мали 9 хворих (19,3 %). Встановлено порушення циркадного ритму у хворих 2 групи у 37 хворих (74,0 %): недостатнє зниження САТ вночі (non-dipper) у 22 хворих (46,8 %) надмірне зниження САТ вночі (over-dipper) у 3 хворих (6,4 %), нічний підйом САТ вночі (night-peaker) у 9 хворих (19,2 %), а нормальний циркадний ритм (dipper) мали 13 хворих (27,6 %), де САТ вночі знижувався достатньо. Встановлено, що ступінь тяжкості розвитку неврологічної симптоматики за шкалою NIHSS на 10-ту добу був достовірно ($p<0,05$) вищим у хворих з циркадним ритмом АТ «night-peaker» у хворих на ПІІ в гострому періоді інсульту та циркадним ритмом АТ «non-dipper», що сприяє погіршенню неврологічної симптоматики після 10-ї доби інсульту та врахуванні при виборі тактики лікування. При проведенні аналізу порушень циркадного

ритму, встановлено, що висока частка хворих за типом циркадного ритму «dipper» у хворих 2 групи, в порівнянні з 1 групою (27,6 % та 14,9 %, відповідно) була пов'язана з більш регулярним прийомом антигіпертензивних засобів та меншим відсотком судинної коморбідності. Висока частка хворих за типом циркадного ритму «night-peaker» у хворих 1 групи, в порівнянні з 2 групою (46,8 % та 19,1 %, відповідно) здебільшого була пов'язана з тим, що у хворих на ПІІ була достовірно більша коморбідність захворювань, таких як АГ, МА та ЦД. Недосягнення цільового рівня АТ у хворих на АГ, що мають різні варіанти порушення АТ, є незалежним чинником, що визначає рефрактерність не тільки до проведеної антигіпертензивної терапії, а і врахуванні його, як фактора ризику розвитку ІІ. При порівнянні показника «навантаження тиском» між групами обстежених хворих встановлено, що ІЧ САТ перевищує межі норми майже вдвічі (більше 30%) по всіх показниках за добу. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою достовірність різниці показника ІЧ САТ за ніч становила за Ф-тестом $p=0,073996$, за Т-тестом $p=0,007364$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та важливість урахування показника ІЧ САТ за ніч у хворих на ПІІ, що впливає на порушення циркадного ритму хворих. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою показника ІЧ ДАТ за ніч, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,010831$, за Т-тестом $p=0,042831$, що вказує на наявність якісної та кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ ДАТ за ніч у хворих на ПІІ, що впливає на порушення циркадного ритму хворих. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою показника ІЧ САТ за день, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,862356$, за Т-тестом $p=0,466585$, що вказує на недостовірність різниці у групах порівняння при аналізі показника ІЧ САТ за день у хворих на ПІІ, але перевищення його у 1,8 рази для хворих 1 групи та для хворих 2 групи (55,07%, 51,43%, відповідно) при порівнянні з нормою, що приводить до порушення циркадного ритму у хворих на інсульт. Згідно статистичних даних, при порівнянні показників ДМАТ між 1 групою та 2 групою показника ІЧ ДАТ за день, достовірність різниці за Ф-тестом $p=0,028019$, за Т-тестом $p=0,285282$, що вказує на наявність кількісної різниці у групах порівняння та урахування частоти розвитку інсульту, важливість урахування показника ІЧ ДАТ за день у хворих на ПІІ, що впливає на порушення циркадного ритму хворих.

Встановлено, що ІЧ САТ достовірно зменшився в першій та другій групах на 10-ту добу ІІ ($p<0,05$). Виявлений прямий кореляційний зв'язок між ІЧ САТ та ступенем тяжкості неврологічного дефіциту ($r=0,55$; $p<0,05$), шкалою Бартела ($r= -0,37$; $p<0,001$) і Ренкіна ($r=0,43$; $p<0,001$) та підтверджують негативний вплив підвищеного ІЧ САТ на наслідки та прогресування ІІ. Виявлений прямий кореляційний зв'язок між ВАР САТ та ступенем тяжкості ІІ за шкалою NIHSS ($r=0,44$; $p<0,05$). Ви-

явлено прямий кореляційний зв'язок між ВАР ДАТ та ступенем тяжкості ІІ ($r=0,30$; $p<0,05$). Ступінь тяжкості неврологічної симптоматики за шкалою NIHSS на 10-ту добу був достовірно вищим у хворих з циркадним ритмом АТ «non-dipper» ($p<0,05$), а нічна гіпертензія в гострому періоді ІІ у хворих ПІІ сприяє погіршенню неврологічної симптоматики після 10-ї доби інсульту. Враховуючи отримані данні при порівнянні показників ДМАТ за всі періоди доби, отримані данні підтверджують інформативність різниці АТ у хворих першої та 2 групи, оскільки відмічається достовірна різниця значень ($p<0,05$), що важливо враховувати при виборі тактики лікування та зниженню прогресування факторів ризику, пов'язаних з розвитком ішемічного інсульту.

Таким чином, в ході дослідження було виявлено, що проведений ДМАТ при розвитку ішемічного інсульту має важливе значення, оскільки отримана достовірна різниця по багатьох показниках АТ. Так при порівнянні середніх показників ДМАТ за всі періоди доби, отримані данні підтверджують інформативність різниці АТ у хворих на повторний та первинний ішемічний інсульт, оскільки відмічається достовірна різниця значень: за добу показників САТ, ПАТ та ЧСС; за день показників ПАТ та ЧСС; за ніч середніх показників САТ та ПАТ. Показники САТ та ПАТ є одними з найбільш важливих параметрів АТ, які впливають на розвиток інсульту. При проведеному аналізі кореляційних зв'язків показників ДМАТ з нейропсихологічними характеристиками за даними тесту Струпа у обстежених хворих з інсультом виявляються достовірні відмінності: пацієнтам в середньому потрібно більше часу для проходження тесту. Статистичний аналіз кількісних коефіцієнтів тесту підтвердив достовірність відмінностей ступеня інтерференції між групами ($p < 0,05$). Ступінь інтерференції у хворих з ПІІ не залежала від віку ($r = 0,12$, $p = 0,17$), тривалості захворювання ($r = 0,10$, $p = 0,57$). Переважання високою інтерференцією по тесту Струпа зазначалося в групі хворих з ПІІ в порівнянні з ІІ (60,9% і 37,5%, відповідно). У хворих з повторним ІІ в порівнянні з групою на первинний ІІ відзначається перевага високої ПСІ при виконанні тесту Струпа, що пов'язано з труднощами в диференціюванні, перемиканні уваги і адаптації, пов'язаної з підвищенням тривожності.

Висновки

Виявлено, що проведений ДМАТ при розвитку ішемічного інсульту має важливе значення, оскільки отримана достовірна різниця по багатьох показниках АТ. Так при порівнянні середніх показників ДМАТ за всі періоди доби, отримані данні підтверджують інформативність різниці АТ у хворих на повторний та первинний ішемічний інсульт, оскільки відмічається достовірна різниця значень: за добу показників САТ, ПАТ та ЧСС; за день показників ПАТ та ЧСС; за ніч середніх показників САТ та ПАТ. Показники САТ та ПАТ є одними з найбільш важливих параметрів АТ, які впливають на розвиток інсульту.

Література

1. Messerli F. H. Blood pressure and stroke: findings from recent trials / F. H. Messerli, S. Bangalore // J Am Coll Cardiol. – 2011. – Vol. 57. – P. 114.
2. Holt-Lunstad J. The influence of close relationships on nocturnal blood pressure dipping / Holt-Lunstad J., Jones B. Q., Birmingham W. // Int. J. Psychophysiol. – 2009. – Vol. 71(3). – P. 211–217.
3. Schallner N. Circadian Rhythm in Stroke – The Influence of Our Internal Cellular Clock on Cerebrovascular Events / [N. Schallner, R. LeBlanc, L. Otterbein, // J Clin Exp Pathol. – 2014. – Vol. 4 (2). – P. 1–7.
4. Игнатъев Д. Статинотерапия у хворих інсультом: SPARCL ставит новые задачи / Игнатъев Д. // Medicine Review. – 2008. – № 4 (04). – С. 15–19.
5. Potter J.F., Robinson T.G., Ford G.A. et al. Controlling hypertension and hypotension immediately post-stroke (CHHIPS): a randomised, placebo-controlled, double-blind pilot trial // Lancet Neurol. – 2009 Jan. 8(1). – P. 48–56.

Сравнительный анализ показателей суточного профиля АД у больных повторный и первичный ишемический инсульт

Свиридова Н.К.

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

Микитей О.Н.

ассистент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Резюме

Провести сравнительный анализ показателей суточного профиля АД у больных повторный и первичный ишемический инсульт. Нами было обследовано 124 больных, из них 94 больных с ишемическим инсультом в остром периоде, которые поступали в стационар в сроки до 2 суток от начала заболевания и наблюдались в неврологическом отделении. Контрольную группу составили 30 больных гипертензивной энцефалопатией. Проведенный анализ показателей суточного мониторинга артериального давления у больных повторный и первичный ишемический инсульт свидетельствуют важное значение использования этого метода диагностики, поскольку полученная достоверная разница по многим показателям артериального давления. Разница средних показателей суточного мониторинга артериального давления за все периоды суток подтверждает информативность разницы артериального давления у больных повторный и первичный ишемический инсульт, поскольку от-

мечается достоверная разница значений: за сутки показателей систолического и диастолического, пульсового артериального давления показателей частоты сердечных сокращений. Проведенное исследование позволило повысить эффективность диагностики развития повторного ишемического инсульта путем изучения особенностей центральной гемодинамики.

Ключевые слова: артериальное давление, суточное мониторирование артериального давления, повторный ишемический инсульт, диагностика инсульта, профилактика инсульта

Comparative analysis of daily blood pressure profile in patients with recurrent and primary ischemic stroke

Svyrydova N.

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

Mykytei O.

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

Resume

To conduct a comparative analysis of daily blood pressure profile in patients with recurrent and primary ischemic stroke. We were examined 124 patients, of which 94 patients with ischemic stroke in acute period, which came to the hospital in up to 2 days after the onset of the disease and were observed in the neurological department. The control group consisted of 30 patients with hypertensive encephalopathy. The conducted analysis of daily blood pressure monitoring in patients with recurrent and primary ischemic stroke indicates the importance of using this diagnostic method as a reliable difference in many indicators of arterial pressure is obtained. The difference averages of daily monitoring of blood pressure for all periods day informative confirms the difference in blood pressure in patients with primary and repeated ischemic stroke, as observed significant difference of values: the day indices of systolic, diastolic, blood pressure pulse heart rate parameters. The study allowed to increase the effectiveness of the diagnosis of recurrent ischemic stroke by studying the characteristics of central hemodynamics.

Key words: arterial pressure, daily blood pressure monitoring, re-ischemic stroke, stroke diagnosis, stroke prevention

УДК 615.814.1

Лекція циклу спеціалізації з рефлексотерапії «Використання рефлексотерапії у складі комплексних лікувальних заходів в косметології»

■ 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

■ Чередніченко Т.В.

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

Резюме

Вдосконалення напрямку на циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» лекційного матеріалу за темою «Використання рефлексотерапії у складі комплексних лікувальних заходів в косметології» допомогло знизити фармакологічне навантаження на пацієнтів та мінімізувати можливість розвитку ускладнень і побічних ефектів фармакотерапії. З іншого боку, застосування в структурі лікувальних заходів акупунктури безсумнівно збільшить ефективність терапії досить широкого спектру патологічних станів в дерматології.

Ключові слова: акупунктура, точки акупунктури, дерматологія, алопеція, веснянки, конституційна регуляція, лекція

Сьогодні, враховуючи стратегію НМАПО імені П.Л. Шупика, щодо впровадження вимог ISO у всі процеси (наукова, навчально-методична діяльність та надання медичних послуг), робота зі слухачами циклів післядипломної освіти повинна мати завершений цикл – планування процесу, задокументований моніторинг і контроль виконання, оцінка результату, визначення заходів для покращання результату та внесення змін до плану роботи щодо підвищенню кваліфікації лікарів. Згідно моніторингу і контролю виконання рішень вчених рад і наказів НМАПО імені П.Л. Шупика, ректора, наказів МОЗ і МОН України, проведеного анкетування слухачів-рефлексотерапевтів щодо оцінки якості викладання на кожному циклі, оновлюється напрямок навчально-методичного матеріалу. На циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» оновлено ряд лекційного матеріалу, зокрема вдосконалено напрямком за темою «Використання рефлексотерапії у складі комплексних лікувальних заходів в косметології».

В лекції з цього напрямку розглядається тематика конституційної регуляції. З метою запобігання виникнення патології і старіння шкіри традиційна китайська медицина рекомендує проводити систематичну акупунктурну «Конституційну регуляцію», яка відрізняється в залежності від базових умов:

1. Нормальна конституція – GI-10 («точка жіночої краси та молодості»)
2. Дефіцит ЧИ: V-13, V-20, F-13, P-1, E-36, J-8 .
3. Дефіцит Ян: J-8, J-6, J-4, V-23, T-4, E-36.
4. Дефіцит Інъ: RP-6, R-3, R-6, V-23, V-52.
5. Флегма-Вологість: J-12, J-8, J-6, J-4, V-20, V-23.
6. Флегма-Жар: P-10, E-37, E-39, E-44, J-12, MC-6, V-21, E-25, VB-24, F-3, F-2.

7. Застій ЧИ: J-17,F-14,J-12,J-9,F-3,V-18.
8. Застій Крові: RP-6, F-3,V-20, V-18, V-17.
9. Вроджена слабкість: V-12,VB-39,V-13,V-17,V-18,V-23.

Актуальною є проблема діагностики та лікування вугрів (юнацькі, вульгарні)

Патологічний стан шкіри, що виникає переважно в підлітковому віці і характеризується хронічним запаленням сально-залозистого волосного апарату, що супроводжується себореею, комедонами, дрібними папулами (інфільтрат до 5 мм червоного кольору), пустулами (гнійний пухирець) та іноді ускладнюється формуванням абсцесів і фурункулів [1, 2, 3]. Юнацькі вугрі на обличчі (рідше – на шкірі в області грудей і спини) зустрічаються у 80% людей у віці від 15 до 24 років, і лише у 7–20% – в старшому віці. До лікарів з цим захворюванням звертаються лише близько 20% підлітків, так як у інших воно протікає відносно легко.

Основні причини появи вугрів:

- ✓ Дія чоловічих статевих гормонів. Їх властивістю є стимуляція секреції сальних залоз і вплив на хімічний склад сала, яке стає дуже густим.
- ✓ Спадкова схильність, що виявляється в 90% випадків.
- ✓ Крім того, передбачається і наявність підвищеної чутливості рецепторів сальних залоз до чоловічого статевого гормону тестостерону і його метаболітів.

Механізм розвитку хвороби: у сальних залозах міститься фермент 5-альфа-редуктаза, під дією якого відбувається трансформація тестостерону в більш активну форму – 5-альфа-дегідротестостерон. Підвищена активність ферменту в період статевого дозрівання призводить до зростання місцевої концентрації дегідротестостерону, що значно перевищує нормальні показники. Це, в свою чергу, стимулює функцію сальних залоз і підвищення продукування ними шкірного сала. Таким чином, створюються сприятливі умови для активізації пропіонбактерій, завжди присутніх на поверхні шкіри обличчя, голови та верхніх відділів грудної клітки. Вони проникають в сальні залози і волосні фолікули, де виділяють ліпазу – фермент, який розщеплює жири до жирних кислот. Надмірна кількість жирних кислот в поєднанні з інтерлейкінами призводять до:

- ✓ виникнення асептичного (негнійного) запалення;
- ✓ надлишкового зроговіння епітеліальних клітин проток залоз (патологічний гиперкератоз фолікулярного епітелію);
- ✓ закупорці проток фолікулів роговими масами;
- ✓ порушення відтоку секрету сальних залоз.

Так формуються комедони, які є чудовим середовищем для розвитку патогенних мікроорганізмів, зокрема, стафілококів. При прогресуванні захво-

рування з'являються пустули з гнійним вмістом, фурункули, абсцеси.

Коли пройдуть юнацькі вугрі, на шкірі можуть залишитися плями пігментації і дрібні рубці.

Сприятливі фактори розвитку вугрів:

- ✓ нераціональне харчування (велика кількість вуглеводів, жирів, спецій, газовані напої з штучними барвниками);
- ✓ дефіцит вітамінів, особливо «А» і «Е»;
- ✓ неправильний догляд за шкірою;
- ✓ тривалі психоемоційні навантаження
- ✓ супутні ендокринні захворювання (цукровий діабет та інші розлади), хвороби і функціональні порушення ШКТ: дисбактеріоз, гельмінтоз;
- ✓ ПМС (у 70% жінок);
- ✓ схильність до підвищеної пітливості;
- ✓ прийом глюкокортикоїдів, антибіотиків.

Причини вугрів згідно з ТКМ:

1. Конституційні чинники (дефіцит Інь нирок і схильність до утворення Вогню).
2. Порушення дієти: багато жирів і спецій.
3. Порушення режиму сну.
4. Емоційна депресія.
5. Екзогенні патогенні чинники: Вітер-Жар.

Клініка згідно з ТКМ:

Жар легень і шлунка: вогнища ураження шкіри характеризуються себореею (масляниста, блискуча шкіра), з комедонами, папулами, пустулами і вузликами (відкриті комедони). Переважна локалізація вогнищ на чолі і навколо носа і рота. Додаткові симптоми: закрепи і сеча темно-жовтого кольору, червоний язик з тонким жовтим нальотом і швидкий пульс.

Дефіцит Інь, що породжує внутрішній Жар: вогнища ураження шкіри характеризуються папулами, пустулами і вузликами (закриті комедони). Додаткові симптоми: дратівливість, закрепи, сухість у роті, відчуття жару в долонях та підшвах, червоний язик з тонким жовтим нальотом і швидкий і тонкий пульс.

Дисгармонія між Чун Май і Жень Май: зустрічається тільки у жінок, висипання виникають або їх число збільшується під час ПМС і зникають після їх завершення. Додаткові симптоми: відчуття дискомфорту в грудях з розпиранням і важкістю під час дихання; ПМС, дисменорея; язик з тонким жовтим нальотом і швидкий і ниткоподібний пульс.

Застій Флегми: характеризується великими глибинними папулами темно-червоного кольору, у пацієнтів має місце тривалий анамнез вугрів. При таманні пігментація і рубці. Додаткові симптоми: погіршення апетиту, неоформлений стілець, блідий язик з білим брудним нальотом, слизький пульс.

Принципи лікування вузрів [1, 4, 5].

1) *Базове акупунктурне лікування:*

- ✓ РС-9, V-2, GI-20, IG-18, E-6 – поліпшують місцеву циркуляцію Крові і сприяють вільній циркуляції ЧИ підлеглих тканин;
 - ✓ T-14, GI-11, F-3–TA, що очищають від токсичного Жару;
 - ✓ Аурикулярні точки: 11 (шока), 101 (легені), 97 (печінка), 95 (нирки) 96 (селезінка), 22 (залози внутрішньої секреції), 13 (надниркова залоза).
- 2) *Диференційоване акупунктурне лікування:*
- ✓ Жар легень і шлунка: P-7, P-10, E-44, TR-6;
 - ✓ Дефіцит Інъ, що породжує внутрішній Жар: R-3, R-6, V-23, C-7, MC-6;
 - ✓ Дисгармонія між Чун Май і Жень Май: V-18, V-17, RP-10, RP-6; RP-4, P-7, J-5;
 - ✓ Застій Флегми: E-40, IG-3, V-20, RP-10.

Приклад клінічного випадку: пацієнт А., 24 роки, програміст, скаржиться на вугрі впродовж 2-х років, коли після закінчення університету був вимушений працювати за комп'ютером ночами. Ожиріння I-го ступеня, гіподинамія (з дому майже не виходить, працює ночами), порушення сну, часті закрепи. Обличчя пастозне, очі червоні, на чолі і щоках зони запалення шкіри у вигляді темно-червоних папул; великі пустули і кілька рубців у верхній частині спини. Язик – темно-червоний, покритий брудно-білим нальотом, пульс швидкий, слизький.

Синдромальний діагноз: вугрі внаслідок застою Флегми і внутрішнього Жару.

Акупунктурне лікування: E-40, IG-3, E-25, E-21, E-36, GI-4, GI-10, GI-11, F-3, F-2, RP-6, RP-10, R-6, J-6, V-20, J-12, V-17, T-14, TR-6.

Актуальною є проблема діагностики та лікування веснянки (лентіго)

Термін «лентіго» походить від латинського слова lentigo, яке можна перекласти як «пляма у вигляді сочевиці, веснянка». Лентіго – плоскі плями на шкірі, що злегка піднімаються над її поверхнею. Вони мають темно-коричневий колір і діаметр 1,5 мм – 3 см. Лентіго – це пігментний невус (родимки, пігментні плями та ін.). Воно може бути вродженим і набути.

Причини лентіго:

- ✓ генетичні (вроджене)
- ✓ підвищена чутливість до УФО;
- ✓ тривале перебування на сонці, неодноразові сонячні опіки;
- ✓ опіки сонцем в дитячому віці;
- ✓ світла шкіра і волосся;
- ✓ надмірно часте відвідування солярію;
- ✓ літній вік;

- ✓ пригнічення імунітету при вживанні цитостатиків, імунодепресантів, глюкокортикоїдів, а також у хворих зі СНІД
- ✓ інфікованість вірусом папіломи людини;
- ✓ гормональні зміни в період статевого дозрівання, вагітності.

Класифікація:

1) *Вроджене лентіго* – часто множинне, тому його називають лентігіоз. Плями при цьому стані розташовуються на тілі, за винятком шкіри обличчя.

2) *Юнацьке лентіго* – ці утворення ніколи не малігнізуються і не зв'язані впливом сонця.

3) *Сенільне лентіго* – пов'язане з тривалим впливом сонячного світла, також виникає при деяких хворобах печінки, іноді малігнізується.

Лентіго в ТКМ відноситься до категорії «wen zhi shi», що означає маленькі смагляві або коричневі пігментні плями, що часто спостерігаються на обличчі, зв'язані з вродженою недостатністю і незахищеністю від сонячного світла влітку.

Патогенез лентіго згідно з ТКМ

Недостатність Води нирок приводить до спалахування дефіцитного вогню і застою Крові в мілких колатералях. Вітер-Жар каналу легень в результаті вторгнення зовнішнього Вітру-Жару або гіперактивного Ян, що формується внаслідок дефіциту Інъ печінки і нирок і порушення охолодження Ян завдяки впливу Інъ, обумовлює застій Вогню в Крові мілких колатералей. Характерна ознака Вогню – природним шляхом піднімається вгору, до своїх зон відповідності (голова, шия). Вогонь піднімається до обличчя, розподіляючись по відповідним меридіанам [1, 2, 3, 4].

Клініка лентіго згідно з ТКМ, додаткові симптоми:

- ✓ *Дефіцит Інъ з надмірністю Вогню:* головокружіння, шум у вухах з відчуттям жару в грудях, долонях і підшвах, болючість в попереку, безсоння, яскраві сновидіння, ніктурія. Червоний язик з невеликим нальотом або його відсутністю, тонкий і швидкий пульс.
- ✓ *Жар Крові і Вітер-Сухість:* підшкірні петехії, відчуття гіркоти і сухості в роті (особливо вночі), темно-жовта сеча і сухий стілець. Червоний або темно-червоний язик з тонким жовтим нальотом, швидкий і сильний пульс.
- ✓ *Дефіцит Крові породжує Вітер:* свербіж в уражених регіонах, головокружіння і втома, блідий язик з тонким білим нальотом, тонкий і слабкий пульс.
- ✓ *Дефіцит ЧИ і застій Крові:* головокружіння, бліді губи, втомлюваність, загальна слабкість, метеоризм і зниження апетиту.

Принципи лікування веснянки (лентіго).

Базове акупунктурне лікування:

- ✓ PC-3, GI-20, E-2, IG-18, і А-Ши точки – місцеві ТА, що очищають ЧИ в каналах і колатералях, тонізують Кров і видаляють плями
- ✓ V-13, P-7, P-8, P-10 «Легені керують шкірою»
- ✓ V-17, E-37, E-39 – тонізує та очищає кров
- ✓ GI-4, GI-10 – канал GI відповідає за енергетику на обличчі;
- ✓ Аурикулярні точки: 11 (щока), 100 (серце), 101 (легені), 14 (зовнішній ніс), 82 (діафрагма), 97 (печінка) 87 (шлунок) 95 (нирки) 91 (товста кишка) 89 (тонка кишка) 104 (три обігрівачі) 55 (Шень Мень) 22 (залози внутрішньої секреції).

Диференційоване акупунктурне лікування:

- ✓ GI-11 – очищає обличчя від патогенних чинників Вітер-Жар і охолоджує Кров;
- ✓ T-14 – запобігає підйому Жару до обличчя;
- ✓ F-3, V-18 – запобігає підйому Жару до обличчя, очищає обличчя від Жару;
- ✓ RP-10, RP-6 – тонізує Інь і Кров, нормалізує ЧИ;
- ✓ VB-21 та IG-11 – видаляє плями з плечей та шиї;
- ✓ E-36, E-44 – нормалізація ЧИ на обличчі.

Актуальною є проблема діагностики та лікування алопеції

Алопецією називають ділянку випадання волосся, з раптовим початком. Має круглу або овальну форму з гладкою поверхнею і без ознак запалення. Алопеція – це клітинно опосередковане і генно-регульоване автоімунне захворювання. Приблизно у 25% випадків, дана патологія спостерігалася у родичів пацієнтів, що підтверджує генетичну теорію. Дані показують, що на ураження впливають (асоційовані з клітинно-опосередкованими) автоімунні чинники. До пускових механізмів можна віднести емоційні і неврологічні чинники. На ранніх стадіях відбувається інфільтрація волосної фолікули лімфоцитами, а у втрачених свою функціональність волосяних фолікулах з'являються лануго (пушкове волосся). На пізніх стадіях кількість фолікул і дермальних сосочків знижується, а ті що залишилися узвищуються над поверхнею шкіри. За результатами біопсії були визначені деякі причини алопеції: тромбоз, значуще зниження циркуляції крові, зміна кровоносних судин, що знаходяться в з'єднувальній тканини, а інфільтрація лімфоцитами виявилася менш значущою [1, 2, 5].

Клінічні форми:

- 1) *Локальна* – характеризується ізольованими округлими або овальними осередками випадання волосся;
- 2) *Стрічковидна* – характерною несприятливим перебігом; вогнище облісіння поширюється від потиличної до скроневої області у вигляді стрічки;

3) *Субтотальна* – характеризується злиттям дрібних вогнищ з утворенням великих ділянок ураження;

4) *Тотальна* – волосся відсутнє на всій голові, випадають повністю вії та брови;

5) *Універсальна* – відсутність волосся на всій поверхні тіла; ця форма може тривати постійно десятиліттями, коли після ліквідації старих вогнищ виникають нові або після періодів ремісії настають рецидиви; зазвичай повторні загострення протікають в більш легких формах;

6) *Гніздне облісіння*, що супроводжується ураженням нігтів – найбільш важка форма перебігу процесу.

Етіологія, патогенез і клінічні ознаки згідно з ТКМ:

- ✓ *Жар серця породжує вітер*: вживання гострої, пряної і жирної їжі послаблює функцію селезінки та шлунка, що призводить до утворення та накопичення тепла від проникнення вологи або трансформації застою Чи в вогонь. Відбувається порушення ф-ції Інь і Крові, отже відбувається утворення Вітру і Жару Крові. Як результат гарячий Вітер піднімається вгору до шкіри голови і волосся не отримує живлення через дефіцит Інь в крові, це призводить до втрати волосся. Шкіра набуває червоного кольору, стає гладенькою, схожою на дзеркало.
- ✓ *Клінічні ознаки*: характеризується раптовою і швидкою втратою волосся. Відповідні симптоми і ознаки включають в себе свербіж і роздратування; червоний язик з жовтим нальотом; сильний і переривчастий пульс.
- ✓ *Застій печінки і стаз Крові*: печінка регулює Чи і покращує циркуляцію крові шляхом регулювання Чи. Депресія викликає застій Чи печінки і в перспективі може вплинути на циркуляцію крові, що призведе до стазу крові. Волосся не отримує достатнього живлення і це призводить до його випадання.
- ✓ *Клінічні ознаки*: пацієнти з даною дисфункцією часто мають медичну історію головних болів, мігрени або травми в відповідних областях. Алопеція характеризується раптовим початком випадіння волосся, що в подальшому може перейти в тотальну алопецію. Пацієнти можуть скаржитися на болючість і поколювання в цих областях. Також може приєднуватися безсоння і яскраві сни. Стазі крові можна виявити на тілі язика; глибокий і ниткоподібний пульс.
- ✓ *Дефіцит печінки і нирок*: печінка зберігає кров, а нирки – есенцію; У свою чергу кров формується з есенції і бере участь у формуванні та живленні волосся. Стан волосся прямо залежить від стану енергії і крові, а так само від стану функції нирок, печінки і інших Чжан органів. Коли існує недостатність печінки і нирок, то есенція не може перетворюватися в кров, кров не може жити волосся, це призводить до втрати волосся.

- ✓ *Клінічні ознаки:* пацієнти з даною дисфункцією зазвичай астеничної статури, блідолиці, швидко стомлюються. Випадання волосся повільне і нерівномірне, волосся випадає і повільно росте, ламке і тонке. Тіло язика бліде і збільшене; пульс слабкий і ниткоподібний.
- ✓ *Недостатність Чи Крові:* Кров бере участь у формуванні та живленні волосся; Кров утворюється селезінкою з енергії, отриманої від перевареної їжі. Невірне харчування, депресія, перевантаження на роботі можуть впливати на функцію печінки і це може привести до погіршення її функції-вироблення Чи Крові, щоб жити волосся.
- ✓ *Клінічні ознаки:* ця дисфункція характеризується великою зоною випадання волосся, сірий / жовтий колір волосся. Також може приєднатись інсомнія, дзвін у вухах, запаморочення, тіло язика може бути червоним; ниткоподібний пульс.

Принципи лікування алопеції.

Лікування алопеції в першу чергу скероване на зменшення факторів ризику і подальшу стимуляцію росту волосся. Лікування включає в себе використання місцевої імунотерапії, місцевого подразнення, місцевої імуносупресії, зовнішнього застосування ліків, також застосування фізіотерапії. Методи безмедикаментозної терапії включають в себе усунення фактора стресу, психотерапію.

Фізіотерапія – світлолікування застосовується для лікування великих і персистуючих вогнищ алопеції. 0,1% спиртовий розчин метоксалена наносять місцево на уражені області і протягом 45 хв і опромінюють довгохвильовими ультрафіолетовими променями. Повторювати процедуру слід 2 рази на тиждень, зберігаючи еритему мінімальною і зменшувати в міру зростання нового волосся. Курс лікування – 30 процедур. Інші методи фізіотерапевтичного лікування також доступні і включають в себе д'арсонваль і лазеротерапію.

Профілактика: деякі фактори можуть допомогти запобігти виникненню і прогресуванню алопеції. Пацієнтам слід рекомендувати: масаж голови, для поліпшення кровообігу в даній області. Вживати в їжу більше фруктів і овочів, також їжу, яка поповнює кров корисними елементами і сприяють регенерації і росту волосся, це риба, яйця, шпинат, водорості: ламінарія, чорний кунжут. Бажано утриматися від куріння і вживання алкоголю.

Слід відзначити, що у багатьох ліків, які використовують для лікування гніздної алопеції є побічна дія. Лікування за допомогою методів фізіотерапії не достатньо ефективне; довгохвильові УФ промені не в змозі проникнути через волосся, щоб досягти шкіри голови, а їх терапевтичний ефект перебільшений.

Комплексне лікування гніздної алопеції з використанням методів ТКМ значно потенціє медикаментозний та фізіотерапевтичний компоненти і використання їх є зручним і безпечним.

Базове акупунктурне лікування:

- ✓ *ashi* – точки (в зонах випадіння волосся– найчастіше T-20, E-8; голки залишати на 30 хв.
- ✓ після процедури бажано на місце голковколуювання застосувати Мей Хуа Чжень (багатополюсний молоточок)
- ✓ найбільш ефективним є метод «кругового обколювання»: одна голка вводиться в центрі вогнища ураження, чотири голки на 0,3 цуня назовні від центру на 0°, 90°, 180° і 270°; ще 8 голок на відстані 0,5 цуня від центру на 0°, 45°, 90°, 135°, 180°, 225°, 270°, 335°
- ✓ кількість таких кіл визначається розміром ураження
- ✓ до голок можна підключити апарат електроакупунктури з експозицією 30 хвилин
- ✓ частота встановлюється в залежності від переносимості пацієнта
- ✓ кругове обколювання забезпечує місцеве лікування і сприяє покращенню циркуляції ЧИ і Крові в ураженій області
- ✓ обов'язкові ТА VB- 20, RP-10, RP- 6, V- 17, V-18;
- ✓ Аурикулярні точки: Печінка, Нирки, Селезінка, Серце, Залози внутрішньої секреції, Шень-Мень.

Диференційоване акупунктурне лікування:

- ✓ *Жар серця породжує вітер:* F-3
- ✓ *Застій печінки і стази Крові:* F-14
- ✓ *Дефіцит печінки і нирок:* R-3, V-23
- ✓ *Недостатність Чи Крові:* J-6, E-36, V-20

Приклад клінічного випадку: молода жінка, віком 27 років, скаржилися на раптову втрату волосся з утворенням плям (залисин) після перенесеного потужного стресу (в ДТП загинув родич). При огляді невеликі гладенькі вогнища алопеції, розташовані в потиличній ділянці. Шкіра у вогнищах алопеції злегка синюшна, спостерігаються ознаки стази крові. Пацієнтка також скаржилася на періодичні болі колючого характеру в області ураження, погіршення сну, дратівливість, відчуття важкості у зоні реберної дуги з обох сторці і періодичні головні болі. Тіло язика бліде, з фіолетовими плямами, пульс частотою 52 уд./хв., глибокий і напружений.

Синдромальний діагноз: алопеція внаслідок застою Печінки і стази Крові.

Акупунктурне лікування: в *ashi* – точках (в зонах випадіння волосся) в потиличній ділянці голки залишати на 30 хв, після процедури ГРТ на зону алопеції застосувати Мей Хуа Чжень.

Голковколуювання на ТА VB-20, T-20, E-8, E-36, GI-10, F-3, F-14, RP-6, RP-10, V-18, V-17, T-14, MC-6.

Результати: після 2-х курсів лікування почало рости тонке і коротке волосся на уражених ділянках, поліпшився сон, настрої.

Висновок

Вдосконалення напрямку на циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» лекційного матеріалу за темою «Використання рефлексотерапії у складі комплексних лікувальних заходів в косметології» допомогло б вирішити дві проблеми: це зниження фармакологічного навантаження на пацієнтів і, отже, мінімізація можливих ускладнень і побічних ефектів фармакотерапії. З іншого боку, застосування в структурі лікувальних заходів акупунктури безсумнівно збільшить ефективність терапії досить широкого спектру патологічних станів в дерматології.

Література

1. Рефлексотерапія: національний підручник / [Мурашко Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Мурашко, О. Г. Морозової. – К.: ТОВ СІК ГРУП Україна, 2013. – Т. 2. – 421 с.
2. Су Вэнь Ней Цзин. Трактати по традиционной китайской медицине на основе древних и современных текстов: Пер с китайск. – Кемерово Серсон, 1994. – 448 с.
3. Табеева Д.М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии. – М.: «МЕДпресс-информ», 2004. – 433 с.
4. Самосюк И.З. Акупунктура: Энциклопедия / И.З.Самосюк, В.П. Лисенюк. – Киев, М.: Украинская энциклопедия, АСТ-Пресс, 1994. – 542 с.
5. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей Пер. с нем. / К. Шнорренбергер – МСЕТ., 1996. – 580 с.

Лекция цикла специализации по рефлексотерапии «Использование рефлексотерапии в составе комплексных лечебных мероприятий в косметологии»

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

Парникоза Т.П.

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

Чередниченко Т.В.

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

Резюме

Совершенствование направления цикла «Специализация по рефлексотерапии» лекционного материала по теме «Использование рефлексотерапии в составе комплексных лечебных мероприятий в косметологии» помогло снизить фармакологическую нагрузку на пациентов и минимизировать возможность развития осложнений и побочных эффектов фармакотерапии. С другой стороны, применение в структуре лечебных мероприятий акупунктуры несомненно увеличит эффективность терапии достаточно широкого спектра патологических состояний в дерматологии.

Ключевые слова: акупунктура, точки акупунктуры, дерматология, алопеция, веснушки, конституционная регуляция, лекция

Lecture of the cycle of specialization in reflexology «Using reflexotherapy as a part of integrated therapeutic measures in cosmetology»

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

Cherednichenko T.

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

Resume

Improvement of the course on the topic «Specialization on reflexology» of the lecture material on the theme «Use of reflexotherapy as part of complex therapeutic measures in cosmetology» has helped to reduce the pharmacological burden on patients and minimize the possibility of development of complications and side effects of pharmacotherapy. On the other hand, application in the structure of therapeutic measures of acupuncture will undoubtedly increase the effectiveness of therapy of a fairly wide range of pathological conditions in dermatology.

Key words: acupuncture, acupuncture points, dermatology, alopecia, freckles, constitutional regulation, lecture

УДК 615.814.1

Лекція циклу спеціалізації з рефлексотерапії «Використання рефлексотерапії при черепно-мозкових травмах»

■ Парнікоза Т.П.

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

■ Труфанов Є.О.

д.мед.н., професор 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

■ Чуприна Г.М.

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

Резюме

Вдосконалення напрямку на циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» лекційного матеріалу за темою «Використання рефлексотерапії при черепно-мозкових травмах» допомогло б вирішити проблему зниження фармакологічного навантаження на пацієнтів і, отже, мінімізація можливих ускладнень і побічних ефектів фармакотерапії. Прискоренню опанування лікарем-клініцистом теорії і практики рефлексотерапії сприяє проблемна методика навчання, яка базується на утворенні по ходу навчання проблемних клінічних ситуацій, що значно підвищує активність слухачів, націлює їх на практичну діяльність, поліпшує засвоєння теоретичної програми. Під час лекцій на циклі спеціалізації з рефлексотерапії, широко використовуються такі проблемні ситуації, коли викладач створює певну

суперечливість реальних фактів на основі узагальнених медичних знань, створює проблемну ситуацію і розв'язує її разом зі слухачами.

Ключові слова: акупунктура, точки акупунктури, черепно-мозкова травма, діагностика, лікування, лекція

Сьогодні, враховуючи стратегію НМАПО імені П.Л. Шупика, щодо впровадження вимог ISO у всі процеси (наукова, навчально-методична діяльність та надання медичних послуг), робота зі слухачами циклів післядипломної освіти повинна мати завершений цикл – планування процесу, задокументований моніторинг і контроль виконання, оцінка результату, визначення заходів для покращання результату та внесення змін до плану роботи щодо підвищенню кваліфікації лікарів. Згідно моніторингу і контролю виконання рішень вчених рад і наказів НМАПО імені П.Л. Шупика, ректора, наказів МОЗ і МОН України, проведеного анкетування слухачів-рефлексотерапевтів щодо оцінки якості викладання на кожному циклі, оновлюється напрямок навчально-методичного матеріалу. На циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» оновлено ряд лекційного матеріалу, зокрема вдосконалено напрямок за темою «Використання рефлексотерапії при черепно-мозкових травмах». Прискоренню опанування лікарем-клініцистом теорії і практики рефлексотерапії на нашій кафедрі сприяє проблемна методика навчання, яка базується на утворенні по ходу навчання проблемних клінічних ситуацій, що значно підвищує активність слухачів, націлює їх на практичну діяльність, поліпшує засвоєння теоретичної програми. Так, наприклад, під час лекцій на циклі спеціалізації з рефлексотерапії, широко

використовуються такі проблемні ситуації, коли викладач створює певну суперечливість реальних фактів на основі узагальнених медичних знань, створює проблемну ситуацію і розв'язує її разом зі слухачами [5, 6, 7].

Виходячи із сучасних концепцій патогенезу черепно-мозкової травми (ЧМТ), згідно яких результатом порушення церебральних регуляторних процесів є стійкі і тривалі розлади гемо – і ліквородинаміки, зміни імунної реактивності організму, основною задачею лікування хворих з указаною патологією є корекція порушених функцій головного мозку. Сучасні уявлення про патогенез і клініку ТХГМ дозволяють розглядати її як хворобу регуляції, в основу якої на перший план виступають явища дезінтеграції функцій різних систем головного мозку. Як правило, уражаються структури гіпоталамусу, лобно- і скронево-медіобазальні відділи, ретикулярна формація мозкового стовбура. Тому патогенетично обґрунтованими для лікування ТХГМ є методи, які здатні виявляти вибірково нормалізуючий вплив на функціональний стан всіх рівнів ЦНС [1, 2, 5].

При госпіталізації хворого на ЧМТ обов'язковим є:

- ✓ проведення неврологічного обстеження, яке повинно включати оцінку GCS, розміру зіниці, реакції на світло і короткочасної пам'яті.
- ✓ проведення повторне неврологічне обстеження з частотою, що залежить від клінічного стану пацієнта; при GCS <15 необхідний огляд кожні 30 хв.
- ✓ пацієнтів з балом за шкалою GCS 15 необхідно обстежувати кожні 30 хвилин протягом 2 годин, далі, при відсутності ускладнень чи погіршення стану – щогодини протягом 4 годин, з подальшим спостереженням кожні 2 години.
- ✓ використання неврологічних шкал допомагає документувати неврологічний стан і його динаміку.
- ✓ при погіршенні стану необхідно оцінювати розвиток можливих внутрішньочерепних причин за допомогою повторної КТ (рівень С).
- ✓ спостереження в стаціонарі пацієнтів на ЧМТ повинен проводити тільки досвідчений лікар, компетентності в оцінці ЧМТ (рівень GPP).

Патогенетичне обґрунтування використання лазеропунктури, сутність методу.

Загальний успіх в лікуванні ТХГМ у значній мірі залежить від повноцінного лікування не тільки в гострому періоді ЧМТ, але і на послідовних етапах перебігу. Методи лікування ТХГМ повинні бути направлені на прискорення відновних процесів в головному мозку, покращення лікворо- і гемодинаміки, профілактику ускладнень. Практично всім цим вимогам відповідає лазеротерапія, яка є різновидом РТ, в основі якого лежить вплив на ТА низькоінтенсивним лазерним випромінюванням (НЛВ) [3, 4, 5, 6, 7].

Лазерне випромінювання – це електромагнітні хвилі оптичного діапазону, джерелом яких є оптичні квантові генератори – лазери. В основу їх роботи покладено явище підсилення і генерації електромагнітних хвиль шляхом індукційованого випромінювання квантових систем (молекул, атомів, іонів). Один із механізмів дії лазера на біологічні тканини – це поглинання енергії макромолекулами. Даний ефект пояснюється співпаданням спектру поглинання ферменту з енергетичним спектром лазерного випромінювання. Є дослідження, які свідчать, що акцепторами НЛВ є такі ферменти, як церулоплазмін, супероксиддисмутаза, глутатіон-S-трансфераза, глутатіонпероксидаза, дегідрогеназа, фосфотази, цитохромоксидази, а також деякі органічні сполучення, які являються складовою частиною ферментів – протопорфірини та їх похідні.

Під впливом НЛВ підвищується деформованість формених елементів, покращуються реологічні властивості і кисневотранспортна функція крові, полегшується диссоціація оксигемоглобіну, підвищується активність ферментів дихального ланцюга, нормалізується кисневий баланс тканин, виникає дилатація артеріальних судин та покращується лімфатичний дренаж (Леонт'єва Н.В., 1997; Ромоданова Е.А., 1998; Семиряд Ю.В., 1999). Механізм активації регіонарних мікроциркуляторних процесів заключається в збільшенні кількості функціонуючих капілярів, які раніше знаходились в резервному стані, а також в покращенні реологічних властивостей крові. При цьому не відбувається злипання еритроцитів між собою і останні спроможні проникати в капіляри, які були закриті для них в результаті патологічної закупорки судин, стану ішемії. В літературі є дані, які свідчать про здібність НЛВ покращувати кисневозв'язуючу функцію еритроцитів (Калиш Ю.І., 1996). Глибина проникнення ЛВ залежить також від поглинання світла певної довжини хвилі тими чи іншими структурами. Використовуючи біофотометричні сфери, доказано, що випромінювання низькоінтенсивних лазеру з довжиною хвилі 0,63 мкм проникає в біотканину на глибину до 15мм, випромінювання ближньої ІЧ-ділянці 0,8-1 мкм проникає в м'які тканини на глибину до 70 мм, а в кісткову тканину – до 25 мм.

ЛП має істотні переваги: це неінвазивний метод, безболісний – тому добре сприймається людьми різного віку, не дає негативної побічної дії. Крім того, багатьма вченими доведена судинопоширююча, десенсибілізуюча, анальгізуюча, протизапальна, нейрорефлекторна, імуностимулююча дія НЛВ на живу істоту, що дає унікальну можливість впливати на різні етапи патогенезу ТХГМ. Лазеропунктура поєднує в собі переваги впливу ЛВ та методу РТ і є одним із найбільш ефективних методів немедикаментозної терапії ряду захворювань і реабілітації хворих. При дії ЛВ на ТА досягається крім місцевого ефекту, біостимулюючий вплив на відповідні сегменти, а також нейрогуморальний – на внутрішні органи, що сприяє відновленню гомеостазу.

Головним фактором, який сприяє прояву лікувального ефекту ЛРТ можна вважати активізацію

в організмі різноманітних саногенетичних механізмів, включаючи активізацію імунної системи. Клінічні дослідження свідчать про благодійну дію НІЛВ як на організм в цілому, так і на окремі органи і системи. Одним із цих ефектів є вплив на систему імунологічного гомеостазу. Багаторазова дія НІЛВ на тимус, селезінку, печінку експериментальних тварин викликає модулюючий ефект на систему імунітету. З боку осідаючої системи крові відзначається також модуляція антикоагулянтної і фібринолітичної активності крові, тромбогенного потенціалу, агрегаційних властивостей тромбоцитів. Під дією НІЛВ відмічено змінення антиоксидантів в печінці, серці і сироватці крові експериментальних тварин. Системна дія лазеру наочно проявляється при вивченні мікроциркуляції на прикладі судин брижі. Спостерігається збільшення кількості функціонуючих артеріол, венул і капілярів, а також розкриття артеріовенозних шунтів.

НІЛВ не викликає морфологічних змін, але призводить до біохімічних і фізіологічних змін в тканинах організму, вибірково направляючи хімічні реакції, що протікають в біологічних об'єктах. Мішенню для дії лазерного випромінювання є біологічні мембрани. Взаємодія лазерного випромінювання з біооб'єктами реалізується частіше всього на клітинних мембранах, що призводить до неспецифічної реакції клітин: зміни поверхневого заряду клітин і їх діелектричної проникності, підвищення активності ферментних і обмінних процесів, підвищення рівня споживання кисню тканинами і окислювально-відновлювального потенціалу, посилення біоенергетичних та біосинтетичних процесів.

Отже, у відповідь на дію НІЛВ в системах і органах відбувається активація таких процесів як синтез білків і нуклеїнових кислот, гліколіз, ліполіз і окислювальне фосфорилування клітин. Активація пластичних процесів і накопичення макрофагів призводить до зростання споживання кисню і посилення внутрішньоклітинного окислення органічних речовин, тобто, покращенню трофіки тканин. За рахунок нормалізації вегетативного забезпечення, розширення судин нормалізується мікроциркуляція, що призводить до стимуляції репаративних процесів в тканинах і підвищення активності нейтрофілів. При впливі НІЛВ на гемоциркуляцію відбувається активація ферментних систем еритроцитів, які призводять до збільшення кисневої місткості крові. Дія на ядра і мембрани клітин стимулює диференціювання і функціональну активність формених елементів крові. Понижується швидкість агрегації тромбоцитів, нормалізуються реологічні властивості крові, що також викликає покращення мікроциркуляції.

Після перенесеної ЧМТ спостерігаються порушення в імунному статусі організму, причому як в гуморальній, так і в клітинній ланках. Дані, які наводяться в літературі, свідчать про біостимулюючу, імунокоригуючу, імуномодельючу дію НІЛВ на організм. Будучи немедикаментозним методом лікування, ЛП з використанням ІЧЛВ, індукує в організмі хворого ряд функціональних змін, сприяє нормалізації і активації імунних сил організму. Це дозволяє використовувати ІЧ-лазеротерапію

для корекції імунного гомеостазу організму при ЗЧМТ [1, 4, 5, 6, 7].

В експериментальних дослідженнях доведено лікувальний ефект НІЛВ на нервову тканину. Не дивлячись на те, що НІЛВ не впливає на рухову функцію нервів, воно підвищує поріг больової чутливості та уповільнює провідність больового імпульсу. При цьому під впливом лазерного випромінювання покращується мікроциркуляція і зменшується набряк тканин, знеболюючий ефект досягається приблизно у 80% хворих. Дані досліджень Н.Ф. Гамалєї, 1972, О.В. Горгоц, 1992 також свідчать про те, що лазеротерапія стимулює мікроциркуляцію і обмін речовин в тканинах, регенераційні процеси і впливає на функціональну активність нервових волокон.

За даними Горгоц О.В., ЛП викликає виражену регенерацію нервових утворень, сприяє зменшенню некробіотичних процесів, збільшенню в тканинах м'язів кількості глікогену, утворенню великої кількості капілярів, тим самим покращує васкуляризацію. ЛП, крім того, має стимулюючу дію на регенераційні процеси в нервових клітинах (підсилює проліферацію шванівських клітин), сприяє зменшенню утворення сполучної тканини, а та, що утворюється, має пухку структуру.

Експериментальні та клінічні дані Цурко В.В. (1983) підтверджують, що вплив лазерним випромінюванням на ушкоджену тканину призводить до зменшення інтерстиціального та внутрішньоклітинного набряку за рахунок поліпшення мікроциркуляції.

Кінцевий фітобіологічний та лікувальний ефект НІЛВ проявляється відповідною реакцією організму в цілому, комплексним реагуванням органів і систем. Це знаходить відображення в клінічних ефектах лазерної терапії. При цьому послідовно чи одночасно протікають реакції на: атомно-молекулярному рівні; клітинному рівні – зміна енергетичної активності мембран клітин, активізація ядерного апарату клітин, системи ДНК-РНК-білок, активізація окислювально-відновлювальних, біосинтетичних процесів і основних ферментних систем, збільшення утворення макроергів (АТФ); органному рівні – зниження рецепторної чутливості, зменшення тривалості фаз запалення, зменшення інтерстиціального набряку, збільшення поглинання кисню тканинами, покращення гемо – і ліквородинаміки, збільшення кількості нових судинних колатералів, активація транспорту речовин через судинну стінку; рівні цілісного організму – клінічні ефекти: протизапальний, знеболюючий, протинабряковий, гіпосенсибілізуючий, імунокоригуючий, регенераторний, що покращує регіональний кровообіг.

Виходячи із узагальнених даних клінічного експерименту і практики ЛП є найбільш перспективним напрямком РТ завдяки перевагам:

- ✓ практично 100% відсутність побічної дії і найбільш стійких віддалених лікувальних
- ✓ результатів;
- ✓ вузьке коло протипоказань;
- ✓ відсутність побічної дії, характерної для фармакологічних препаратів;

- ✓ повна інтактність шкіри пацієнта, що важливо в зв'язку з розповсюдженням вірусного гепатиту і СНІДу;
- ✓ простота в проведенні процедур;
- ✓ впровадження в лікувальну практику не потребує великих затрат.

Стерильність лазерного променя, відсутність пошкоджуючої дії на шкіру, можливість локальної дії на аурикулярні та корпоральні точки акупунктури, відсутність болю при проведенні процедур, відсутність вікових обмежень, побічних явищ при правильному підборі параметрів – все це свідчить про можливість широкого використання ЛТ при лікуванні хворих, які перенесли ЧМТ.

Використання ЛП ІЧЛВ при лікуванні ВН ЧМТ виправдане теоретично і підтверджується практично. Відповідна реакція організму на лазерний вплив здійснюється за рахунок покращення мікроциркуляції, активації неспецифічних факторів захисту, клітинної та гуморальної ланки імунітету, інформативно-акцепторних зв'язків, які реалізуються в посиленні перекісного окислення ліпідів, утилізації кисню тканинами, зміні мембранної проникненості, окислювально-відновлюючих процесів, метаболізму. Все це покращує репаративну функцію тканин. Отже, володіючи вираженою протизапальною дією, стимулюючою регенеративні та відновлюючі процеси в тканинах, лікворотата гемодинаміку, лазерне випромінювання ІЧ-діапазону, проникаючи на глибину до 7-ми см, може безпосередньо діяти на ушкоджені ділянки мозку, його судини та оболонки.

Розглянемо доцільність диференційованого комплексного використання ЛП та медикаментозної терапії, їх комбінування в залежності від глибини та особливостей протікання післятравматичних порушень. Лікувальні заходи були згруповані за такими патогенетичними принципами: нормалізація церебрального метаболізму, покращення гемодинаміки в системі макро- і мікроциркуляції, корекція ліквородинамічних розладів та реактивності вегетативної й імунної системи. Для ЛП використовували апарати з довжиною хвилі ІЧЛВ 0,89 мкм. ЛП здійснювали в імпульсно-непреривному режимі з модуляцією частоти від 0,1 до 1000 Гц. Середня потужність випромінювання – до 20 мВт, сумарна доза – 3-4 Дж/см². Час дії на ТА – від 1 до 2-х хвилин, кількість ТА за один сеанс – 8-12. Загальна тривалість процедури за один сеанс – до 20 хвилин. Складання ЛП-рецепту базується на показниках електропунктурного методу І. Nakatani (Накатані) та класичних підходах РТ з урахуванням даних клініки, параклінічних методів дослідження, зокрема, стану мікроциркуляторного русла внаслідок перенесеної ЧМТ, виділення ведучого клінічного синдрому та з обов'язковим включенням в рецептуру точок вегетотропної, судинної, при необхідності – седативної, спазмолітичної направленості.

В перші сеанси ЛП проводиться в ТА загальної дії: G-14, E-36, R-P6 та інші. В подальшому, враховуючи той факт, що ВН ЧМТ реалізуються в основному через судинні порушення, слід використовувати ТА судинної спрямованості: E-31-36; MC-5, 6, 8; VB-20, 21, 39; V-11, 16; GI-4, 10, 11, 14; IG-3, 4.

Велика увага повинна приділятися направленості вегетативних реакцій (по клінічним проявам, параметрам пульсу, АТ, даним кардіоритмографії). При перевазі симпатичної активності – ефективне використання ТА переважно парасимпатичної спрямованості – MC-6; RP-6; F-2,3. При перевазі парасимпатичних реакцій – слід віддавати перевагу ТА переважно симпатичної дії – GI-4,11; IG-3; VB-34; T-20,26.

В процесі лікування показане використання симптоматичних ТА (синдромологічне лікування) – P-9; R-2; J-12; J-15; MC-7; C-7; T-20; GI-4, GI-11; V-60 і паравертебральних точок V-14-25, які сприяють зменшенню венозного застою. Якщо при цьому реєструється підвищений артеріальний тиск, то слід використовувати ТА E-36, E-37; VB-39 та ін. Крім того – аурикулярні точки, які мають вплив на артеріальний тиск, нейрогуморальну регуляцію (AP-29 (потилиця), AP-33 (лоб), AP-34 (кора), AP-25 (стовбур мозку), AP-95 (нирки), AP-100 (серце), AP-55 (шень-мень)).

При головному болю слід впливати на точки T-20, T-23, T-24; P-7; GI-4; E-36, E-37; VB-39; при локалізації болю в потилиці – додатково T-16; VB-20; V-10; G-3; V-62. При астено-невротичному синдромі, зокрема при депресивному стані використовувати ТА C-5, C7; V-15; T-14, T-23; R-7, R-3; V-23; при тривожному стані – TR-10; E-36; T-20; при дратівливості – T-12; C-7; RP-3. Астенічний стан може зменшуватися при впливі на точки J-4, J-6; F-13; V-15, V-17; T-14; E-36, E-43. При порушеннях сну ефективний вплив на T-20; J-12, J-15; E-14, E-36; R-3; V13-16; C-5, C-7; P-9; R-P6.

Ефективним є використання ТА шийно-комірцевої ділянки – T-14, V-11; зони скальпу – T-15, 20, 23; VB-12, 14, 15, 16, 17, 20; V-1, 3, 4, 5, 11; TR-15; які функціонально пов'язані з ретикулярною формацією мозку і вплив на які дозволяє поліпшити гемодинамічні показники мозку, покращити венозний відтік.

Крім ЛП, шийно-комірцеву зону потрібно обробляти голчастим валиком, застосовувати ВРТ, полісегментарну ЕП, завдяки чому покращується кровообіг в вертебро-базиллярному басейні, що призводить не тільки до значного покращення самопочуття, але і до позитивного впливу на подальший перебіг ТХГМ.

Приклад схеми лікування хворих з ВН ЗЧМТ:

- 1-й день – IG-3 /2/, V-62 /2/, TR-8 /2/ – по 2 хвилини на кожну, загальна тривалість – 12 хвилин
- 2-й день – IG-3 /2/, V-62 /2/, VB-16 /2/, V-B17 /2/; (16 хвилин)
- 3-й день – TR-5 /2/, VB-41 /2/, C-7 /2/, P-9 /2/, VB-20 /2/; (20 хвилин)
- 4-й день – TR-5 /2/, T-20, V-1 /2/, VB-20 /2/, AP-51 /2/ і т. д.

Після перших 5-6 сеансів, як правило, відмічалось зменшення кількості скарг на загальну слабкість, зменшувались депресивні та іпохондричні переживання, послаблювалась інтенсивність головного болю, покращувався сон. В послідовні сеанси позитивна динаміка закріплювалась.

РТ при ЧМТ іноді можна проводити в гострому періоді травми, коли хворого виводять із несвідомого стану (впливають тонізуючими методи-

ками на точки T-26, GI-4, E-36, точки ши-сю-ань та інші точки «швидкої допомоги»). При цьому варто пам'ятати, що ГРТ у таких випадках, як і при інших подібних станах, грає допоміжну роль. Цим методом у гострому періоді може бути надано першу допомогу на місці події або ж у стаціонарі паралельно з іншими заходами. Наприклад: вплив на TA P-9, V-17, RP-6 сприяє припиненню мозкової геморагії, а на TA R-2; J-12; J-15, MC-7, C-7, T-20, GI-4, GI-11, V-60 і парветребральні точки V-14-25 сприяє зменшенню повнокров'я і набряку мозку; якщо при цьому реєструється підвищений артеріальний тиск, то додатково використовують точки E-36, 37; VB-39 та інші.

Іноді ГРТ застосовується з метою припинення післятравматичної носової кровотечі – T23, T-24, GI-20, VB-20 або кровотечі з вуха – IG-19, VB-2, TR-17, V-40 та інші (другий варіант тормозного методу).

Традиційне медикаментозне лікування включає призначення вазоактивних, ноотропних, симптоматичних, полівітамінних препаратів з урахуванням ведучого базисного синдрому і було направлене на відновлення процесів саморегуляції, загальної та церебральної гемодинаміки.

Первинна нейропротекція при ЧМТ повинна бути спрямована в першу чергу на відновлення реологічних властивостей крові, мікроциркуляції, ендотеліальної дисфункції, функціонального стану нейроглії і гематоенцефалічного бар'єру, тобто на ділянки білої речовини. Для вторинної нейропротекції необхідне поліпшення мікроциркуляції в ішемізованих зонах. Крім цього, вторинна нейропротекція, володіючи трофічними і модуляторні властивостями, здатна надавати регенераторно-репаративну дію. Причому рівень трофічного забезпечення речовини мозку впливає на механізми некротичних і репаративних процесів. Навіть при сформованому вогнищі ішемії високий рівень трофічного забезпечення сприяє регресу неврологічного дефіциту (Верещагін Є.І., 2006). Детальні клініко-інструментальні обстеження пацієнтів з ЧМТ дозволяють виявити когнітивні порушення і встановити нозологічний діагноз ще до розвитку клінічно окресленої післятравматичної деменції. Це демонструє велике практичне значення, оскільки в розпорядженні неврологів є широкі можливості терапії когнітивних порушень. Своєчасна діагностика і більш ранній початок терапії значно підвищують шанси на успіх лікування. Наявні в даний час ноотропні препарати найбільш ефективні для лікування пацієнтів з легкими або помірними когнітивними порушеннями, тому необхідно розробляти нові і активно впроваджувати вже існуючі ноотропні засоби для лікування когнітивних розладів (Вороніна Т.А., 2013).

Препарат Олатропіл відноситься до групи психостимулюючих і ноотропних засобів, а в одній капсулі препарату міститься 0,125 г гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК) (аміналон, гаммалон) і 0,25 г 2-оксо-1-піролідінілацетаміда (пірацетам). Олатропіл є комбінованим нейрометаболічним препаратом, який об'єднує ноотропний препарат змішаного типу з широким спектром

ефектів («нейропротектор») ГАМК і ноотропний препарат з домінуючим мнестическим ефектом (cognitive enhancers) пірацетам (піролідіноновий ноотропний препарат (рацетам) переважно метаболічної дії) (Глебова О.С., 2005; Свиридова Н.К. 2017). При комплексній дії обох компонентів посилюються ноотропні, судорегулюючі і антигіпоксичні процеси, підвищується фізична працездатність, покращується переносимість стресових впливів різного генезу. ГАМК підвищує активність енергетичних процесів у центральній нервовій системі, поліпшує засвоєння глюкози, активує кровопостачання тканин мозку. Аміналон поліпшує динаміку нервових процесів у головному мозку, процеси мислення, пам'ять, підвищує концентрацію уваги, сприяє відновленню рухової активності та мовлення після різного генезу порушень мозкового кровообігу, виявляє м'який психостимулюючий ефект. Другим компонентом Олатропілу є пірацетам, циклічне похідне γ-аміномасляної кислоти. Він є ноотропним засобом, що діє на мозок, покращуючи когнітивні (пізнавальні) функції, такі як здатність до навчання, пам'ять, увага, а також розумову працездатність. До механізмів впливу пірацетаму на центральну нервову систему відносять: зміну швидкості поширення збудження у головному мозку; посилення метаболічних процесів у нервових клітинах; поліпшення мікроциркуляції шляхом впливу на реологічні характеристики крові, при цьому судинорозширювальна дія відсутня; покращення зв'язків між півкулями головного мозку і синаптичної провідності у неокортикальних структурах. Пірацетам чинить протекторну і відновлювальну дію при порушенні функції головного мозку внаслідок гіпоксії мозку (Глебова О.С., 2005; Свиридова Н.К. 2017). При комплексній дії обох компонентів посилюються ноотропні та антигіпоксичні процеси, підвищується фізична працездатність, покращується переносимість стресових впливів різного генезу.

Показання для застосування дорослим:

- ✓ для лікування енцефалопатій (алкогольна, постінсультна, посттравматична)
- ✓ при захворюваннях нервової системи для лікування судинної енцефалопатії (атеросклероз, гіпертонічна хвороба)
- ✓ при хронічній церебрально-судинній недостатності і порушеннями пам'яті, концентрації уваги, мови, запамороченням, головним болем
- ✓ у терапії старечих деменцій (включаючи хворобу Альцгеймера);
- ✓ для лікування психоорганічних синдромів різної етіології;

Рекомендоване лікування: оптимальною дозою для дорослих прийом 1 капсули 3–4 рази на добу. При необхідності можливе поступове підвищення дози до 6 капсул на добу. Терапевтичний ефект, як правило, настає через 2 тижні від початку лікування. Курс лікування препаратом становить від 1 до 2 місяців, при необхідності курс можна повторити через 6–8 тижнів.

Література:

1. Портнов Ф.Г. Электростимуляционная рефлексотерапия. – Рига: Зинатне, 1980. – 220 с.
2. Лувсан Г. Очерки восточной рефлексотерапии. – М.: Медицина. – 1989. – 220 с.
3. Лю Бин Цюань Выбор оптимального времени для иглоукаливания. Пер. с китайск. / Бин Цюань Лю. – Пермь: Авиценна. – 1992. – 160 с.
4. Лю Бин Цюань Методы китайской хронопунктуры. – М.: Профит Стайл, 2004. – 176 с.
5. Рефлексотерапія: національний підручник / [Мурашко Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Мурашко, О. Г. Морозової. – К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2013. – Т. 2. – 421 с.
6. Самосюк И.З. Акупунктура: Энциклопедия / И.З.Самосюк, В.П. Лисенюк. – Киев, М.: Украинская энциклопедия, АСТ-Пресс, 1994. – 542 с.
7. Самосюк И.З., Лисенюк В.П., Лобода Р. Лазеротерапия и лазеропунктура в клинической и курортной практике. – К.: Здоров'я, 1997. – 240 с.

Лекція циклу спеціалізації по рефлексотерапії «Использование рефлексотерапии при черепно-мозговых травмах»
Парнікоза Т.П.

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

Труфанов Є.О.

д.мед.н., професор 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

Чуприна Г.М.

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

Резюме

Совершенствование направления в цикле «Специализация по рефлексотерапии» лекционного материала по теме «Использование рефлексотерапии при черепно-мозговых травмах» помогло бы решить проблему снижения фармакологического нагрузки на пациентов и, следовательно, минимизация возможных осложнений и побочных эффектов фармакотерапии. Ускорению освоения врачом-клиницистом теории и практики рефлексотерапии способствует проблемная методика обучения, основанная на образовании по ходу обучения проблемных клинических ситуаций, что значительно

повышает активность слушателей, нацеливает их на практическую деятельность, улучшает усвоение теоретической программы. Во время лекций на цикле специализации по рефлексотерапии, широко используются такие проблемные ситуации, когда преподаватель создаёт определённую противоречивость реальных фактов на основе обобщённых медицинских знаний, создаёт проблемную ситуацию и развязывает ее вместе со слушателями.

Ключевые слова: акупунктура, точки акупунктуры, черепно-мозговая травма, диагностика, лечение, лекция

Lecture of the cycle of specialization in reflexology «Using reflexotherapy for craniocerebral trauma»
Parnikoza T.

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

Trufanov Y.

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

Chupryna G.

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

Resume

Improvement of the course on the topic «Reflexotherapy Specialization» of the lecture material on the topic «Use of reflexotherapy for craniocerebral traumas» would help to solve the problem of reducing the pharmacological burden on patients and, consequently, minimizing possible complications and side effects of pharmacotherapy. The theory and practice of reflexology is accelerated by a physician-clinician, which contributes to the problematic teaching methodology, which is based on the formation of problems in clinical situations, which greatly increases the activity of the students, targets them for practical activity, improves the mastering of the theoretical program. During lectures on the specialty cycle of reflexology, such problem situations are widely used, when the teacher creates a certain contradiction of real facts on the basis of generalized medical knowledge, creates a problematic situation and solves it together with the listeners.

Key words: acupuncture, acupuncture points, craniocerebral trauma, diagnosis, treatment, lecture

«Школа Неврологів»
розпорядок проведення на 2017 рік
м. Київ (тел. +38 050 202 08 58)

1	28-29 СІЧНЯ	Хронічна ішемія мозку Екстрапірамідні розлади Хвороба Паркінсона
2	25-26 ЛЮТОГО	Біль у спині. Радикуліт Тривога, депресія, порушення сну
3	25-26 БЕРЕЗНЯ	Транзиторна ішемічна атака Когнітивні порушення Деменція
4	22-23 КВІТНЯ	Ішемічний інсульт Геморагічний інсульт
5	27-28 ТРАВНЯ	Гострий біль Цервікалгії Цервікокраніалгії Неврастенія, інсомнія
6	24-25 ЧЕРВНЯ	Головний біль. Мігрень. Хронічний біль Тривога, депресія, порушення сну
7	23-24 ВЕРЕСНЯ	Дисциркуляторна енцефалопатія (гіпертензивна та атеросклеротична) Інсульт в ВББ
8	28-29 ЖОВТНЯ	Синдром вегетативної дистонії Неврастенія. Тривога. Порушення сну
9	25-26 ЛИСТОПАДА	Інсульт та його підтипи Ускладнення інсульту Реабілітація після інсульту
10	23-24 ГРУДНЯ	Демієлізуючі захворювання Розсіяний склероз Хвороба Паркінсона

+38 (098) 800-19-45 +38 (099) 285-89-08

www.neurology.world