

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю
**“ІННОВАЦІЇ В ЛІКУВАННІ
НЕВРОЛОГІЧНОГО БОЛЮ”**

23 листопада 2023 р.

Київ
2023

Редакційна колегія:

М. Ф. Гончаренко (голова), д-р екон. наук, проф.

С. В. Храпатий (заступник голови) д-р фіз.-мат. наук, проф.

Н. К. Свиридова, д-р мед. наук, проф.

О. В. Савчук, д-р мед. наук, проф.

Г. М. Чуприна, д-р мед. наук, доц.

В. Г. Середа, канд. мед. наук

В. Ю. Краснов, канд. мед. наук, доц.

І. М. Капеліста (виконавчий редактор), канд. наук з держ. упр.

*Схвалено Вченою радою Міжрегіональної Академії управління персоналом
(протокол № 10 від 29.11.2023)*

Науково-практична конференція за міжнародною участю “Інновації в лікуванні неврологічного болю”: зб. матеріалів конференції (м. Київ, 23 листопада 2023 р.) / ред. кол.: М. Ф. Гончаренко (голова) та ін. Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2023. 92 с.

ISBN 978-617-02-0390-8 (електронне видання)

У пропонованому збірнику подано тези доповідей учасників науково-практичної конференції МАУП з міжнародною участю “Інновації в лікуванні неврологічного болю” з проблематики підходів до патогенезу, діагностики та лікування різних больових синдромів.

Для науковців, лікарів, студентів, а також усіх, хто цікавиться проблемою подолання болю.

Матеріали подано в авторській редакції.

Відповідальність за зміст та оформлення матеріалів несуть автори.

ЗМІСТ

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні синдрому емоційного вигорання	5
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко Можливості застосування техніки “змалюй свою хворобу” у поєднанні з цигун	10
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко Застосування методів рефлексотерапії в комплексному лікуванні зорових та окорухових порушень	17
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні бронхіальної астми з психоемоційними розладами	22
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту з психоемоційними розладами	25
Г. Чуприна Спастичність та біль при демієлінізуючих станах	29
Н. Свиридова, Г. Чуприна, Н. Ханенко, В. Середа Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні хронічного холециститу з вісцero-рефлекторною цефалгією	33
Н. Свиридова, Г. Чуприна, Н. Ханенко, В. Середа Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні хронічної пароксизмальної гемікранії	36
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, І. Сінько Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні невропатії лицевого нерва з уповільненим перебігом	40
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, І. Сінько Застосування рефлексотерапії при захворюваннях ендокринної системи з психоемоційними порушеннями	44
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні цефалгій скроневі області	48
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко Складання ситуаційної задачі для іспиту з практичних навичок зі спеціальності “рефлексотерапія”	52

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко Ситуаційна задача для іспиту з практичних навичок на атестаційних циклах з неврології	57
М. Галадза Сучасні перспективи застосування ботулінічного нейротоксину при мігренях	60
В. Дубинецька Тромбофілія — етіологічний чинник розвитку ішемічного інсульту в молодому віці (клінічний випадок)	63
Т. Гусев, І. Марценюк, Я. Сибірякін, Г. Чуприна, Н. Свиридова, В. Середа Застосування методики сполучення ло-судин і ло-точок при рефлексотерапії в реабілітації хворих	69
Т. Гусев, І. Марценюк, Я. Сибірякін, Г. Чуприна, Н. Свиридова, В. Середа Погляди на патогенез люмбаго в традиційній китайській медицині, що доцільно врахувати при реабілітації болів у спині	74
Т. Гусев, І. Марценюк, Я. Сибірякін, Г. Чуприна, Н. Свиридова, В. Середа Використання пульсової діагностики при складанні акупунктурних рецептів в системі реабілітації хворих	79
Т. Гусев, І. Марценюк, Я. Сибірякін, Г. Чуприна, Н. Свиридова, В. Середа Використання контрастно спарених меридіанів при складанні акупунктурних рецептів в системі реабілітації хворих	81
Т. Гусев, І. Марценюк, Я. Сибірякін, Г. Чуприна, Н. Свиридова, В. Середа Використання комбінації шу-точок та мо-точок при складанні акупунктурних рецептів в системі реабілітації хворих	85
Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко, О. Вернер Організація безперервного професійного розвитку при підготовці лікарів зі спеціальності “Рефлексотерапія”	87

Наталія СВИРИДОВА

*д-р. мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ

Анотація: в роботі представлено клінічний випадок синдрому емоційного вигоряння у викладача, наведено методи, використані в лікуванні, детально описано метод “балансування гексаграм”, показано, що застосування цього методу в комплексі лікувальних заходів було ефективним у даному випадку

Ключові слова: синдром емоційного вигоряння, рефлексотерапія, метод “балансування гексаграм”.

Вступ. Термін “емоційне вигоряння” (від англ. *burnout*) було введено американським психіатром Г. Фрейденбергером у 1974 р. для характеристики “психічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному спілкуванні з пацієнтами, в емоційно навантаженій атмосфері при наданні професійної допомоги”, або “виснаження енергії у професіоналів сфери соціальної допомоги, які почуваються перевантаженими проблемами інших людей” [6].

Початкові дослідження цього явища носили переважно описовий і епізодичний характер. У 1981 р. Крістіна Маслач, одна з провідних фахівців з вивчення “емоційного вигоряння”, відходить від абстрактного поняття “енергія”, використовуваного Фрейденбергером для розкриття сутності цього явища, та визначає “емоційне вигоряння” як “Синдром фізичного та емоційного виснаження, включаючи розвиток негативної самооцінки, негативного ставлення до роботи та втрату розуміння та співчуття по відношенню до пацієнтів”. Ми у своїй клінічній роботі вже давно використовуємо комплексне лікування із застосуванням методів рефлексотерапії (РТ), не тільки у

разі неврологічних захворювань, а й при захисті психічного здоров'я [1–4]. Нижче ми хочемо навести клінічний випадок, де був використаний комплексний підхід до лікування викладача вищого закладу освіти (ВЗО) з “синдромом емоційного вигоряння” із застосуванням методів РТ, зокрема методу “балансування гексаграм” (ГГ).

Нині термін “емоційне вигоряння” має вже діагностичний статус: “Z 73.0 Вигоряння, стан життєвого виснаження”. Синдром вигоряння — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, при якому у складі комплексного лікування показані й методи РТ [3].

Виклад основного матеріалу. Основна задача методу “балансування ГГ” — це зміна стану “ураженого” меридіану акупунктури (МА) і відповідної йому “ураженої ГГ” до енергетичного стану “сприятливої” ГГ, і, таким чином, позитивна зміна ЧИ “ураженого” МА, відповідного йому органу і ЧИ всього організму. Головні теоретичні засади методу “балансування ГГ”: із “повного комплекту” — 64-х ГГ І Цзину, на основі багатогранного аналізу ГГ, вибирається, по цьому методу 20 ГГ. Перше, що слід по цьому методу зробити, це на основі методів АП діагностики знайти “уражений” МА. Потім потрібно підібрати, відповідно до нього, “уражену” ГГ. І вже далі, з 20 можливих варіантів, вибрати “сприятливу” ГГ. На що слід звертати увагу при виборі “сприятливої” ГГ: на відповідність клінічних симптомів хворого і використаних рисок “ураженої” ГГ; наявність швидкого чи відстроченого клінічного позитивного ефекту після використання “сприятливої” ГГ; відповідність “сприятливої” ГГ сезону РТ; результати аналізу “сприятливої” ГГ — верхньої і нижньої її триграм (ТГ) у відповідності до уявлень про теорії У-Сін, Ін-Ян, розташування ТГ, функції ТГ; результати аналізу “ураженої” ГГ.

Особливості клінічного застосування методу “балансування ГГ” — хочемо звернути вашу увагу на те, що він призначений для посилення ефекту від використання інших методів РТ (зокрема, голкорексфлексотерапії). Тому, РТ по цьому методу застосовується не часто. Загальна кількість процедур по ньому — 1 сеанс на тиждень лікування. Якщо ж говорити про абсолютну кількість процедур по цьому методу, то ми у своїй практиці проводили їх від 1 до 4, в залежності від загальної тривалості курсу РТ-лікування.

Треба використати в повній мірі можливості загальної дії “сприятливої” ГГ. Бажано домогтися, щоб “образ” і “символ” “сприятливої” ГГ відповідав тому функціональному стану, що відбуватиметься з пацієнтом у процесі лікування.

Найбільш поширеним методом аналізу в традиційній китайській медицині (ТКМ) — є, саме, метод “образу” й “символу”, згідно з яким ТГ і ГГ відображають різні аспекти життя, наприклад: різних членів родини, різні сезони, частини тіла, органи, функції, меридіани акупунктури, функціональні стани, патологічні зміни. У плані графічного зображення “сприятливої” ГГ, то потрібно враховувати основні рухи ЧИ в патологічному процесі хворого (верхньої і нижньої ТГ і “протилежних” рисок обох ГГ в аспекті підняття ЧИ вгору, або опускання ЧИ вниз, що часто необхідно в РТ — корекції хворих).

В аспекті розташування рисок ГГ, то ми знаємо, завдяки роботам Вень Вана і Ву Вана, основоположників цього методу, що коли риски Інь і Ян всередині одної ГГ займають серединні позиції, це має назву “серединна гармонія”, і що ці ГГ, при застосуванні їх у якості “сприятливих” мають привілеї перед іншими ГГ І Цзину, зокрема ГГ № 63 Цзи цзи (Вже кінець), яку ми далі розглянемо детальніше.

Клінічний випадок: хвора К., 44 р., викладач у ВЗО, звернулася на кафедру неврології і РТ НУОЗ України імені П. Л. Шупика взимку 2017 р. зі скаргами на виражену загальну слабкість, швидку розумову втомлюваність, емоційну лабільність, підвищення артеріального тиску, що заважають їй провадити свою викладацьку діяльність, особливо навесні. Також пацієнтку турбували періодичні слабкості в кінцівках, головокружіння, важкість у голові, шум у вухах, серцебиття, задишка, зниження апетиту, болі в епігастрії. У неї почалася менопауза.

Діагноз клінічний: хронічне порушення мозкового кровообігу, переважно у вертебро-базиллярному басейні, артеріальна гіпертензія, синдром емоційного вигоряння, синдром вегето-судинної дистонії, хронічний гастрит, менопауза

Акупунктурний діагноз: загальне виснаження внаслідок дефіциту Інь і Ян (основний). Язик був маленький, блідий без нальоту, спостерігався пустий і тонкий пульс. Пульс був максимальним у II позиції (глибокій) справа і мінімальним у III позиції (також глибокій) зліва, що означає надмірний контроль з боку RP на R, внаслідок чого виникає дефіцит Інь (R, нирок) і виходить з-під контролю нирок Вогонь серця, через що виснажується його ЯН (пульс у I позиції зліва був також мінімальним). Отож, додатковий (синдромальний) акупунктурний діагноз був: дефіцит серця та нирок. Значить, ураженою ГГ є Дуї, що відповідає елементу Метал-Інь, як “ураженим МА” є меридіан серця.

Лікування. У медикаментозному плані хворій було призначено триплексам, актовегін, трентал, токоферол, розувастатин. Обираємо “сприятливу” ГГ для цього стану. Нею є Цзи цзи, ГГ І Цзину № 63 (її загальне значення – вірне балансування між Інь та Ян, і вона показана у всіх тих клінічних випадках, коли має місце їх дисбаланс). Верхня ТГ ГГ Цзи цзи – Кань відповідає Воді, а нижня її ТГ – Лі – відповідає Вогню, вся вона відповідає клінічним симптомам хворої і добре збалансована з позицій Інь-Ян.

З позицій У-Сін, вихід з-під контролю Вогню серця, який має місце у нашій хворій, відбувається внаслідок дефіциту його Ян, що також стає недостатнім у разі дефіциту Інь нирок. Серед показань до застосування цієї ГГ є дані щодо ураження Шень. Крім того, вона позитивно корелює і з сезоном РТ [1; 2].

Загальне значення ГГ № 63 Цзи цзи в ТКМ: Вода Вогонь приборкати спішить (образ: човен переправляється через річку; символ: Інь відповідає Ян; ознаки: діяти; тривати; бути “в процесі”. Стабільність судин. Вірне балансування. Зосередження на профілактиці здоров'я, підтримування режиму дня, приготування до майбутнього, уникнення надмірного напруження,

керування досягненнями. Нижні Душі (По, Хунь) і Шень входять до Великого Потоку. Вода і Вогонь у балансі, дуже сприятливі, зміни є своєчасними.

Медичне значення ГГ № 63 Цзи цзи в ТКМ (показання): дефіцит Інь і Ян; захворювання внаслідок зовнішнього Холоду та внутрішнього Жару; дефіцит серця та нирок; загальне виснаження; ураження Шень; синдром Вологого Жару [1–4].

Одна з двох розповсюджених конценцій ТКМ: “всі хвороби виникають через дефіцит”. Існує чотири види дефіциту (дефіцит ЧИ, дефіцит Крові, дефіцит Інь та дефіцит Ян). У клінічній практиці деякі пацієнти мають лише один дефіцит, а деякі — два, є також хворі, які мають чотирі дефіцити. Чим менше дефіцитів, тим легша хвороба, і навпаки. Як тільки формується дефіцит, пацієнт втрачає опірність, і патогени можуть легко проникнути в організм людини й викликати хворобу [1–4].

Симптоми хворих з дефіцитом як Інь, так і Ян, способи їх корекції: вони поєднують як початок дефіциту Інь, так і початок дефіциту Ян. У пацієнтів з недостатністю як Інь, так і Ян спостерігаються симптоми як недостатності Інь, так і Вогню, Холоду, недостатності Ян; відмічається підвищена чутливість до дії тепла та до холоду (страх холоду вранці та ввечері, страх тепла опівдні та страх тепла в ясну погоду, страх холоду в дощову і похмуру погоду); часто буває запаморочення, важкість у голові, шум у вухах та глухота, погіршення пам'яті, безсоння, серцебиття, задишка. У хворих також є шлунково-кишкова дисфункція, а також інші симптоми, такі як набряклість тіла, кінцівок, слабкість у них, порушення роботи печінки, гінекологічні розлади [1–4].

Корекція: одночасний вплив на Інь та Ян в аспекті їх акивації. Принципи лікування дефіциту як Інь, так і Ян: живлять Інь і зменшують Вогонь, живлять Кров і заспокоюють нерви, живлять нирки і зміцнюють Ян, зігрівають середину і розсіюють Холод [1–4].

Пацієнти з дефіцитом як Інь, так і Ян, найпоширеніші: цей тип захворювання частіше зустрічається у жінок, а захворюваність вище у людей середнього та похилого віку. Стан пацієнтів з дефіцитом як Інь, так і Ян складніший, вони належать до сфери захворювань внаслідок гормонального дисбалансу та синдрому старості. Якщо недостатність Інь та Ян не лікується належним чином, це часто призводить до ниркової недостатності. Клінічно ниркова недостатність переважно викликана дефіцитом як Інь, так і Ян нирок.

РТ-рецепт для даного випадку: у пацієнки — жінки симптоми захворювання генералізовані, без латералізації (синдром професійного вигорання та ін.), вколюємо ТА С 8, С 7, С 5 з правого боку. З лівого боку вколюємо ТА ІГ 2, ІГ 3, ІГ 4 (спарений канал, що посилює ефект від РТ-лікування, точки для впливу — аналогічні номеру рисок “ураженої” ГГ).

Процедуру РТ по методу “Балансування ГГ” провели 3 рази під час курсу лікування, який становив 15 сеансів. Також застосовували “нозологічну” РТ-рецептуру, зокрема такі точки і зони: С 7, Р 9, МС 6 (“магічний” анти-стресовий трикутник) МС 7, МС 9, РС 1 (Си-Шень-Цун), Т 20, F 2, R 6,



Аналіз ГГ. Обираємо для акупунктури точки, що відповідають “протилежним” (по відношенню до “сприятливої”) – 2, 3, 4 рискам “ураженої” ГГ

R 7, R 8, R 10 RP 6, TR 5, VB 20, VB 34, AP 100 (серце), AP 95 (нирки), AP 34 (кора головного мозку), “трикутник голови” (зона скальпової акупунктури).

Катамнез. Після лікування стан хворої поліпшився: менше стали турбувати слабкість та втомлюваність, важкість у голові, головокружіння, знизилася емоційна лабільність, вона змогла приступити до своїх професійних обов’язків.

Висновки. 1. Синдром емоційного вигорання зустрічається у практичній діяльності лікаря-рефлексотерапевта і проявляється насамперед фізичним, емоційним або мотиваційним виснаженням.

2. В комплексі лікувальних заходів при цьому синдромі ефективним є застосування методу акупунктури “балансування гексаграм”.

Джерела

1. Свиридова Н. К., Чуприна Г. М. Патогенез, клініка, діагностика, комплексне лікування інсомній різного генезу з використанням методів рефлексотерапії. *Схід-Євр. жур. хвор. Паркінсона і рух. розладів*. 2016. Т. 2, № 1. С. 26–35.
2. Чуприна Г. М. Порушення сну у хворих з розсіяним склерозом за умов коморбідності. *Психічне здоров’я*. 2015. № 3 (48). С. 22–27.
3. Чуприна Г. М., Мачерет Є. Л., Сулік Р. В. Особливості протікання, нетрадиційні діагностичні та лікувальні підходи до астенічних синдромів у структурі неврологічної патології. Матеріали науч.-практ. конф. с межд. уч-ем “Возрастн. нейропсихол. и нейропсихиатр.”, 19 февр. 2007 г. К., 2007. С. 13–16.
4. Чуприна Г. М., Мачерет Є. Л., Коваленко О. Є. Нетрадиційні підходи до діагностики та лікування хворих з астенічними синдромами при неврологічних захворюваннях. *Збірник наук. праць співроб. НМАПО ім. П. Л. Шупика*. Київ, 2008. Вип. 17. Кн. 2. С. 819–825.
5. Brunt G. Burnout. URL: <http://www.corporatetraining.co.za>.
6. Maslach C. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*. 1998. Vol. 7. № 1. P. 63–74.

Наталія СВИРИДОВА

*д-р. мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНІКИ “ЗМАЛЮЙ СВОЮ ХВОРОБУ” У ПОЄДНАННІ З ЦИГУН

Анотація: в роботі представлено можливості поєднання техніки “змалюй свою хворобу” з цигун, що є частиною традиційної китайської медицини, подано їх базові характеристики.

Ключові слова: арт-терапія, техніка “змалюй свою хворобу”, традиційна китайська медицина, цигун.

Вступ. Зараз намітився відхід від самого терміну “психосоматичний”, що об’єднує у вузькому сенсі класичні психосоматичні захворювання — ішемічну хворобу серця, артеріальну гіпертензію, пептичну виразкову хворобу, бронхіальну астму, псоріаз, цукровий діабет. Прояви психосоматичних розладів відрізняються поліморфізмом і для них притаманна загальна ознака: перекриття порушень психічної і соматичної сфер. Саме при таких негараздах показані методи рефлексотерапії, які найбільш ефективні якраз при психосоматичних захворюваннях. Інтегруючим методом при використанні рефлексотерапії може бути арт-терапія.

Видатні лікарі-психологи минулого, та й сучасності приділяли і приділяють багато уваги вивченню суб’єктивних особливостей захворювання, зазначаючи, що характер скарг хворого, їх аналіз та зміни особистості під впливом хвороби не менш важливі, ніж дані об’єктивних досліджень. Підкреслюючи також важливість ставлення людини до своїх здоров’я та хвороби, когнітивний та емоційний компоненти цих відносин, вони підкреслювали значимість внутрішньої картини хвороби при дослідженні механізмів захво-

рування та терапевтичного процесу, що веде до одужання. На формування внутрішньої картини хвороби впливає і характер самого захворювання, його гострота, та швидкість розвитку; наскільки раптовим і несподіваним був його початок; це загострення хронічного захворювання чи гостра патологія. Вплив преморбідних особистісних якостей та психологічних особливостей людини на розвиток та перебіг захворювання також важливі, як і ті зміни у психіці, які виникають у хворої особи під впливом патологічного процесу.

Виклад основного матеріалу. “Внутрішня картина хвороби” — термін, запропонований О. Р. Лурія [3] — найбільш об’ємно відображає суб’єктивні особливості захворювання і охоплює чотири рівні психічного відображення хвороби — чуттєвий, емоційний, інтелектуальний та мотиваційний, на яких з настанням хвороби відбуваються зміни з переформуванням преморбідної мотиваційної структури [3]. В результаті, змінюється ставлення до свого здоров’я та захворювання, відбувається зміна поведінки, звичок та всього образу життя.

Важливість внутрішньої картини хвороби та емоційних факторів підтверджується ще й тим фактом, що при виражених клінічних симптомах захворювання, з характерними проявами та скаргами часто стан хворого органу відповідає тяжкості клінічної картини. Такими є особливості деяких особистостей. Хвороба більше у голові, ніж у тілі. З плином часу пролонгована фіксація на хворобу призводить до виражених деструктивних змін і в самих органах.

Насамперед, це — паренхиматозні органи, що мають назву Чжан-органів в традиційній китайській медицині (ТКМ)[4; 5]. В ТКМ існує нерозривний зв’язок між тілом (Чжан-органами, де певному органу відповідає певний аспект тіла) і психоемоційним станом (ІНЬ-ЯН психоемоційний стан впливає на тіло, і навпаки).

П’ять психотипів можуть інтерпретуватись як п’ять Чжан-органів, п’ять аспектів тіла, типів енергій, емоцій, свідомості і особистості. П’ять Чжан-органів забезпечують структуру тіла і вітальну енергію, формують і дозволяють проявлятися п’яти психотипам, які комбінуючись дають можливість формуватись різним емоціям і різним інтелектуальним особливостям особистості [4; 5].

Чжан-органи — це — печінка, серце, селезінка та підшлункова залоза, легені, нирки. В звичайному стані Чжан-органи виробляють енергію для підтримки життєдіяльності організму. Чжан-органи людини можуть керувати вітальною енергією організму, але для цього треба опанувати цигун (це складова частина ТКМ, як і акупунктура). За таких умов знімається зайве навантаження з залоз внутрішньої секреції (ЗВС): енергетично це 7 чакр (в ТКМ існує взаємозв’язок між ЗВС і чакрами).

В ТКМ плин часу, розвиток людського організму, функціонування і патологія 5 Чжан-органів, базується на теорії У-СІН (п’ять першоелементів).

Згідно з теорією У-СІН, кожен процес має фазність, і фази процесу неоднорідні по темпам розвитку, напрямку розвитку, можливості впливу на

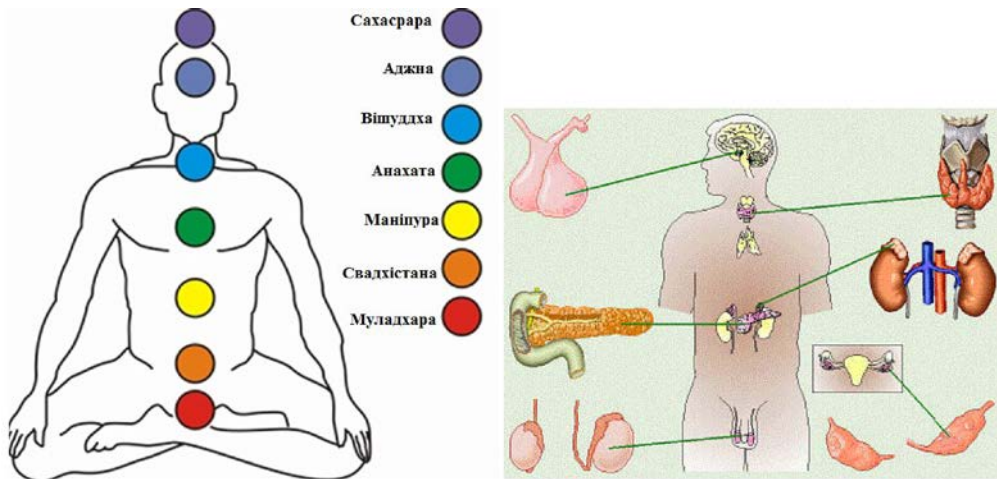


Рис. 1. Сім чакр і ЗВС



Рис. 2. Схема теорії У-СІН

процеси зростання/депресії ІНЬ-ЯН-ресурсів, впливу на ті чи інші явища матеріального світу. Увесь цілісний організм може бути умовно розділений на п'ять категорій явищ, які відповідають п'яти першоелементам, тобто п'яти категоріям природного світу: Дерево (печінка, жовчний міхур), Вогонь (серце, тонка кишка), Земля (селезінка, шлунок), Метал (легені, товста кишка) і Вода (нирки, сечовий міхур).

В першу чергу в клініці треба з'ясувати тип реагування людини на хворобу. Всього існує дванадцять типів реагування на хворобу, що складаються з 3-х блоків, які були описані в 1980 році А. Є. Лічко та Н. Я. Івановим [1; 2].

– “Я не хворий” – анозогнозичний тип – заперечення хвороби; “я хворий, але хвороба не серйозна” – гіпонозогнозичний тип – зниження значущості; “я не повинен піддаватися хворобі та стану працювати ще більше, тоді хвороба відступить сама” – ергопатичний тип – поглиблення у роботу; “де мені знайти кращого лікаря, які в мене аналізи, а що мені призначили, а навіщо?” – тривожний тип; “у мене все погано, ох, ах, я вам зараз розповім; а може ще ці ліки допоможуть? ні, я не знаю...” – іпохондричний тип; “як мені все (або всі) набридло, скільки можна мене мучити?! знову ці таблетки (уколи, процедури, криворукі сестри, безглузді лікарі...” – неврастенічний тип – дратівлива слабкість; “боюся, що ніщо мені не допоможе; який сенс у лікуванні взагалі; ну і що, що аналізи кращі?” – меланхолійний тип – туга

Характеристика елемента з циклу У-Сін	Дерево	Вогонь	Земля	Метал	Вода
1. Темп розвитку	Швидкий, з прискор.	Макс. швидкий	Легке уповільн.	Помірне уповільне.	Значне уповільн.
2. Напрямок розвитку	Підйом	Пік	Стабілізація	Депресія	Різне зниження
3. Можливості впливу на процеси зростання/ депресії ІНЬ-ЯН-ресурсів	Значне зростання ЯН, помірне зростання ІНЬ	Макс. зростання ЯН і депресія ІНЬ	Урівноваж. процесів зростання/ депресії ІНЬ і ЯН	Помірна депресія ЯН, значна - ІНЬ	Макс. зростання ІНЬ і депресія ЯН
4. Вплив елемента на явища матеріального світу	Породжує вітер, ураган, землетрус	Породжує пожежу, спеку	Породжує туман, застій	Породжує посуху	Породжує холод, повінь
5. Час і простір	Весна Схід	Літо Південь	Чотири сезони Центр	Осінь Захід	Зима Північ

Рис. 3. Характеристика елементів з циклу У-СІН (1)

Характеристика Елемента з циклу У-Сін	Дерево	Вогонь	Земля	Метал	Вода
Загальна характеристика	Ріст і цвітіння	Тепло і світло	Народження всіх речей	Опускання і очищення	Породжує холод і тече вниз
Відношення до Чжан-Фу органів (меридіанів)	Жовчний міхур і Печінка	Серце і Тонка кишка, Перикард і Три обігрівачі	Шлунок і Селезінка-підшлунк. залоза	Легені і Товста кишка	Сечовий міхур і Нирки
Відношення до частин людського тіла	Бокові частини живота і грудної клітки	Голова і шийний відділ хребта	Передня частина живота, середньо-грудний та н/грудний відділи хребта	Плечовий пояс (руки), грудна клітка і верхньо-грудний відділ хребта	Тазовий пояс (ноги) і попереково-кривозовий відділ хребта
Відношення до кольорів	Зелений	Червоний	Жовтий	Сірий (металевий)	Чорний

Рис. 4. Характеристика елементів з циклу У-СІН (2)

та надпригніченість хворобою; “ну і що з того, що я одужаю, що це змінить, стану інвалідом якщо не лікуватимуся; мені все одно” – апатичний тип – байдужість до долі та лікування; надмірна ранимість вразливість, побоювання, що оточуючі шкодуватимуть, вважатимуть неповноцінним, боязнь стати тягарем для рідних, коливання настрою – сенситивний тип; страждання на показ, вимога турботи про себе на шкоду іншим, всі розмови перекладаються на теми про себе, бажання показати іншим свою унікальність і хвороби теж; емоційна нестабільність та непрогностичність, неприязне ставлення до

Характеристика Елементу з циклу У-Сін	Дерево	Вогонь	Земля	Метал	Вода
Відношення до стихій і зовнішніх патогенних чинників	Вітер	Жар	Вологість	Сухість	Холод
Відношення до емоцій та емоційних патогенних чинників	Гнів	Радість	Занепокоєння	Печаль, Горе	Страх, Переляк
Відношення до смакових відчуттів	Кисле	Гірке	Солодке	Гостре	Солоне
Відношення до звукових феноменів	Крик	Сміх	Спів	Плач	Стогін

Рис. 5. Характеристика елементів з циклу У-СІН (3)

інших людей, які заслуговують уваги, вони розглядаються як конкуренти — егоцентричний тип — прийняття хвороби та пошук можливих вигод; “це мене сусіди (родичі, медичні працівники, інопланетяни) отруїли; мені щосьпідсипали в їжу...” — паранояльний тип — хвороба як “результат” чийогось злого наміру; дисфоричний тип — гнівно-озлоблений, агресивний тип, похмурий і незадоволений вигляд, спалах гніву. Заздрість до здорових, у тому числі до своїх рідних. Вимога до себе додаткової чи особливої уваги. Часто деспотичне ставлення до близьких.

Процес змальовування своєї хвороби і міркування, під час роботи над малюнком та після цього, має велике значення в діагностиці та лікуванні соматичної патології [1]. Особливо він важливий при психосоматичних розладах. Це пояснюється придбанням нового досвіду, протилежного досвіду ототожнення себе зі своєю недугою. По суті це може стати початком біологічного декодування хвороби через аналіз чинників, що викликали і призвели до її розвитку.

Своєму пацієнтові ми можемо задавати приблизно такі питання:

Як називається Ваша хвороба? Що ви знаєте про цю хворобу? Звідки Ви про це дізналися (інтернет, сусіди, книги ...)? А що Ви самі думаете про Вашу хворобу? Як Ви вважаєте, чому вона з’явилося у Вас? Що Ви відчули, коли Вам поставили діагноз? Що змусило Вас звернутися за допомогою? А як Ви зараз можете оцінити стан свого здоров’я? Як Ви вважаєте, Ви зможете одужати? Якого результату Ви хочете досягти наприкінці лікування? Що потрібно для одужання? Через скільки Ви хочете одужати? Від чого це залежить? Що залежить від вас? А якщо Ви видужаєте швидше? Коли ви будете здорові, як зміниться ваше життя? Що Ви плануєте після одужання (поліпшення, ремісії)?

Розмова, побудована таким чином, може дати нам багато інформації і сама по собі має терапевтичний ефект. У ході розмови ми вже відокремлюємо Особу від Хвороби. Ми використовуємо визначення “Ваша хвороба”, “Ця хвороба” ..., замість “Ви хворі”, “У Вас з’явилося захворювання”, “У Вас болить” ... Тим самим ми підводимо до того, що наш пацієнт, спочатку заглибившись у свої відчуття, переходить із рівня переживання на рівень аналізу те, що з нею відбувається (сталося). Розвивається нова структура взаємин — “Я і Хвороба” з наступним переходом до планування здорового життя.

Після такої розмови можна запитати: “Як би могла виглядати ваша хвороба, якби Ви захотіли (або не захотіли б) її зобразити (намалювати, вирізати, виліпити)?”. “А як вона прийшла в Ваше життя? Розкажіть. Покажіть” і таке інше.

Важливою метою цієї методики є виявлення ставлення пацієнта до хвороби, побудови подальшої тактики психотерапії і інших методів лікування. Наскільки людина усвідомлює важливість захворювання та необхідність лікування. Принаймні виявлення варіанта ставлення до хвороби вироблятиметься індивідуальна тактика комплексного лікування — вибір парадигми (алопатія, гомеопатія, фітотерапія, акупунктура...) і ймовірність їх комбінування у цієї людини. Вибір фізіотерапевтичних процедур (ароматерапія, ванни, масаж, магнітотерапія), психотерапевтичних бесід, можливо трудотерапії, дієти з використанням певних спецій, відвідувань родичами та близькими та багато іншого... Крім цього, за допомогою методики зображення хвороби людина починає відокремлювати себе від хвороби (хвороба від себе) і може спостерігати свою хворобу з боку. Після зображення хвороби продовжуємо розмову. Як, на вашу думку, ця хвороба (показуємо на малюнку) чоловічого чи жіночого роду? Як її звати? Хочете щось спитати в неї, сказати їй? Як вам здається, що вона вам відповіла? (відповіла б, якби могла говорити). А про що вона мовчить? Наступним важливим етапом психотерапії стає зображення себе окремо від хвороби. Після цього йде опитування про взаємини зображеної людини та хвороби. Перейшовши в роль спостерігача і побачивши себе і хворобу з боку, пацієнт може усвідомити себе у новій якості: “Я господар усїєї ситуації”. “Я все бачу”, “Я все контролюю”. Тепер: “Я можу керувати хворобою і вийти з-під її гніту (якщо вона зображується у вигляді чогось нависаючого і великого)”. Робота може продовжитись у формі оповідання.

Це може бути розповідь про те, що “Жив та був чоловік...” чи “Жила-була хвороба...”. Малюнок можна розширювати, додаючи різних персонажів. Це різні значущі фігури в життя людини (рідня, товариші, начальники та підлеглі...). Іноді малюються постаті інших хвороб та взаємозв’язку між ними. Чим більше фігур на малюнку, тим менше і значуще бачиться хвороба. Останнє твердження відноситься лише до значних позитивних персонажів. Депресивні пацієнти схильні до зображення багатьох захворювань, які нападають з різних сторін, тому важливо запровадити реальних героїв, що допомагають. Візуалізація себе у колі дбайливих близьких часто призводить до розуміння своєї потреби та важливості. Можна видаляти хвороби (стерти

гумкою, заклеїти білим папером і на її місці намалювати щось нове...). Просимо пацієнта відстежити зміни. Так, ми можемо перевірити, наскільки людина готова позбутися хвороби. У людей, які довго хворіють і похилого віку, може виникати занепокоєння і опір, заснований на побоювання, що після цього зникнуть і всі постаті близьких людей. Це є яскравим прикладом вигідної хвороби та виявляє напрямок роботи.

Висновки. техніка “змалюй свою хворобу” може використовуватися як діагностична та лікувальна методика, у комплексі з методами рефлексотерапії, оскільки дозволяє: діагностувати внутрішню картину захворювання, роз’єднати людину та хворобу, побачити себе та захворювання з іншого боку, взяти на себе відповідальність за ситуацію, що склалася, відчутти себе не жертвою хвороби, а господарем ситуації.

Джерела

1. *Зайцев С. В.* Позитивный опыт использования арт-терапевтической техники “Изобрази свою болезнь” с целью изменения внутренней картины болезни. *Східно-Європ. Неврол. журнал.* 2016. № 6 (12). С. 10–12.
2. *Личко А. Е., Иванов Н. Я.* Медико-психологическое обследование соматических больных. *Невропатология и психиатрия.* 1980. Вып. 8. С. 1195–1198.
3. *Лурия А. Р.* Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977. С. 37–52.
4. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
5. *Чуприна Г. М., Мачерет Є. Л., Сулік Р. В.* Особливості протікання, нетрадиційні діагностичні та лікувальні підходи до астенічних синдромів у структурі неврологічної патології. Мат. науч.- практ. конф. с межд. уч-ем “Возрастн. нейропсихол. и нейропсихиатр.”, 19 февр. 2007 г. К., 2007. С. 13–16.

Наталія СВИРИДОВА

*д-р. мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗОРОВИХ ТА ОКОРУХОВИХ ПОРУШЕНЬ

Анотація: в роботі представлено матеріал щодо можливостей застосування методів рефлексотерапії в комплексному лікуванні зорових та окоорухових порушень, розглянуто також діагностичні підходи.

Ключові слова: рефлексотерапія, зорові та окоорухові порушення, комплексне лікування, діагностичні підходи.

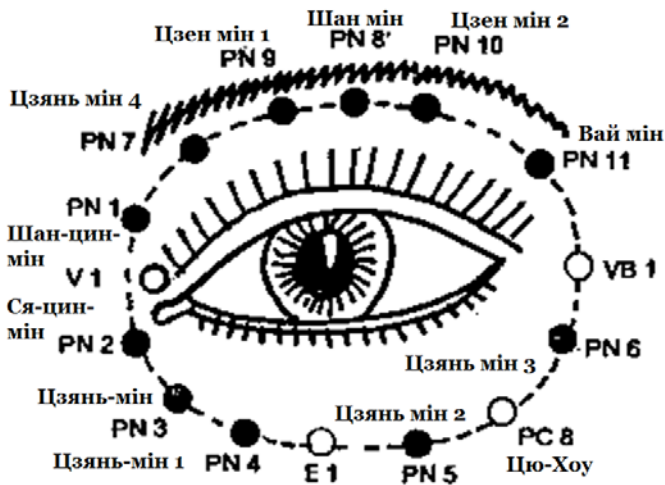
Вступ. Методи рефлексотерапії (РТ) в комплексному лікуванні зорових та окоорухових порушень використовуються давно [5], особливо тоді коли інші методи лікування (медикаментозні, хірургічні) виявляються недостатньо ефективними [3; 4]. Лікарі-офтальмологи відвідували курси “Спеціалізації з рефлексотерапії” ще тоді, коли вони були доступні для лікарів всіх клінічних спеціальностей, і були задоволені набутими знаннями у процесі своєї практичної роботи.

Виклад основного матеріалу. Для того, щоб успішно застосовувати методи РТ в лікуванні зорових та окоорухових порушень, лікарі повинні, насамперед, знати “базові” точки акупунктури (ТА) для цих розладів, їх локалізацію та покази для застосування [1; 2], а це — BL-1 (Цин-мін — у поглибленні, медіальніше і дещо догори від внутрішнього кута ока, на середині відстані між внутрішнім кутом ока і задньосереднинно лінією голови); BL-2 (Цуань-чжу — прямо над точкою V-1, в поглибленні, в супраорбітальній вирізці, біля медіального кінця брови); GB-14 (Ян-бай — на чолі, на 1 цунь прямо вище середини брови, на другій бічній лінії голови); GB — 1 (Тун-цзи-ляо — на

0,5 цуня назовні від зовнішнього кута ока, в поглибленні на зовнішньому краї орбіти); ТЕ-23 (Си-чжу-кун — на зовнішньому кінці брови, в поглибленні, яке відповідає латеральному краю вилицевого відростка лобної кістки); ST-1 (Чен-ци — в області нижньої повіки, між очним яблуком і серединою нижнього краю орбіти); ST-2 (Си-бай — прямо під точкою E-1, в поглибленні інфраорбітального отвору); EX-9 (Тай ян — в заглибленні на рівні середини відстані між латеральним кінцем брови і латеральним кутом ока), а також додаткові позамеридіанні і нові ТА для акупунктурної (АП)-корекції при захворюваннях очей [1; 2]: всі ці ТА емпіричні, вплив на них скеровує потік ЧИ (вітальна енергія) в очі та навколо очей. Це-Синь-мін-1 (на 0,5 цуня вперед і вище від ТА ТЕ-17 І-фен); Синь-мін-2 (на 1 цунь вище і на 0,5 цуня латеральніше зовнішнього кінця брови); EX — 8 Цю-Хоу (біля нижнього краю орбіти на 1/4 відстані від латерального кута ока до медіального); EX-13 — І мін (на 1 цунь назад від ТА ТЕ-17 І — фен, біля нижнього краю соскоподібного відростка); EX-100 (Да-гу-кун — на тильній поверхні 1 пальця кисті, в центрі шкірної складки міжфалангового суглоба); EX-18 (Цзя-чен-цзян — на перетені вертикальної лінії, проведеної через ТА ST-4 Ді цан і горизонтальної лінії, проведеної через ТА CV-24 Чен-цзян, у проекції foramen mentale); PN-61 (Нюе-мень — на тильній поверхні кисті, у основі складки між 3 і 4 пальцями); PN-72 (Цзянь-мін — на зовнішній поверхні плеча, на 0,5 цуня назад і вгору від ТА LI-14 Бі нао).

Також існує лікувальна мікроакупунктурна система орбіти (див. рис.).

Локалізація ТА в ній: PN-1 (Шан-цин-мін — на 0,5 см вище ТА BL-1 Цин мін); PN-2 (Ся-цин-мін — на 0,5 см нижче ТА BL-1 Цин мін); PN-3 (Цзянь-мін — на 0,5 см нижче і назовні від ТА PN -2); PN-4 (Цзянь-мін 1 — біля нижнього краю орбіти, на середині відстані між ТА PN-3 і ST-1); PN-5 (Цзянь-мін 2 — біля нижнього краю орбіти, на середині відстані між ТА EX-8 Цю-хоу і ST-1); PN-6 (Цзянь-мін 3 — біля краю орбіти, на 0,8 см вище і назовні від ТА EX-8 Цю-хоу); PN-7 (Цзянь-мін 4 — біля краю орбіти, на



Мікроакупунктурна система орбіти

0,8 см вище ТА PN-1); PN-8 (Шан мін – біля верхнього краю орбіти, нижче середини брови); PN-9 (Цзен мін 1 – біля верхнього краю орбіти, на 0,5 см медіальніше від ТА PN-8); PN-10 – Цзен мін 2 – біля верхнього краю орбіти, на 0,5 см латеральніше від ТА PN-8); PN-11 (Вай мін – біля краю орбіти, на 0,8 см вище латерального кута ока);

В аспекті діагностики – то існує давня китайська діагностика по орбіті.

ЧИ 5 Чжан і 6 Фу оранів піднімається вгору і надходить в очі, забезпечуючи гостроту зору й око рухові функції. На основі “Теорії 5 орбіт” нирки (Вода) відповідають зіниці, що має назву “Орбіта холоду”, печінка (Дерево) – рай-дужній оболонці, що має назву “Орбіта вітру”, серце (Вогонь) – капілярам внутрішніх кутів ока, що має назву “Кровоносна орбіта”, легені (Метал) – склерам, що мають назву “Респіраторна орбіта”, селезінка (Земля) – кон’юнктиві і повікам, що мають назву “Орбіта м’яса”. Крім цього, різні внутрішні органи і три порожнини тіла відповідають в традиційній китайській медицині (ТКМ) різним секторам орбіти на правому і на лівому оці (див. табл.).

Відповідність внутрішніх органів в ТКМ різним секторам орбіти

№ пор.	Функц. система	Сектори орбіти		Елемент У-Сін	Мікро - АП система орбіти
		Інь (праве око)	Ян (ліве око)		
1	Легень	6:00 – 7:30	10:30 – 12:00	метал	Праве око: PN-3, PN-4 Ліве око: PN-8, PN-9
2	Нирок	4:30 – 6:00	12:00 – 1:30	вода	Праве око: PN-5, ST-1 Ліве око: PN-10, PN-11
3	Печінки	1:30 -3:00	3:00 – 4:30	дерево	Праве око: PN-6, EX-8 Ліве око: GB-1
4	Серця	10:30 – 12:00	6:00 – 7:30	вогонь	Праве око: PN-8, PN-9 Ліве око: PN-3, PN-4
5	Селезінки	9:00 – 10:30	7:30 – 9:00	земля	Праве око: BL-1, PN-1 Ліве око: PN-2
6	Верхній Цзяо	3:00 – 4:30	1:30 -3:00	дерево	Праве око: EX-8, PN-6 Ліве око: GB-1
7	Середній Цзяо	12:00 – 1:30	4:30 – 6:00	дерево	Праве око: PN-10, PN-11 Ліве око: PN-5, ST-1
8	Нижній Цзяо	7:30 – 9:00	9:00 – 10:30	дерево	Праве око: PN-10, PN-11 Ліве око: BL-1, PN-1

Найбільш тісно, функція зору і око рухова функція зв’язані в ТКМ з системою печінки. Недарма в ТКМ є вислів “Очі – орган чуття печінки” [3; 4].

Ми наводимо тут найбільш популярний давньокитайський акупунктурний рецепт [3–5], розрахований на тривалу енергетичну підтримку функції зору і око рухової функції: GV-20 Бай хуей, GB-20 Фен чи, PN-72 – Цзянь-мін, PC-6 Ней гуань, ST 25 Тянь-шу, ST 34 лян цю, GB-34 Ян-лін-цюань, LR-3 Тай-чун, LR-14 Ци-мень, SP-6 Сань-ін-цзяо. А також пропонуємо вам (особливо тим, у кого є початкові зорові або око рухові порушення) вправи

цигун, розраховані на тривалу енергетичну підтримку функції зору і окорухової функції (але для цього треба оволодіти базовим цигун): “Вдихання ЧИ через очі”, “Видихання ЧИ через очі”, “Розтопити віск печінки теплом руки”.

Ми хочемо навести вам 2 клінічних випадки використання методів РТ при ураженні зорового і окорухового нервів.

Клінічний випадок 1: забій зорового нерва. Пацієнт П., 20 років студент КПІ, мав у анамнезі короткозорість, за 2 місяці до звернення на кафедру неврології і рефлексотерапії отримав травму: під час розваг у Гідропарку йому в голову поцілила пластикова тарілка, сильно запущена його товаришем, таким чином, що удар прийшовся на чоло вище лівого ока, ліву брову, верхній край лівої орбіти, ліву частину носа. Внаслідок удару він втратив свідомість на короткий час. Пацієнт одразу після травми відчув біль у лівому оці, потім м'які тканини лівої орбіти набрякли, там утворився синець, око важко було відкрити і виникла значна сльозотеча. Був доставлений машиною швидкої допомоги в НДІ нейрохірургії, де був оглянутий нейрохірургом, неврологом і офтальмологом.

Відмічались скарги на головний біль, нудоту, на лівому оці гострота зору була знижена до 0,15 (на правому 0,6), спостерігався мідріаз зліва. DS: ЗЧМТ-струс головного мозку, забій лівого зорового нерва. Проведено консервативне лікування (загальне і місцеве), призначене носіння окулярів, стан з зором на ліве око значно не покращився: виправлена гострота зору при носінні окулярів на лівому оці становила 0,25, на правому – 0,8.

АП-корекція: базові ТА (ЕХ-9 Тай ян, ЕХ – 8 Цю-Хоу, ЕХ-13 – І мін, ST-2, GB 14), (ЕХ-9 Тай ян та ЕХ – 8 Цю-Хоу чередували) (акупунктура); додаткові “сегментарні” ТА і зони АП (Сінь-мін -1, Сінь-мін -2, ЕХ-18 – Цзя – чен – цзян, GB 20 Фен чи; “Лінія зору”, MS -13 “Оптична зона” – ЕАП, з частотою 2 Гц – інтенсивність мінялась в залежності від індивідуальної реакції хворого та експозицією 25 хв.). Додаткові (“віддалені”) ТА: ТЕ-5 Вай гуань, ЕХ -100 Да-гу-кун, PN-61 – Нюе –мень, GB-34 ян-лін-цюань, GB-39 сюань чжун, LR-3 тай чун, SP 6 сань інь цзяо (акупунктура).

Катамнез: пройшов два курси лікування по 12 процедур кожний, гострота зору на лівому оці досягла 0,45, але не було ефекту щодо мідріазу. Тоді була призначена АП за рецептом ЕОМ – II пара: ТЕ -5 справа, GB- 41 зліва; GB-20, GB-34, GB-26, GB-27, LR-13, LR-14 (білатерально) – двічі на тиждень. Після 2-х міс. такого лікування гострота зору на лівому оці досягла 0,8 (вирівнялась з правим оком), значно зменшився мідріаз на лівому оці.

Клінічний випадок 2: ураження окорухового нерва. Пацієнтка А., 24 років, після ДТП – забій головного мозку; забій ноги справа, забій спини; розбіжна косоокість і птоз зліва. Лікувалась в НДІ нейрохірургії, амбулаторно. Через 2 місяці звернулась зі скаргами на опускання лівої повіки і біль в лівій орбіті. Офтальмолог- посттравматичний тромб в центральній артерії сітківки зліва. Залишився біль в правому коліні і гомілці, біль в попереку. З боку лівого окорухового нерва – без відновлення. DS: посттравматична невропатія лівого відвідного нерва, ЗЧМТ, політравма.

АП-корекція: базові ТА (PN -1 – Шан-цин-мін, PN -2 – Ся-цин-мін, ST-1 – Чен –ци, ST-2- Си-бай, PN -8 - Шан мін , GB -14, EX -9 Тай ян, EX – 8 Цю-Хоу, TE-23, GB-1(акупунктура); додаткові “сегментарні” ТА та зони АП (Сінь-мін -1, Сінь-мін -2, GB-20 Фен чи, “Окорухова зона”, “Зона за-спокоєння розуму”, “Лінія зору” – ЕАП, з частотою 2 Гц та експозицією 25 хв). Додаткові (“віддалені”) ТА: GB-41 (справа), GB-27; CV-8, GV-4, BL-52, BL-23 (внутрішні шляхи ЕОМ Дай Май), GB-14, 15, 20, TE-13, BL-63, GB-35 (білатерально), GV-20, EX-3, CV-17, GV-14; BL-10, LR-3, GB-34, ST-25, 36 (білатерально), TE-5 (зліва).

Катамнез: після перших 3-х процедур стало зрозуміло, що у хворої виникає потужна реакція (серед дистальних ТА) лише у точках-ключачах ЕОМ, причому з обох боків (з вираженою гіперемією, пульсацією, розпиранням). Тому впливати на інші дистальні ТА не було сенсу. Рецепт ЕОМ використовували ч-з день, ч-з день впливали (чередували) на базові ТА і зони, “сегментарні” ТА. Така реакція спостерігалась і після процедур РТ під час інших курсів лікування.

Пацієнтка пройшла 5 курсів РТ протягом 6 міс. Окорухові функції відновились повністю, але це відбувалось ступінчасто (спочатку зник птоз, а потім — диплопія і косоокість). Біль в орбіті повністю пройшов. Потім пацієнтка знову звернулась до офтальмолога з метою видалити оперативним шляхом тромб в центральній артерії сітківки. Заключення офтальмолога приємно нас здивувало: тромб повністю розсмоктався!

Джерела

1. Атлас акупунктурних зон / [Е. Л. Мачерет, В. П. Лысенюк, И. З. Самосюк]. К.: Вища школа, 1986. 255 с.
2. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
3. Chinese acupuncture and moxibustion. Beijing: Foreign languages press, 1987. 554 p.
4. Chinese acupuncture and moxibustion. Sanghai: Publishing house of Sanghai University of TCM, 2002. 371 p.
5. Current research in acupuncture /Y. Xia [et al.]; eds. Y. Xia.,G. Ding, G-C. Wu. New York : Springer science + Busness media, 2013. 731 p.

Наталія СВИРИДОВА

*д-р. мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ

Анотація: в роботі представлено клінічний випадок використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хворого з бронхіальною астмою з психоемоційними порушеннями. Детально описано метод “балансування гексаграм”, показано, що застосування цього методу в комплексі лікувальних заходів було ефективним у даному випадку.

Ключові слова: бронхіальна астма, психоемоційні порушення, рефлексотерапія, метод “балансування гексаграм”.

Вступ. Рефлексотерапія (РТ) вже давно використовується не тільки у разі захворювань з больовим синдромом, а й при різних психосоматичних розладах [1–5]. Нижче ми хочемо навести клінічний випадок, де був використаний комплексний підхід до лікування хворого з бронхіальною астмою (БА) із застосуванням методів РТ, зокрема методу “балансування гексаграм” (ГГ). Аналіз частоти чинників ризику БА показав, що найбільш часто серед них зустрічається психоемоційний стрес, що, скоріш за все і був провокуючим етіологічним чинником. БА є класичним прикладом багатofакторної хвороби, при якій взаємодіють численні соматичні і психічні чинники. Згідно з Н. Weiner, емоційні чинники навряд чи самі по собі можуть скласти достатні умови для розвитку хвороби, але у генетично сприятливих осіб вони можуть ініціювати астматичний процес. Нервово-психічний чинник опосередковує свій вплив на функціональний стан бронхів через симпатичні і парасимпатичні механізми регуляції. По блукаючому нерву передаються впливи, що

викликають скорочення гладеньких м'язів бронхів через легеневі симпатичні сплетення — адренергічні явища, що розслабляють гладенькі м'язи бронхів. При БА формується психовегетативний синдром, в основі якого лежить парасимпатична спрямованість вегетативного тонуусу і реактивності, недостатність симпатичного вегетативного забезпечення.

Виклад основного матеріалу. Основна задача методу “балансування ГГ” — це зміна стану “ураженого” меридіану акупунктури (МА) і відповідної йому “ураженої ГГ” до енергетичного стану “сприятливої” ГГ, і, таким чином, позитивна зміна ЧИ “ураженого” МА, відповідного йому органу і ЧИ всього організму. Головні теоретичні засади методу “балансування ГГ”) [2]: із “повного комплекту” — 64-х ГГ І Цзину, на основі багатогранного аналізу ГГ, вибирається, по цьому методу 20 ГГ. Перше, що слід по цьому методу зробити, це на основі методів акупунктурної (АП) діагностики знайти “уражений” МА. Потім потрібно підібрати, відповідно до нього, “уражену” ГГ. І вже далі, з 20 можливих варіантів, вибрати “сприятливу” ГГ. На що слід звертати увагу при виборі “сприятливої” ГГ: на відповідність клінічних симптомів хворого і використаних рисок “ураженої” ГГ; наявність швидкого чи відстроченого клінічного позитивного ефекту після використання “сприятливої” ГГ; відповідність “сприятливої” ГГ сезону АП; результати аналізу “сприятливої” ГГ (верхньої і нижньої її триграм (ТГ) у відповідності до уявлень про теорії У-сін, Ін-Ян, розташування ТГ, функції ТГ; результати аналізу “ураженої” ГГ [2].

Особливості клінічного застосування методу “балансування ГГ” — хочемо звернути вашу увагу на те, що він призначений для посилення ефекту від використання інших методів АП. Тому, АП по цьому методу застосовується не часто. Загальна кількість процедур по ньому — 1 сеанс на тиждень АП — лікування. Якщо ж говорити про абсолютну кількість процедур по цьому методу, то ми у своїй практиці проводили їх від 1 до 4, в залежності від загальної тривалості курсу АП-лікування. Треба використати в повній мірі можливості загальної дії “сприятливої” ГГ. Бажано домогтися, щоб “образ” і “символ” “сприятливої” ГГ відповідав тому функціональному стану, що відбуватиметься з пацієнтом у процесі лікування [2].

Пацієнт З., агроном. Звернувся на кафедру неврології і РТ навесні 2017 р. вже вдруге, після першого попереднього вдалого застосування методів РТ. Зараз його турбували скарги на періодичну виражену гнівливість, дратівливість, агресію, які виникали майже завжди після вживання спиртного і провокували напади бронхоспазму з усіма респіраторними ознаками, притаманними БА. Симптоми найбільш значні саме навесні, у березні-квітні. Діагноз клінічний: бронхіальна астма на тлі хронічного обструктивного бронхіту; хронічний гепатит. Медикаментозне лікування проблеми повністю не вирішувало.

АП-діагноз: напружений частий пульс, найбільший у ІІ позиції зліва і найменший — у І позиції справа, що означає: дерево вражає метал, або печінка атакує легені (за механізмом “зворотнього зв'язку”, що може бути у разі значного дефіциту легень і надмірності печінки). Те, що симптоми БА

найбільш виражені навесні, якраз і пов'язано з сезонною гіперактивністю ЯН-печінки. Уражений МА – Р; ГГ, що відповідає йому – Сюнь, (“уражена”) – елемент Дерево-ІНЬ.

Обираємо “сприятливу” ГГ для цього стану: нею є Хен, ГГ І цзину № 32. Оцінюючи ГГ № 32 Хен слід зауважити, що для неї притаманні такі ознаки: ця ГГ доцільна для використання навесні, її утворюють дві триграми (ТГ), що відносяться до елемента “Дерево”. Пора року, коли у пацієнта погіршується стан і коли він звернувся на лікування – весна. Проблеми зі здоров'ям під час сезону “Дерево”, найкраще відновлюються при застосуванні в АП-лікуванні ГГ Хен, що утворена з двох ТГ, які належать до “Дерева”.

Також слід зауважити, що “уражена ГГ” Сюнь відповідає “Дереву”, як і обидві її ТГ, уражений АП-канал – Р – відповідає “Металу”. Верхня ТГ ГГ Хен-Чжень відповідає “Дереву”, а нижня її ТГ – Сюнь – також відповідає “Дереву”. Тобто, “Дерево” лікує “Дерево”, а “Метал” (МА Р) є “дідом” “Дерева” – утворюючи такі ж само співвідношення, як і між етіологічними чинниками захворювання. Крім того, ризики “сприятливої” ГГ, що протилежні ризикам “ураженої ГГ” – відповідають локалізації симптомів хворого (живіт – F, груди – Р, голова – психічні розлади).

Практична реалізація методу “балансування ГГ”: насамперед, здійснюється шляхом вибору “ураженого” МА і впливу на нього (у жінок – справа, у чоловіків – зліва, якщо симптоми захворювання генералізовані, тобто, без латералізації або – з протилежного від ураження боку, якщо патологія однобічна).

АП-рецепти для даного випадку: у пацієнта – чоловіка системне захворювання, без латералізації (БА, бронхоспазм), вколюємо ТА Р- 8,7,5 з лівого боку; з правого боку вколюємо ТА GI -4,5,11 (спарений канал, що посилює лікування, ТА для впливу – аналогічні номеру ризик “ураженої” ГГ). Процедуру АП по методу “Балансування ГГ” провели 3 рази під час курсу лікування, який становив 12 процедур. Нозологічна АП-рецептура: F-2,3,14; R-3, 6,7,8, VB-34; J – 22, 21, 17,12, 6, 4; E-36, 40; GI 10, 15; V- 22, 23, 18, 13, 12, 43; PC -85 (хуа-то-цзя-цзи).

Після курсу лікування психоемоційний стан пацієнта нормалізувався, він зміг повністю відмовитися від алкоголю, перейшов на дієтичне харчування.

Висновки. 1. БА зустрічається у практиці лікаря-рефлексотерапевта і методи РТ ефективні насамперед при психоемоційних порушеннях у разі цього захворювання.

2. В комплексі лікувальних заходів при БА ефективним є застосування методу акупунктури “балансування гексаграм”.

Джерела

1. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
2. Чуприна Г., Свиридова, Ханенко Н., Середя В. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні синдрому професійного вигорання. Збірник матеріалів

- всеукр. наук.- практ. конф., прис. 105-й річниці від дня народж. В. Сухомлинського “Захист психічного здоров’я учасників освітнього процесу в умовах війни та повоєнного часу”. Кропивницький, 5 травня 2023 р. С. 301–304.
3. Chinese acupuncture and moxibustion. Beijing: Foreign languages press, 1987. 554 p.
 4. Chinese acupuncture and moxibustion. Sanghai: Publishing house of Sanghai University of TCM, 2002. 371 p.
 5. Current research in acupuncture /Y. Xia [et al.]; eds. Y. Xia.,G. Ding, G-C. Wu. New York : Springer science + Business media, 2013. 731 p.

Наталія СВИРИДОВА

д-р. мед. наук, проф.,

*в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шутика*

**ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ
В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ
ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ
З ПСИХОЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Анотація: в роботі представлено клінічний випадок використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хворого з підгострим гастритом із вторинними больовим синдромом. Детально описано метод “балансування гексаграм”, показано, що застосування цього методу в комплексі лікувальних заходів було ефективним у даному випадку.

Ключові слова: підгострий гастрит, психоемоційні порушення, рефлексотерапія, метод “балансування гексаграм”.

Вступ. Рефлексотерапія (РТ) вже давно використовується не тільки у разі захворювань з больовим синдромом (БС), а й при різних психосоматичних захворюваннях [1–3]. Нижче ми хочемо навести клінічний випадок, де був використаний комплексний підхід до лікування хворого з підгострим га-

стритом із вторинними вертеброгенним тривалим БС і порушеннями сну у вигляді інсомнії, із застосуванням методів РТ, зокрема методу “балансування гексаграм” (ГГ).

Серед можливих етіологічних чинників найбільш частими у відношенні гастриту, є стресові ситуації на роботі, в побуті, в сім’ї (95,5 %), недотримання режиму харчування (79,8 %), зловживання алкоголем (18,9 %). У 56,3 % випадків у хворих з гастритом були виявленні актуальні психогенії, а у 20–25 % — вони спостерігались в дитинстві.

Сучасні дослідження реально показали, що методи РТ ефективні в комплексному лікуванні багатьох розладів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), включаючи гастралгії, діабетичний гастропарез, гастроптоз, гастрит, пептичну виразкову хворобу, хворобу Крона, післяопераційну атонію шлунка і кишківника, функціональні розлади (синдром подразненої кишки, закреп та діарея). РТ ефективна при всіх захворюваннях ШКТ, адже він іннервується переважно вегетативною нервовою системою, але насамперед тоді, коли є психоемоційний компонент (стрес) в його етіології.

РТ застосовується при лікуванні розладів травлення лише в комплексі лікувальних заходів. Найчастіше використовується поєднання методів РТ і медикаментозного лікування (так само, як в традиційній китайській медицині (ТКМ). Базові препарати китайської фітотерапії при розладах ШКТ: звіробій, солодка, безоар, женьшень.

Виклад основного матеріалу. Основна задача методу “балансування ГГ” — це зміна стану “ураженого” меридіану акупунктури (МА) і відповідної йому “ураженої ГГ” до енергетичного стану “сприятливої” ГГ, і, таким чином, позитивна зміна ЧИ “ураженого” МА, відповідного йому органу і ЧИ всього організму. Головні теоретичні засади методу “балансування ГГ”) [4]: із “повного комплекту” — 64-х ГГ І Цзину, на основі багатогранного аналізу ГГ, вибирається, по цьому методу 20 ГГ. Перше, що слід по цьому методу зробити, це на основі методів акупунктурної (АП) діагностики знайти “уражений” МА. Потім потрібно підібрати, відповідно до нього, “уражену” ГГ. І вже далі, з 20 можливих варіантів, вибрати “сприятливу” ГГ. На що слід звертати увагу при виборі “сприятливої” ГГ: на відповідність клінічних симптомів хворого і використаних рисок “ураженої” ГГ; наявність швидкого чи відстроченого клінічного позитивного ефекту після використання “сприятливої” ГГ; відповідність “сприятливої” ГГ сезону АП; результати аналізу “сприятливої” ГГ (верхньої і нижньої її триграм (ТГ) у відповідності до уявлень про теорії У-сін, Ін-Ян, розташування ТГ, функції ТГ; результати аналізу “ураженої” ГГ [4]. Потім потрібно провести процедуру АП по методу “балансування ГГ” (див. рис. 2).

Особливості клінічного застосування методу “балансування ГГ” — хочемо звернути вашу увагу на те, що він призначений для посилення ефекту від використання інших методів АП. Тому, АП по цьому методу застосовується не часто. Загальна кількість процедур по ньому — 1 сеанс на тиждень АП — лікування. Якщо ж говорити про абсолютну кількість процедур по цьому методу, то ми у своїй практиці проводили їх від 1 до 4, в залежності від за-

гальної тривалості курсу АП-лікування. Треба використати в повній мірі можливості загальної дії “сприятливої” ГГ. Бажано домогтися, щоб “образ” і “символ” “сприятливої” ГГ відповідав тому функціональному стану, що відбуватиметься з пацієнтом у процесі лікування [4].

Підгострий гастрит розглядається в синдромальній діагностиці ТКМ як “синдроми”: “Холод-Вологість атакують шлунок”, “Вторгнення Вологість-Жару в шлунок”, “Затримка їжі в шлунку” [1]. АП-корекція при цьому: базова — ST 36, 25, CV 12, PC 6; додаткова — ST 34, CV 17, BL 21, “Холод-Вологість” — LI 4, SP 9; “Вологість-Жар” — LI 4, LI 11; “Затримка їжі” — ST 44, CV 21.

Пацієнт В., 56 р. звернувся на кафедру неврології і РТ на початку літа 2015 р. зі скаргами на відчуття переповнення і напруження в животі (переважно в епігастрії), різке зниження апетиту, нудоту, гіркий присмак і відчуття липкої слини у роті, відрижку кислим, печію, довготривалі болі, що віддавали з ділянки епігастрію в спину паравертебрально, на рівні нижньо-грудного відділу хребта, дратівливість. Ці відчуття турбували його більше місяця, внаслідок них він втратив сон і 10 кг ваги, медикаментозне лікування виявилось малоєфективним. МРТ грудного й поперекового відділів хребта: медіальні кили дисків XI і XII грудного і I поперекового хребців. Болючість при пальпації п/в точок нижньогрудного відділу хребта.

Діагноз клінічний: підгострий гастрит з вторинними вертеброгенним тривалим больовим синдромом і порушеннями сну у вигляді інсомнії. АП-діагноз: великий, частий пульс, найбільший у II позиції справа і найменший — у III позиції зліва, що означає: вогонь вражає воду, або шлунок атакує сечовий міхур (за механізмом “дід – онук”, що може бути у разі надмірності шлунка і дефіциту сечового міхура). Отже, у пацієнта Жар шлунка, що вражає Воду сечового міхура. Таким чином, “ураженим” меридіаном є меридіан шлунка, а “ураженою” ГГ є Кань (рис. 1).

Обираємо “сприятливу” ГГ для цього стану. Нею є Цзе, ГГ № 40 (розв’язування — як вирішення якоїсь проблеми). Оцінюючи позитивно ГГ Цзе як “сприятливу” слід зауважити, що: застосування ГГ Цзе відповідає клінічним симптомам хворого (біль в животі з іррадіацією в спину і синдром “Жару шлунка”) і сезону АП. Позитивні зрушення в стані хворого з’явилися одразу після застосування методу “балансування гексаграм”. Верхня ТГ ГГ № 40 Цзе відноситься до “дерева” (Чжень), а нижня її ТГ — до “води” (Кань), а вони взаємодіють як “мати й син” по У-Сін, що є ефективним при наявності болю. Крім того, точки АП “ураженого” МА, що відповідає “ураженій” ГГ, є найбільш ефективними в клінічному застосуванні методів АП.

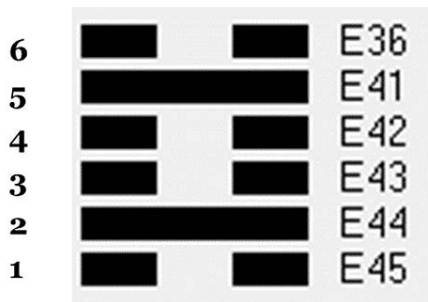


Рис. 1. Відповідність в ТКМ рисок “ураженої” ГГ Кань точкам АП меридіану шлунка



Обираємо для АП “протилежні” - 4, 5 риски, тобто у діагностичному плані, у пацієнта проблеми в «грудах і в животі»

Рис. 2. Аналіз ГГ. Обираємо для АП ТА, що відповідають “протилежним” (по відношенню до “сприятливої”) – 4,5 рискам “ураженої” ГГ

АП-рецепт для даного випадку: у пацієнта – чоловіка системне захворювання, без латералізації (болі в епігастрії внаслідок синдрому Жару шлунка), вколюємо ТА ST-42, 41 з лівого боку. З правого боку вколюємо ТА SP-4, 5 (спарений канал, що посилює лікування, ТА для впливу – аналогічні номеру рисунок “ураженої” ГГ). Процедуру АП по методу “Балансування ГГ” провели 3 рази під час курсу лікування, який становив 15 процедур (рис. 2). Також застосовували “нозологічну” АП-рецептуру.

Висновки. 1. Гастрит зустрічається у практичній діяльності лікаря-рефлексотерапевта і методи РТ ефективні насамперед при психоемоційних порушеннях у разі цього захворювання.

2. В комплексі лікувальних заходів при гастриті ефективним є застосування методу АП “балансування ГГ”.

Джерела

1. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
2. Чуприна Г., Свиридова, Ханенко Н., Середа В. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні синдрому професійного вигорання. Збірн. матеріалів всеукр. наук.-практ. конф., прис. 105-й річниці від дня народж. В. Сухомлинського “Захист психічного здоров’я учасників освітнього процесу в умовах війни та повоєнного часу”. Кропивницький, 5 травня 2023 р. С. 301–304.
3. Chinese acupuncture and moxibustion. Beijing: Foreign languages press, 1987. 554 p.
4. Chinese acupuncture and moxibustion. Sanghai: Publishing house of Sanghai University of TCM, 2002. 371 p.
5. Current research in acupuncture / Y. Xia [et al.]; eds. Y. Xia., G. Ding, G-C. Wu. New York : Springer science + Busness media, 2013. 731 p.

СПАСТИЧНІСТЬ ТА БІЛЬ ПРИ ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧИХ СТАНАХ

Анотація: в роботі представлено матеріал про можливість використання методів рефлексотерапії у комплексному лікуванні при розсіяносу склерозі. Показано, що методи рефлексотерапії найбільш ефективні при проявах спастичності та болю у разі цієї патології.

Ключові слова: розсіяний склероз, рефлексотерапія, спастичність, біль.

Вступ. Термін “демієлінізуючі” має два значення: одне з них можна використовувати для будь-якого захворювання, що вражає білу речовину мозку; інше, більш правомірне використання цього терміну, підкреслює ураження переважно мієліну, із залишенням нейронів відносно інтактними. Руйнування мієліну є універсальним механізмом реакції нервової тканини на пошкодження [2].

Найбільш поширене захворювання з усієї групи хвороб мієліну — розсіяний склероз (РС). РС — складне інвалідизуюче нейродегенеративне захворювання, що має стійку тенденцію до зростання поширеності та захворюваності, зокрема в Україні. Через багатоголишеве ураження довгих нервових провідників в ЦНС, воно часто супроводжується великою кількістю неврологічних симптомів. За Д. Куртцке — всього їх > 550. Ще Ж. М. Шарко та його учні (1879), виділили РС в окрему нозологічну форму, першими дали детальне описання клінічної картини й характерних рис РС: хронічний ремітуючий перебіг, вибіркова демієлінізація нервового волокна при відносному збереженні осьового циліндра, можливість клінічно стертих форм [1].

Характерні риси РС: значна варіабельність локалізації, кількості і розміру вогнищ в речовині головного і спинного мозку (“розсіяність в просторі”)DIS; значна кількість загострень, пролонгованість перебігу (“розсіяність в часі”)DIT; переважне ураження довгих провідників у ЦНС, що обумовлює велику кількість неврологічних симптомів [1].

Особливості перебігу РС: частіше — перебіг із великою кількістю загострень і ремісій, рідше — прогресивний, часта і швидка інвалідизація хворих; здебільшого хворіють молоді жінки (2/1-8/1); переважна вражаємість європейської раси; в основному хворіють “стресочутливі” люди; загострення, або дебют РС часто виникають після далеких міграцій, за 1 міс. до дати народження хворих.

Чинник ризику при РС “Ранимість” мієлінових оболонок (вроджене або набуте в результаті хронічних впливів порушення розвитку мієлінових оболонок нервів, що пояснює їх підвищену ранимість; ушкодження мієлінових

оболонок в результаті порушення кровопостачання й утворення згустків крові в дрібних венах ЦНС; запалення мієлінових оболонок).

Характерні симптомокомплекси при РС: синдром “клінічної дисоціації” різноманітні прояви невідповідності, “перекриття” між симптомами ураження різних провідників у ЦНС

- Наприклад — це симптом “колони”, коли в положенні лежачи тонус у м’язах ніг знижений, а у вертикальному положенні — підвищений і хода носить виражений спастичний характер.
- Часто має місце дисоціація “по вертикалі”, при якій поряд з амплітудою сухожилкових рефлексів, гомолатерально на ногах прояви спастичності (СП) вище, ніж на руках (найбільші — при нижньому парапарезі).
- Можливі механізми: вибіркового характеру ураження різних функціональних систем вогнищами демієлізації (ВД) (різний ступінь ураження, рівень, час).
- Синдром “гарячої ванни” — після 10 хв. перебування у ванні з t° 38 $^{\circ}$ C тимчасово поглиблюються симптоми, насамперед СП, слабкість у кінцівках, іноді з’являються нові симптоми.
- Можливі механізми: підвищена сприйнятливості аксона, що позбавлений мієлінової оболонки, до зовнішніх впливів; у частково демієлінованих провідниках t° може викликати блокаду проведення нервового імпульсу через вкорочення потенціалу дії.

Звичайна (та й спеціальна, за шкалою EDSS) оцінка неврологічного статусу, не завжди дає всебічне уявлення щодо окремих симптомів, які виникають у пацієнта з РС. До таких симптомів відноситься СП, що є однією з головних причин поглиблення інвалідизації, співставимою зі зменшенням м’язової сили і психоемоційними та мозочковими розладами.

СП — дуже поширений симптом у пацієнтів з РС. Вона турбує від 35 % до 86 % хворих, а до 90 % пацієнтів з проявами СП вказують, що цей симптом є самим тривалим серед інших впродовж всього терміну перебігу РС. Від 40 % до 70 % хворих пов’язують зі СП збільшення проявів, болю, втоми, а майже 80 % пацієнтів вважають її причиною значного або середнього ступня погіршення якості життя.

З точки зору нейрохімічних патомеханізмів, СП при РС є складним явищем, і корелює з багатьма нейромедіаторами, однак, при СП спінального походження, що найбільш часто зустрічається, має місце зниження гальмівних нейротрансмітерів — ГАМК і гліцину, а також ендогенних канабіноїдів і зниження чутливості канабіноїдних рецепторів (на ці механізми, зокрема, впливає і рефлексотерапія).

Болі при СП — 27–35 % — найбільше турбують хворих. СП при РС зростає паралельно зі збільшенням інтенсивності болю за шкалою VAS.

- Можливі механізми: змішаний характер болю — невропатичний + ноцицептивний; внаслідок демієлінації ураження кортико-мускулярних шляхів підвищується тонічний рефлекс розтягування, що в свою чергу призводить до надмірної роботи м’язів і виникнення механічного м’язового болю.

- Лікування медикаментозне: міорелаксанти, канабіоїди, габапентин, ботулотоксин.
- Лікування немедикаментозне: фізіотерапія (Boboath, Vojta, пропріоцептивне нейромускулярне полегшення), холодова терапія, гідротерапія, акупунктура (АП).

Повідомляється про відсутність СП у 6 % хворих РС, у 60 % вона була мінімальна або легко виражена, у 18 % — помірна, у 16 % — важка, з вираженим обмеженням повсякденної діяльності. Рівень сумарної СП у хворих на РС взаємозв'язаний з рівнем інвалідизації за EDSS. Серед функціональних систем, розлади яких найбільше пов'язані зі СП, чільні позиції займають пірамідна та тазова. Прояви СП при РС гірше реагують на терапію, в порівнянні з іншими захворюваннями ЦНС, по причині прогресування РС.

Також відомо, що м'язовий тонус при РС може модифікуватися ЦНС за рахунок вісцеральних впливів, які виникають при коморбідних захворюваннях, частота яких досить значна при РС, адже РС — це захворювання на ціле життя. Так, цукровий діабет та інші ураження підшлункової залози, згідно наших спостережень, достовірно підвищують рівень СП при РС [1].

Щодо питання адекватності лікування пацієнтів зі СП, то лише 78 % хворих на РС з важким ступенем вираженості СП охоплені медикаментозним лікуванням у достатній мірі, інші ж 22 % не мають якої-небудь постійної схеми лікування. По цій причині украй важливо робити додатково точну діагностику вираженості СП.

Для кількісної оцінки вираженості змін м'язового тонусу (МТ) доцільно застосовувати модифіковану шкалу Ешворта (Modified Ashwort Scale) [3; 4].

Modified Ashwort Scale (МТ вимірюється у групах м'язів екстензорів і флексорів з такою градацією): 0 балів — відсутність підвищення МТ; 1 бал — незначне підвищення МТ: напруга і розслаблення при мінімальному опорі в кінці руху, коли уражена частина (частини) здійснюють згинання або розгинання; 1+ бал — незначне підвищення МТ: напруга, за якою слідує мінімальний опір при здійсненні частини руху, що залишилася (менше половини); 2 бала — більш помітне збільшення МТ практично у всьому обсязі руху, але рух здійснюється легко; 3 бала — значне збільшення МТ, пасивні рухи утруднені; 4 бала — уражені частини ригідні при згинанні або розгинанні.

Зміни МТ виявлені нами у 74,8 % пацієнтів групи з наявністю супутніх захворювань (НСЗ) і у 71,6 % хворих групи без супутніх захворювань (БСЗ). У групі БСЗ частіше зустрічались хворі без змін МТ (28,4 % проти 25,2 %) і гіпотонією (29,4 % проти 18,7 %). Також в цій групі рідше спостерігалася дистонія м'язів. СП виявлена у 86 (39,8 %), 37 (33,9 %) — група БСЗ і 49 (45,8 %) — група НСЗ. Таким чином, хворі зі СП достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічались в групі НСЗ в порівнянні з групою БСЗ.

Інструментальні методи для оцінки СП при РС: нейрофізіологічні — найбільш чутливим ЕНМГ-індикатором ранніх ознак СП м'язів верхніх і нижніх кінцівок у пацієнтів з РС є зниження амплітуди М-відповіді. Нейровізуалізаційні (МРТ): розвиток СП залежить від наявності ВД у спинному мозку,

тоді як наявність у головному мозку кількості T2- ВД > 20 і T1- ВД > 5 є критерієм швидкості розвитку СП. Цінним прогностичним показником розвитку високого балу сумарної СП (> 12 балів) за методом відношення шансів може служити наявність > 7 ВД в перивентрикулярній зоні головного мозку.

Лікування СП при РС повинно бути комплексним (приклад медикаментозного лікування): препарати першої лінії: баклофен, тізанідін, підоболонково баклофен (EDSS >7).

- Баклофен по 30–75 мг на добу перорально;
- Спочатку (перші 3 дні) добова доза 5 мг(1/2 таб. по 10 мг) × 3 р. на добу; далі (3 дні) — по 1 таб. 10 мг × 3 р. на добу; потім (3 дні) — 1 ½ таблетки 10 мг 3 р. на добу; далі (3 дні) — по 2 таблетки 10 мг 3 р. на добу; макс. доза — 75 мг на добу;
- Тізанідін (сірдалуд) по 2 мг × 3 р. на добу перорально, оптимальна добова доза 12–24 мг, максимальна — 36 мг;

препарати другої лінії:

- Тіоколікозид (мускомед) в/м по 4 мг 1–2 р. на добу протягом 5 днів, далі (4 мг 1–2 р. на добу через місяць) перорально;
- Толперизон (мідокалм) 1–2 р. на добу в/м по 100 мг протягом 10 днів, далі (до 2 тиж – 1 міс) перорально (150–300 мг на добу);
- Габапентини, бензодіазепіни, канабіоїди, ботулотоксин;
- Немедикаментозні засоби: фізіотерапія, холодова терапія, гідротерапія, пропріоцептивне нейромукулярне полегшення, АП.

Особливо у разі значної вираженості СП ефективним може бути тільки комплексне лікування [2].

Програма реабілітації у хворих на РС повинна бути індивідуалізована, в залежності від стадії захворювання і рівня EDSS. Я рекомендую у програму реабілітації хворих на РС, особливо хворих зі СП, включати також методи рефлексотерапії (РТ).

Базовими методами РТ-лікування у хворих на РС є пов'язані з голковколанням класична голкорексотерапія (ГРТ) і скальпова акупунктура (СА). ГРТ поєднується з електроакупунктурою (ЕАП), термпунктурою (ТП) і лазеропунктурою (ЛП), а СА — з КВЧ-пунктурою і ЛП [2].

В комплексне РТ-лікування кожного пацієнта з РС включається не більше двох методів РТ, комбінуються методи ГРТ або СА з іншими методами РТ виходячи з міркувань клінічної доцільності, враховуючи дані наших досліджень щодо механізмів та особливостей впливу ГРТ, СА, ЕАП, КВЧ-пунктури, ЛП, ТП при різних симптомах РС та супутніми захворюваннями.

Висновок. В комплексному лікуванні хворих на розсіяний склероз, зокрема у пацієнтів з болями при спастичності, можуть бути успішно використані методи рефлексотерапії.

Джерела

1. *Чутрина Г. М.* Розсіяний склероз і цукровий діабет: коморбідність, спільні аспекти епідеміології, етіології та фактори ризику. *Ліки України.* 2015. № 5 (191). С. 9–14.

2. *Чуприна Г. М.* Розсіяний склероз: клініко-патогенетичні характеристики та терапевтичні підходи з урахуванням коморбідності: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. Київ, 2017. 38 с.
3. *Ashworth B.* (1964) Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis. *Practitioner*, 192, 540–542.
4. *Bohannon R. W., Smith M. B.* Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. *PHYSICAL THERAPY*. Vol. 67. Number 2. February. P. 206–207.

Наталія СВИРИДОВА

д-р. мед. наук, проф.,

*в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

**ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ
В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦЕСТИТУ
З ВІСЦЕРО-РЕФЛЕКТОРНОЮ ЦЕФАЛГІЄЮ**

Анотація: в роботі представлено клінічний випадок використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хронічного холециститу з вісцеро-рефлекторним головним болем, описано метод “балансування гексаграм”, показано, що застосування цього методу в комплексі лікувальних заходів було ефективним у даному випадку.

Ключові слова: хронічний холецистит, вісцеро-рефлекторний головний біль, рефлексотерапія, метод “балансування гексаграм”.

Вступ. Рефлексотерапія (РТ) вже давно використовується не тільки у разі захворювань з больовим синдромом, а й при різних психосоматичних розладах [2; 4; 5]. Нижче ми хочемо навести клінічний випадок, де був використаний комплексний підхід до лікування хворої з хронічним холециститом із вісцеро-рефлекторним головним болем (ГБ) із застосуванням методів

РТ, зокрема методу “балансування гексаграм” (ГГ). Сучасні дослідження реально показали, що методи РТ ефективні в комплексному лікуванні багатьох розладів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), включаючи гастралгії, хронічний холецистит, гастроптоз, гастрит, пептичну виразкову хворобу та ін. РТ ефективна при всіх захворюваннях ШКТ, адже він іннервується переважно вегетативною нервовою системою, але насамперед тоді, коли є психоемоційний компонент (стрес) в його етіології [1].

Виклад основного матеріалу. Основна задача методу “балансування ГГ” — це зміна стану “ураженого” меридіану акупунктури (МА) і відповідної йому “ураженої ГГ” до енергетичного стану “сприятливої” ГГ, і, таким чином, позитивна зміна ЧИ “ураженого” МА, відповідного йому органу і ЧИ всього організму. Головні теоретичні засади методу “балансування ГГ”) [3]: із “повного комплекту” — 64-х ГГ І Цзину, на основі багатогранного аналізу ГГ, вибирається, по цьому методу 20 ГГ. Перше, що слід по цьому методу зробити, це на основі методів акупунктурної (АП) діагностики знайти “уражений” МА. Потім потрібно підібрати, відповідно до нього, “уражену” ГГ. І вже далі, з 20 можливих варіантів, вибрати “сприятливу” ГГ. На що слід звертати увагу при виборі “сприятливої” ГГ: на відповідність клінічних симптомів хворого і використаних рисок “ураженої” ГГ; наявність швидкого чи відстроченого клінічного позитивного ефекту після використання “сприятливої” ГГ; відповідність “сприятливої” ГГ сезону АП; результати аналізу “сприятливої” ГГ (верхньої і нижньої її триграм (ТГ) у відповідності до уявлень про теорії У-сін, Ін-Ян, розташування ТГ, функції ТГ; результати аналізу “ураженої” ГГ [2]. Потім потрібно провести процедуру АП по методу “балансування ГГ” (рис. 2).

Особливості клінічного застосування методу “балансування ГГ” — хочемо звернути вашу увагу на те, що він призначений для посилення ефекту від використання інших методів АП. Тому, АП по цьому методу застосовується не часто. Загальна кількість процедур по ньому — 1 сеанс на тиждень АП — лікування. Якщо ж говорити про абсолютну кількість процедур по цьому методу, то ми у своїй практиці проводили їх від 1 до 4, в залежності від загальної тривалості курсу АП-лікування. Треба використати в повній мірі можливості загальної дії “сприятливої” ГГ. Бажано домогтися, щоб “образ” і “символ” “сприятливої” ГГ відповідав тому функціональному стану, що відбуватиметься з пацієнтом у процесі лікування [3].

Пацієнтка — жінка, що скаржиться на гіркоту в роті (хронічний холецистит внаслідок надмірності Шао Ян), тупі ниючі хронічні болі в скронях, що посилюються при зростанні інтенсивності гіркоти в роті і при стресах, звернулася на кафедру неврології і РТ восени 2018 р. Визначаємо ураження жовчного міхура і відповідного йому МА. ТГ, що відповідає жовчному міхуру і МА жовчного міхура — Цянь. При подвоєнні ТГ Цянь отримуємо ГГ Цянь, що відповідає органу жовчний міхур і його МА. Таким чином, “ураженою ГГ”, яку нам по цьому методу потрібно знайти, є Цянь (рис. 1).

Діагноз клінічний: хронічний холецистит; вісцеро-рефлекторний ГБ.

6	VB34	V40
5	VB38	V60
4	VB40	V64
3	VB41	V65
2	VB43	V66
1	VB44	V67

Рис. 1. Відповідність в ТКМ рисок “ураженої” ГГ Цянь точкам АП меридіанів сечового міхура і жовчного міхура

VB34
VB38
VB40 ✘
VB41 ✘
VB43
VB44

Рис. 2. ТА для впливу. Обираємо для АП впливу ТА, що відповідають “протилежним” (на “ураженій” ГГ по відношенню до “сприятливої” ГГ) – 2, 3, 4 рискам

АП–діагноз: ознаки ураження меридіану жовчного міхура, дефіцит ІНЬ “печінки” і гіперактивний підйом ЧИ вгору.

Обираємо “сприятливу” ГГ для цього стану: нею є Чжун Фу, ГГ І цзину № 61. Оцінюючи позитивно ГГ № 61 Чжун Фу слід зауважити, що “уражена ГГ” Цянь відповідає Металу, як і обидві її триграми Цянь, а уражений АП-канал – VB – відповідає Дереву. Верхня ТГ ГГ Чжун Фу-Сюнь відповідає Дереву, а нижня її ТГ – Дуй – відповідає Металу. Тобто, Дерево лікує Дерево, а Метал контролює Дерево. Крім того, ГГ № 61 Чжун фу найбільш ефективно використовувати з лікувальною метою доцільно саме восени і взимку.

АП-рецепт для даного випадку: пацієнтка жінка, тому вколюємо ТА VB-41, 40 з правого боку (рис. 2), бо симптоми її генералізовані (гіркота в роті, ГВ у скронях з двох сторін. З лівого боку вколюємо ТА F- 3, 4 (спарений канал, що посилює ефект від лікування, ТА для впливу – аналогічні номеру рисок “ураженої” ГГ).

Висновки. 1. Пацієнти з хронічним холециститом і вісцеро-рефлекторними ГБ зустрічаються у практичній діяльності лікаря-рефлексотерапевта і методи РТ ефективні насамперед при дії психогенних чинників, що стимулюють цю проблему.

2. В комплексі лікувальних заходів хронічному холециститі із вісцеро-рефлекторними ГБ “ефективним є застосування методу АП “балансування ГГ”.

Джерела

1. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
2. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. Т. 4. 220 с.
3. Чуприна Г., Свиридова Н., Ханенко Н., Серета В. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні синдрому професійного вигорання. Збірн. матеріалів

всеукр. наук.- практ. конф., присв. 105-й річниці від дня народж. В. Сухомлинського “Захист психічного здоров’я учасників освітнього процесу в умовах війни та повоєнного часу”. Кропивницький, 5 травня 2023 р. С. 301–304.

4. Chinese acupuncture and moxibustion. Shanghai: Publishing house of Shanghai University of TCM, 2002. 371 p.
5. Current research in acupuncture / Y. Xia [et al.]; eds. Y. Xia, G. Ding, G-C. Wu. New York : Springer science + Business media, 2013. 731 p.

Наталія СВИРИДОВА

д-р. мед. наук, проф.,

*в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ПАРОКСОЗМАЛЬНОЇ ГЕМІКРАНІЇ

Анотація: в роботі представлено клінічний випадок використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хворої з пароксозмальною гемікранією, описано метод “балансування гексаграм”, показано, що застосування цього методу в комплексі лікувальних заходів було ефективним у даному випадку.

Ключові слова: пароксозмальна гемікранія, рефлексотерапія, метод “балансування гексаграм”.

Вступ. Рефлексотерапія (РТ) вже давно використовується не тільки у разі захворювань з больовим синдромом (БС), де найкраще проявляють себе протибольові патогенетичні механізми її дії, а й при різних психосоматичних розладах [1; 2; 6]. Нижче ми хочемо навести клінічний випадок, де був використаний комплексний підхід до лікування хворої з больовим синдромом із застосуванням методів РТ, зокрема методу “балансування гексаграм” (ГГ). Методи РТ ефективні саме при наявності БС завдяки своїм потужним

протибольовим властивостям: при впливі РТ відбувається гальмування аферентних больових імпульсів за рахунок блокування Na каналів, гальмування входу йонів Ca²⁺ в клітину, зниження активності глутамату і його рецептору (NDMA) і зменшення болю; зростає кількість ГАМК у цереброспінальній рідині і відбувається активація її рецептору [1; 2; 6].

Виклад основного матеріалу. Основна задача методу “балансування ГГ” — це зміна стану “ураженого” меридіану акупунктури (МА) і відповідної йому “ураженої ГГ” до енергетичного стану “сприятливої” ГГ, і, таким чином, позитивна зміна ЧИ “ураженого” МА, відповідного йому органу і ЧИ всього організму. Головні теоретичні засади методу “балансування ГГ”) [3–5]: із “повного комплекту” — 64-х ГГ І Цзину, а саме №7 Ши (Військо), № 8 Бі (Вірність), № 9 Сяо (Вітер), № 11 Тай (Щастя), № 13 Тун жен (Компаньони), №14 Да ю (Володіння великим), № 18 Гу (Порча), № 19 Лінь (Наближення), № 24 Фу (Повернення), № 26 Да чу (Виховання великим), № 31 Сянь (Взаємодія), № 32 Хен (Сталість), № 34 Да Чжуан (Велика сила), № 37 Цзя жень (Сім’я), № 40 Цзе (Розв’язування), № 42 І (Збільшення), № 50 Дін (Котел), № 55 Фен (Процвітання), № 61 Чжун фу (Серединна щирість), № 63 Цзи цзи (Вже кінець) на основі багатогранного аналізу ГГ, вибирається 20 ГГ. Перше, що слід по цьому методу зробити, це на основі методів акупунктурної (АП) діагностики знайти “уражений” МА. Потім потрібно підібрати, відповідно до нього, “уражену” ГГ. І вже далі, з 20 можливих варіантів, вибрати “сприятливу” ГГ. На що слід звертати увагу при виборі “сприятливої” ГГ: на відповідність клінічних симптомів хворого і використаних рисок “ураженої” ГГ; наявність швидкого чи відстроченого клінічного позитивного ефекту після використання “сприятливої” ГГ; відповідність “сприятливої” ГГ сезону АП; результати аналізу “сприятливої” ГГ (верхньої і нижньої її триграм (ТГ) у відповідності до уявлень про теорії У-сін, Ін-Ян, розташування ТГ, функції ТГ; результати аналізу “ураженої” ГГ [3–5]. Потім потрібно провести процедуру АП по методу “балансування ГГ” (рис. 2).

Ми найчастіше використовуємо у якості “сприятливих” у своїй практиці такі ГГ: № 11 Тай (Щастя), № 13 Тун жен (Компаньони), № 18 Гу (Порча), № 19 Лінь (Наближення), №26 Да чу (Виховання великим), № 31 Сянь (Взаємодія), № 32 Хен (Сталість), № 34 Да Чжуан (Велика сила), № 40 Цзе (Розв’язування), № 50 Дін (Котел), № 55 Фен (Процвітання), № 61 Чжун фу (Серединна щирість) [2–4].

Особливості клінічного застосування методу “балансування ГГ” — хочемо звернути вашу увагу на те, що він призначений для посилення ефекту від використання інших методів АП. Тому, АП по цьому методу застосовується не часто. Загальна кількість процедур по ньому — 1 сеанс на тиждень АП — лікування. Якщо ж говорити про абсолютну кількість процедур по цьому методу, то ми у своїй практиці проводили їх від 1 до 4, в залежності від загальної тривалості курсу АП-лікування. Треба використати в повній мірі можливості загальної дії “сприятливої” ГГ. Бажано домогтися, щоб “образ” і “символ” “сприятливої” ГГ відповідав тому функціональному стану, що відбуватиметься з пацієнтом у процесі лікування [3–5].

Пацієнтка В., 28 р., звернулася на кафедру неврології і РТ у січні 2018 р. зі скаргами на напади пекучого болю у ділянці правого ока і орбіти. Напади виникають у середньому — по 5–6 разів на добу, іноді вночі, частіше — при хмарній погоді. Тривалість нападів — біля 25 хв. Напади супроводжуються сльозотечею, почервонінням правого ока, іноді — гіперемією правої половини обличчя. В анамнезі — закрита черепно-мозкова травма.

Хворіє біля 3-х років, перші 2 роки захворювання мало чіткий сезонний характер (осінь-зима), в останній рік болі відмічались і навесні та влітку, хоча їх інтенсивність в цей період була меншою. Чіткої серійності напади не мали (це говорить проти “чистої” кластерної цефалгії, підкреслюючи вісцероренність головного болю).

У неврологічному статусі: асиметрія очних щілин ($D < S$), чутливість на обличчі не порушена, легка болючість при пальпації у супраорбітальної точці трійчастого нерва справа (по краю надбрівної дуги).

Після дообстеження: УЗДГ — венозний відтік злегка утруднений, більше у вертебро-базиллярному басейні справа. УЗД органів черевної порожнини: хронічний холецистит, нефроптоз праворуч. Клінічні аналізи крові, сечі, дані МРТ, ЕЕГ-картування, ЕКГ — в межах норми. Дані дослідження болю по ВАШ — 7 балів.

Діагноз клінічний: хронічна пароксизмальна гемікранія справа, середньо важкий перебіг; хр. холецистит, нефроптоз. Лікування (комплексне): індометацин по 25 мг × 3 р. на добу, АП (у т. ч. методом “балансування ГГ”, лазерна АП.

АП-діагноз: цефалгія внаслідок дефіциту печінкового ІНЬ (основний).

Язик був пурпуровий, з червоними плямами, кінчик язика червоний, його краї теж, нальоту на язиці не було, спостерігався струнний і шорсткий пульс.

Пульс був максимальним у ІІ позиції (глибокій) зліва і мінімальним у ІІ позиції (також глибокій) справа, тобто за механізмом “надмірного” контролю з боку печінки на селезінку. Отож, додатковий (синдромальний) АП-діагноз був: “надмірний” контроль з боку діда на онука (внаслідок дефіциту ІНЬ печінки і гіперактивності її ЯН, і через це — вплив її на селезінку).

Значить, “ураженим МА” є меридіан печінки, а “ураженою” ГГ є Кунь, що відповідає елементу Земля-ІНЬ (рис. 1).

Обираємо “сприятливу” ГГ для цього стану: нею є Сянь, ГГ І цзину № 31. Загальне значення ГГ № 31 Сянь (взаємодія) в ТКМ: “Озеро з Горою взаємодіють”. Образ: змішаний вплив гір і води. Символ: гранична щирість впливає навіть на Бога. Сильне прагнення. Місце трансформації. Відчуття руху духа всередині. Об’єднувати те, що належить один одному. Античне Ву контактує з Шень у цій ГГ. Серцеве Шень наповнене й рухається з духом. Уникайте впливу інших. Небесне і Земне у гармонії. Відчувати, як Дао рухається всередині вас. Прийміть ІНЬ: будьте відкриті для отримання й наслідування. Хтось допоможе тобі на шляху, той кого ти ніколи не вважав важливим. Енергетичні системи здоров’я повинні бути ефективними. Місце Цзянь ЧИ. Місце, де сонце починає свій рух кожного дня.



Рис. 1. Відповідність в ТКМ рисок “ураженої” ГГ Кунь точкам АП меридіанів печінки і нирок

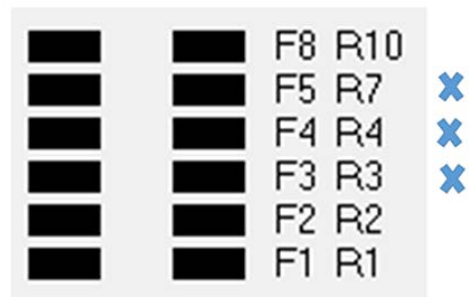


Рис. 2. ТА для впливу. Обираємо для АП впливу ТА, що відповідають “протилежним” (на “ураженій” ГГ по відношенню до “сприятливої” ГГ) – 3, 4, 5 рискам

Медичне значення: 1) прогностичне: інфекційні захворювання; зовнішні причини захворювань; недуги венеричного походження; сексуальні ексцеси; внутрішній Жар і зовнішній Холод; вроджені захворювання; 2) показання для АП лікування: заразні захворювання; статеві ексцеси; біль внизу живота; внутрішній Жар і зовнішній Холод; дефіцит ІНЬ; важкість у кінцівках; головний біль; застій їжі; ураження печінки; вологий Жар у нижньому обігрівачі; комплексне лікування захворювань (медикаментозне + АП).

Оцінюючи ГГ № 31 Сянь позитивно слід зауважити, що ми, насамперед, обрали її для використання по методу “балансування ГГ” у разі комплексного підходу до лікування хворої. Верхня ТГ ГГ Сянь-Дуй відповідає “Металу”, а нижня її ТГ – Гень – відповідає “Землі” (“Метал” і “Земля” – це “мати” й “син” по У-Сін, і сильна стимуляція “Металу” пригнічує “Землю”, що й потрібно). Також, ТА, що ми використали для впливу АП, відповідають симптомам хворої, й найбільш ефективним часом використання цієї ГГ з лікувальною метою є саме січень місяць.

АП-рецепт для даного випадку: пацієнтка має проблеми справа (цефалгії у неї справа), тому включаємо ТА F-3, 4, 5 з лівого боку; з правого боку включаємо ТА VB- 41, 40, 38 (спарений канал, що посилює лікування, ТА для впливу – аналогічні номеру рисок “ураженої” ГГ. Процедуру АП по методу “Балансування ГГ” (рис. 2) провели 3 рази під час курсу лікування, що тривав 15 сеансів. Також використовували “нозологічну” АП-рецептуру, зокрема такі ТА: VB-20, T-20, PC-1, GI-4, TR-5, MC-7, C-7, RP -6, AP – 34, 35, 36, 96, 97, 100.

Висновки. 1. Пацієнти з пароксизмальною гемікранією зустрічаються у практичній діяльності лікаря-рефлексотерапевта і методи РТ ефективні насамперед при дії психогенних чинників, що стимулюють цю проблему.

2. В комплексі лікувальних заходів при пароксизмальній гемікранії ефективним є застосування методу АП “балансування ГГ”.

Джерела

1. Вибрані питання застосування методів рефлексотерапії у лікуванні больових синдромів / [Свиридова Н. К., Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П. та ін.]; посібник

для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. 202 с.

2. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. Т. 4. 220 с.
3. Чуприна Г., Свиридова Н., Ханенко Н., Серета В. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні синдрому професійного вигорання. Збірн. матеріалів всеукр. наук.-практ. конф., присв. 105-й річниці від дня народж. В. Сухомлинського “Захист психічного здоров'я учасників освітнього процесу в умовах війни та повоєнного часу”. Кропивницький, 5 травня 2023 р., С. 301–304.
4. Чуприна Г. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні захворювань нервової системи з больовим синдромом. Abstracts of XXVII International Scientific and Practical Conference “Current, modern and new ways of improving scientific solutions” (Florence, Italy, July 10–12, 2023), P. 78–79.
5. Чуприна Г., Свиридова Н., Ханенко Н., Серета В., Сулік Р. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хронічного холециститу з цефалгічним синдромом. Proceedings of the XXVII International Scientific and Practical Conference “Trends of young scientists regarding the development of science” (Edmonton, Canada July 11–14, 2023), P. 112–113.
6. Current research in acupuncture / Y. Xia [et al.]; eds. Y. Xia, G. Ding, G-C. Wu. New York : Springer science + Business media, 2013. 731 p.

Наталія СВИРИДОВА

д-р. мед. наук, проф.,

*в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін

Міжрегіональної Академії управління персоналом

Віталій СЕРЕТА

канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін

Міжрегіональної Академії управління персоналом

Інна СІНЬКО

лікар-невропатолог поліклініки ККЛ ЗТ № 3 філії “ЦОЗ” АТ “Укрзалізниця”

ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕВРОПАТІЇ ЛИЦЕВОГО НЕРВА З УПОВІЛЬНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ

Анотація: в роботі представлено клінічний випадок використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хворого з невропатією лицевого нерва,

описано метод “балансування гексаграм”, показано, що застосування цього методу в комплексі лікувальних заходів було ефективним у даному випадку.

Ключові слова: невропатія лицевого нерва, рефлексотерапія, метод “балансування гексаграм”.

Вступ. Давно відоме ефективне застосування рефлексотерапії (РТ) у разі уповільненого відновлення функцій лицевого нерва при його невропатії [1]. Нижче ми хочемо навести клінічний випадок, де був використаний комплексний підхід до лікування хворого з невропатією лицевого нерва (НЛН) із застосуванням методів РТ, зокрема методу “балансування гексаграм” (ГГ).

Виклад основного матеріалу. Основна задача методу “балансування ГГ” в традиційній китайській медицині (ТКМ) — це зміна стану “ураженого” меридіану акупунктури (МА) і відповідної йому “ураженої ГГ” до енергетичного стану “сприятливої” ГГ, і, таким чином, позитивна зміна ЧИ “ураженого” МА, відповідного йому органу і ЧИ всього організму. Головні теоретичні засади методу “балансування ГГ”) [2]: із “повного комплекту” — 64-х ГГ І Цзину, на основі багатогранного аналізу ГГ, вибирається, по цьому методу 20 ГГ, а саме: № 7 Ши (Військо), № 8 Бі (Вірність), № 9 Сяо (Вітер), № 11 Тай (Щастя), № 13 Тун жен (Компаньони), № 14 Да ю (Володіння великим), № 18 Гу (Порча), № 19 Лінь (Наближення), № 24 Фу (Повернення), № 26 Да чу (Виховання великим), № 31 Сянь (Взаємодія), № 32 Хен (Сталість), № 34 Да Чжуан (Велика сила), № 37 Цзя жень (Сім’я), № 40 Цзе (Розв’язування), № 42 І (Збільшення), № 50 Дін (Котел), № 55 Фен (Процвітання), № 61 Чжун фу (Серединна щирість), № 63 Цзи цзи (Вже кінець) [2; 3].

Перше, що слід зробити, це на основі методів акупунктурної (АП) діагностики знайти “уражений” МА [2; 3]. Потім потрібно підібрати, відповідно до нього, “уражену” ГГ. І вже далі, з 20 можливих варіантів, вибрати “сприятливу” ГГ. На що слід звертати увагу при виборі “сприятливої” ГГ: на відповідність клінічних симптомів хворого і використаних рисок “ураженої” ГГ; наявність швидкого чи відстроченого клінічного позитивного ефекту після використання “сприятливої” ГГ; відповідність “сприятливої” ГГ сезону АП; результати аналізу “сприятливої” ГГ (верхньої і нижньої її триграм (ТГ) у відповідності до уявлень про теорії У-Сін, ІНЬ-ЯН, розташування ТГ, функції ТГ; результати аналізу “ураженої” ГГ. Потім потрібно провести процедуру АП по методу “балансування ГГ” (див. рис. 3).

Ми найчастіше, використовуємо у своїй практиці у якості “сприятливих” такі ГГ: № 11 Тай (Щастя), № 13 Тун жен (Компаньони), № 18 Гу (Порча), № 19 Лінь (Наближення), № 32 Хен (Сталість), № 34 Да Чжуан (велика сила) [2; 3].

Особливості клінічного застосування методу “балансування ГГ” — хочемо звернути вашу увагу на те, що він призначений для посилення ефекту від використання інших методів АП. Тому, АП по цьому методу застосовується не часто. Загальна кількість процедур по ньому — 1 сеанс на тиждень АП — лікування. Якщо ж говорити про абсолютну кількість процедур по цьому методу, то ми у своїй практиці проводили їх від 1 до 4, в залежності від загальної тривалості курсу АП-лікування. Треба використати в повній мірі

можливості загальної дії “сприятливої” ГГ. Бажано домогтися, щоб “образ” і “символ” “сприятливої” ГГ відповідав тому функціональному стану, що відбуватиметься з пацієнтом у процесі лікування [2; 3].

Хворий Б., 45 р. звернувся на кафедру неврології і рефлексотерапії восени 2015 р., (пройшовши базове медикаментозне і фізіотерапевтичне лікування навесні цього року в ККЛ ЗТ № 3 філії “ЦОЗ” АТ “Укрзалізниця”) зі скаргами на: перекіс обличчя, що виник внаслідок перенесеної НЛН ліворуч (була у нього цієї весни, після того, як він тривалий час перебував на протязі — він водій і сидів так, що вітер дув йому у лівий бік обличчя, шию з відкритого вікна автомобіля), і залишковими слабкістю, і водночас, спазмом м’язів з лівого боку. Залишились зліва слабкість: м’язів підборіддя (1 риска ГГ), м’язів верхньої губи (3 риска ГГ), виличних м’язів (4 риска ГГ), м’язів, що оточують око (5 риска ГГ) (рис. 1), і разом з тим, виник їх спазм.

Діагноз клінічний: стан після перенесеної НЛН ліворуч з помірно вираженим лівобічним спазмопарезом м’язів, уповільненням відновлення їх функції.

Через те, що з моменту гострої НЛН пройшло вже багато часу, а функція м’язів так повністю й не відновилася, ми вирішили використати у складі комплексного АП — лікування метод “балансування ГГ”.

Загальне значення ГГ № 34 Да Чжуан в ТКМ: “Грім” проявляє “Неба” велику силу. Образ: баран, що бадає тин. Символ: викривлення на початку і плавність у кінці. Наближати. Слухати поради. Повнота життєдіяльності. Велике підбадьорення. Наполегливо досягати успіху. Час рухатися вперед. Уникайте емоційних надмірностей, прагніть до балансу. Скеруйте свою енергію у сприятливому напрямку. Могутня ГГ: сфокусуйте свою енергію з відчуттям Чи, для отримання сприятливого результату. Медичне значення: 1) прогностичне: украй агресивні захворювання; захворювання з потужною лихоманкою; надмірність печінки; 2) показання для АП лікування: важкі головні болі; м’язові спазми; застій рідини в нижньому обігрівачі; Вітер печінки піднімається до серця; патогенна ЧИ піднімається до голови; закреп;

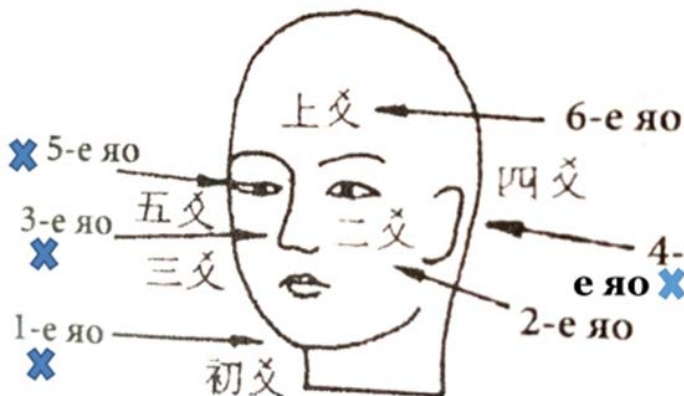


Рис. 1. Зв’язок клінічних симптомів хворого з розташуванням рисок ГГ (чоло — 6 риска (яо), очна щілина — 5 яо, вилиця — 4 яо, верхня губа — 3 яо, нижня губа — 2 яо, підборіддя — 1 яо)

застій ЧИ і їжі в середньому обігрівачі; захворювання обумовлені переїданням і надмірним вживанням спиртного; ураження нігтів; захворювання, пов'язані з надмірністю.

Парез – відповідає в ТКМ ураженню каналу шлунка. ГГ, що пов'язана з ним – Кань, (“уражена” ГГ– Кань) (рис. 2).

Обираємо “сприятливу” ГГ для цього стану: нею є Да Чжуан, ГГ І цзину № 34. Оцінюючи ГГ № 34 Да Чжуан позитивно слід зауважити, що “уражена ГГ” Кань відповідає “Землі”, як і обидві її триграми (ТГ) Кань, і уражений АП-канал – шлунка – відповідають “Землі”, ну а ми знаємо, якою потужною енергією володіє те, що належить “Землі”. Верхня ТГ ГГ Да Чжуан - Чжень відповідає “Дереву”, а нижня її ТГ – Цянь – відповідає “Металу” (у нас клінічна ситуація – зворотній контроль “Землі над “Деревом”, і є доцільність посилити “Дерево” (функціональна ТГ). Тобто, “Земля” лікує “Землю”, а “Метал” є “сином” “Землі”, що важливо при лікуванні “надмірності” (спазмопарез, це, більше “надмірність” з боку ТКМ). Також, ТА, що ми використали для впливу АП, відповідають симптомам хворого і доцільно використовувати цю ГГ з лікувальною метою слід саме восени.

АП-рецепт для даного випадку: пацієнт має проблеми зліва (ураження м'язів, спазмопарез), тому включаємо точки акупунктури E-45, 43, 42, 41 з правого боку; з лівого боку включаємо точки акупунктури RP- 1, 3, 4, 5 (спарений МА, що посилює лікування, точки для впливу – аналогічні номеру рисок “ураженої” ГГ. (рис. 3)

Процедуру АП по методу “Балансування ГГ” провели 3 рази під час курсу лікування, що тривав 15 сеансів. Також використовували “нозологічну” АП-рецептуру, зокрема такі точки: TR 17, VB 20, VB 1, VB 2, VB 3, VB 34, E2, E 3, E 4, E 7, E 6, E 36, E 40, GI 4, MC 6, GI 20, TR 23, TR 5, V 1, PC 6, F 3, R 1, R 3, RP 4, AP 8 , AP 11, AP 34.

Катамнез: після курсу лікування з використання методів АП має місце відновлення функцій ММ зліва на 90 % (що підтверджується даними електронейроміографії).

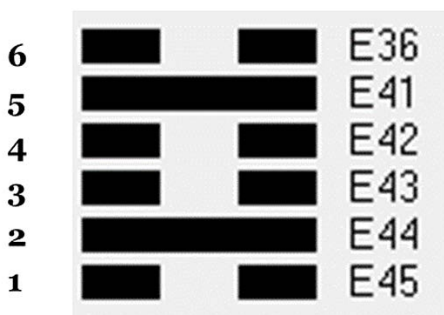


Рис. 2. Відповідність в ТКМ рисок “ураженої” ГГ Кань точкам АП меридіана шлунка

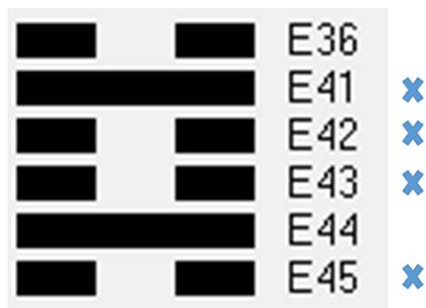


Рис. 3. Точки для впливу. Обираємо для впливу точки, що відповідають “протилежним” (по відношенню до “сприятливої”) – 1,3,4,5 рискам “ураженої” ГГ

Висновки. 1. Невропатія лицевого нерва з уповільненням відновлення функцій зустрічається у практичній діяльності лікаря-невролога і лікаря-рефлексотерапевта.

2. В комплексі лікувальних заходів при невропатії лицевого нерва з затяжним перебігом ефективним є застосування методу АП “балансування ГГ”.

Джерела

1. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
2. Чуприна Г., Свиридова Н., Ханенко Н., Середа В. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні синдрому професійного вигорання. Збірн. матеріалів всеукр. наук.-практ. конф., присв. 105-й річниці від дня народж. В. Сухомлинського “Захист психічного здоров’я учасників освітнього процесу в умовах війни та повоєнного часу”. Кропивницький, 5 травня 2023 р. С. 301–304.
3. Чуприна Г. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні захворювань нервової системи з больовим синдромом. Abstracts of XXVII International Scientific and Practical Conference “Current, modern and new ways of improving scientific solutions” (Florence, Italy, July 10–12, 2023), P. 78–79.

Наталія СВИРИДОВА

д-р. мед. наук, проф.,

*в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Інна СІНЬКО

лікар-невропатолог поліклініки ККЛ ЗТ № 3 філії “ЦОЗ” АТ “Укрзалізниця”

ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ З ПСИХОЕМОЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Анотація: в роботі представлено клінічні випадки використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хворих з цукровим діабетом з психо-

емоційними порушеннями. Показано, що використання рефлексотерапії в комплексі лікувальних заходів було ефективним у цих випадках.

Ключові слова: цукровий діабет, психоемоційні порушення, рефлексотерапія.

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) розвивається в результаті взаємодії різних генетичних механізмів і неспецифічних чинників зовнішнього середовища. Існує точка зору, що психічне напруження (гостре і хронічне) може приводити до розвитку ЦД в результаті перенапруження кіркових процесів, розгальмовування підкіркових гіпоталамічних центрів, що веде до порушення нервово-гормональної регуляції. Інший можливий механізм – підвищення тонуусу гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що виникає при гострих психічних травмах, емоційних перенапруженнях (переляк, потрясіння). Цей механізм зв'язаний з маніфестацією ЦД у молодих людей.

Таким чином, стресова ситуація, що викликає підвищення рівня глюкози в крові, може стати причиною порушення вуглеводного метаболізму, що, свою чергу, веде до розвитку ЦД. Всі складові стресу (тривале напруження, депресія, страх) можуть порушити нормальний контроль ЦД, що зв'язане з резистентністю до інсуліну, порушенням дієти, нерегулярними ін'єкціями інсуліну або прийомом таблетованих гіпоглікемічних препаратів. Експериментальні дані підтверджують, що викликані в організмі людини зсуви у вигляді комплексу гормональних, метаболічних і імунологічних порушень, є своєрідним метаболічним стресом, що здатен активувати гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову систему і “запустити” процес подразнення емоційних зон гіпоталамуса, що, у свою чергу, викликає стійке порушення вуглеводного і ліпідного обмінів.

Виклад основного матеріалу. Рефлексотерапія (РТ) вже давно використовується в комплексному лікуванні ЦД [1–3]. В традиційній китайській медицині (ТКМ) ЦД – це “Вогонь” (збудження ЯН і дефіцит ІНЬ) селезінки-підшлункової залози. Виділяють три типи ЦД в ТКМ [1–3] (верхній, середній і нижній) (рис. 1):

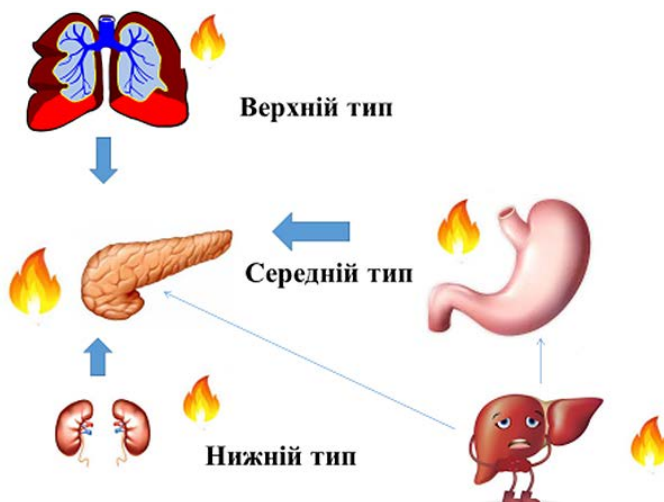


Рис. 1. Типи ЦД в ТКМ

Клінічні прояви ТКМ при ЦД — додаткові до тих, які відомі всім лікарям.

• Верхній тип — “Вогонь”(дефіцит ІНЬ, тобто трофічних впливів) верхнього обігрівача (легень) вражає селезінку: (клінічні прояви) спрага, полідипсія, сухість рота і язика, поліурія, червоний кінчик і краї язика, жовтий і тонкий наліт, часто з тріщинами, швидкий і повний пульс; базовий акупунктурний (АП)-рецепт: BL 17, BL 13, BL 20, BL 23, ST 36, SP 6, 4, 9; додаткове АП-лікування: BL15, LU 9, LI 10, LU 7, LU 5, HT 8, PC 8, CV 17.

• Середній тип — “Вогонь” середнього обігрівача (шлунка і печінки) вражає селезінку: (клінічні прояви) поліфагія, печія, занепокоєння або лихоманка, профузна пітливість, схуднення (особливо ніг), виснадження, закріп, жовтий і сухий наліт язика, швидкий і слизький пульс; додаткове АП-лікування: BL 21, ST 44, ST 21, 22, 37, 39, LR 2, 3.

• Нижній тип — “Вогонь” нижнього обігрівача (нирок) вражає селезінку: (клінічні прояви) каламутна сеча, спрага і полідипсія, головокружіння, погіршення зору, червоні щоки, депресія, болі в попереку і слабкість в колінах, сухість шкіри, загальний свербіж, червоний язик, тонкий і частий пульс; додаткове АП-лікування: BL 18, KI 3,6,7, LR 2, 3, CV 4, GV 4.

Ми хочемо запропонувати вашій увазі 2 клінічних випадки щодо хворих з ЦД, де у комплексі лікувальних заходів була використана РТ.

Клінічний випадок 1: пацієнт С., 62 роки, мешканець Київської обл., бувший міліціонер, зловживав спиртним. Звернувся зі скаргами на “важкість і розпирання у епігастрії” — за його словами “шлунок зупинився”, слабкість мимічної мускулатури з обох боків, погіршення пам’яті, збудження.

Діагноз клінічний: церебральний атеросклероз, артеріальна гіпертензія (АГ) II ст. ЦД II типу, ст. декомпенсації (про те, що у нього ЦД хворий не підозрював), діабетичний гастропарез. Диплегія обох лицевих нервів, діабетична полінейропатія (ДПН), помірні когнітивні порушення.

Діагноз АП: “Вогонь”(дефіцит ІНЬ) середнього обігрівача (шлунка) вражає селезінку. Гіперактивність “ЯН” печінки. Болючі точки акупунктури (ТА): CV 17, 12, SP 6, ST 36, 40, 44. По Накатані (рис. 2) — різка гіперактивність печінки і шлунка, гіпофункція селезінки-підшлункової залози (не перший подібний випадок у разі ЦД). АП-корекція (крім ТА на обличчі): GV 20, CV 17, 12, SP 6, ST 21, 22, 25, 36, 40, 44, PC 6, LI 15, 10,11,4, LR 2, 3, 5,14, KI 1,3,6, GB 34, 39, 41 зона шлунка, печінки і жовчного міхура скальпової АП.

Клінічний випадок 2: пацієнтка К., 68 р., мешканка Київської області. Травматична ампутація великого пальця руки спричинила диплегію обох лицевих нервів.

Діагноз клінічний: церебральний атеросклероз, АГ II ст. ЦД II типу, ст. субкомпенсації. Травматична ампутація великого пальця руки. Диплегія обох лицевих нервів (як варіант ДПН).

Діагноз АП: — “Вогонь”(дефіцит ІНЬ) верхнього обігрівача (легень) вражає селезінку. Різко болючі ТА LI 10 з обох боків.

По Накатані — майже все в межах “фізіологічного коридору”. Було описано як “Феномен несправжнього енергетичного благополуччя” (рис. 3)

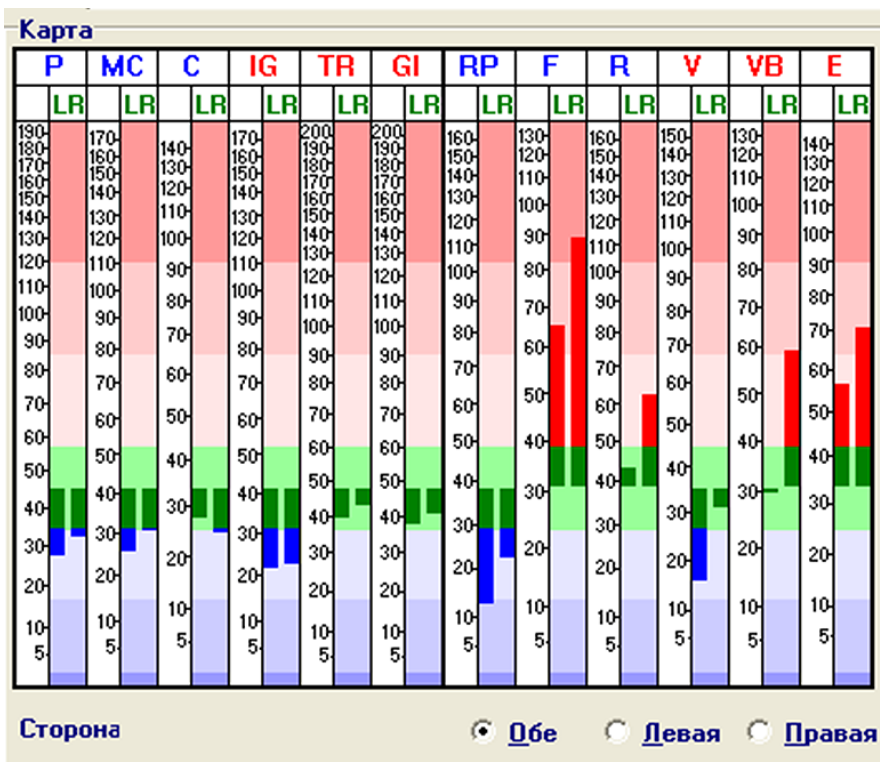


Рис. 2. Дані діагностики по Накатані хворого С

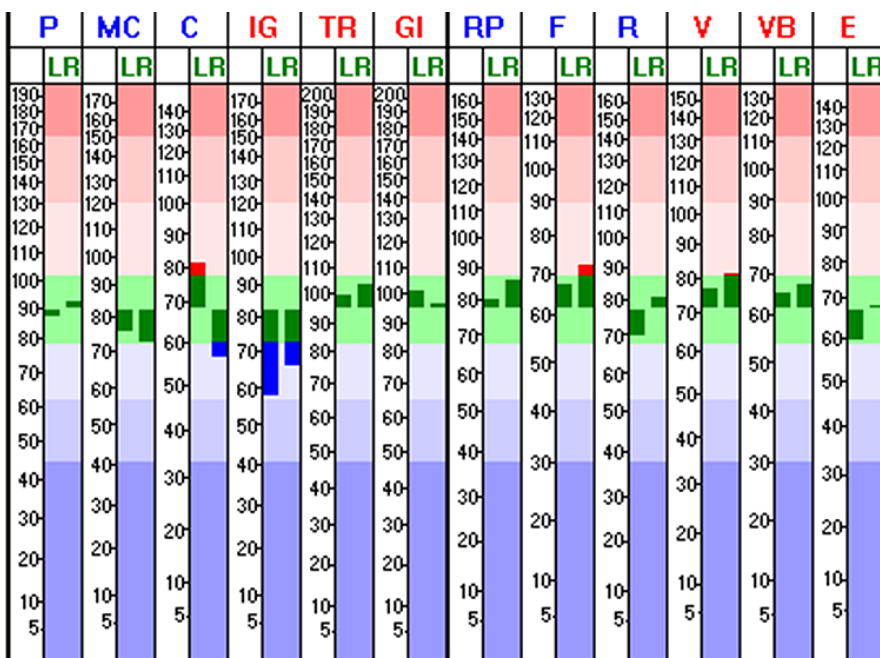


Рис. 3. Дані діагностики по Накатані хворої К

АП-корекція (крім ТА на обличчі): GV 20, CV 17, 12, BL 13, 15, SP 4, 6, 9, LI 10, 4, IG 3, ST 25, 36, 40, 44, PC 6, LR 2, 3, 5, 14, GB 34, 39, 41, LU 10, 7, 5.

Висновок. Хворі з ЦД зустрічається у практиці лікаря-рефлексотерапевта і методи РТ ефективні насамперед при психоемоційних порушеннях у разі цього захворювання.

Джерела

1. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
2. Chinese acupuncture and moxibustion. Sanghai: Publishing house of Sanghai University of TCM , 2002. 371 p.
3. Current research in acupuncture /Y. Xia [et al.]; eds. Y. Xia.,G. Ding, G-C. Wu. New York : Springer science + Busness media, 2013. 731 p.

Наталія СВИРИДОВА

д-р. мед. наук, проф.,

*в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін

Міжрегіональної Академії управління персоналом

Віталій СЕРЕДА

канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін

Міжрегіональної Академії управління персоналом

Наталія ХАНЕНКО

канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії

НУОЗ України імені П. Л. Шупика

ЗАСТОСУВАННЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЦЕФАЛГІЙ СКРОНЕВОЇ ОБЛАСТІ

Анотація: в роботі представлено клінічний випадок використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хворої з цефалгією скроневої області. Детально описано метод “балансування гексаграм”, показано, що застосування цього методу в комплексі лікувальних заходів було ефективним у даному випадку.

Ключові слова: цефалгія скроневої області, рефлексотерапія, метод “балансування гексаграм”.

Вступ. Рефлексотерапія (РТ) вже давно використовується не тільки у разі захворювань з больовим синдромом (БС), зокрема при головних болях (ГБ), де найкраще проявляють себе протибольові патогенетичні механізми її дії, а й при різних психосоматичних розладах [1; 2]. Нижче ми хочемо навести клінічний випадок, де був використаний комплексний підхід до лікування хворої з больовим синдромом із застосуванням методів РТ, зокрема методу “балансування гексаграм” (ГГ). Методи РТ ефективні саме при наявності БС завдяки своїм потужним протибольовим властивостям: при впливі РТ відбувається гальмування аферентних больових імпульсів за рахунок блокування Na каналів, гальмування входу йонів Ca^{2+} в клітину, зниження активності глутамату і його рецептору (NDMA) і зменшення болю; зростає кількість ГАМК у цереброспінальній рідині і відбувається активація її рецептору [1; 2].

Виклад основного матеріалу. Основна задача методу “балансування ГГ” — це зміна стану “ураженого” меридіану акупунктури (МА) і відповідної йому “ураженої ГГ” до енергетичного стану “сприятливої” ГГ, і, таким чином, позитивна зміна ЧИ (вітальної енергії) “ураженого” МА, відповідного йому органу і ЧИ всього організму. Головні теоретичні засади методу “балансування ГГ”): із “повного комплекту” — 64-х ГГ і Цзину, на основі багатогранного аналізу ГГ, вибирається, по цьому методу 20 ГГ [3–5]. Перше, що слід по цьому методу зробити, це на основі методів акупунктурної (АП) діагностики знайти “уражений” МА. Потім потрібно підібрати, відповідно до нього, “уражену” ГГ. І вже далі, з 20 можливих варіантів, вибрати “сприятливу” ГГ. На що слід звертати увагу при виборі “сприятливої” ГГ: на відповідність клінічних симптомів хворого і використаних рисок “ураженої” ГГ; наявність швидкого чи відстроченого клінічного позитивного ефекту після використання “сприятливої” ГГ; відповідність “сприятливої” ГГ сезону АП; результати аналізу “сприятливої” ГГ (верхньої і нижньої її триграм (ТГ) у відповідності до уявлень про теорії У-Сін, ІНЬ-ЯН, розташування ТГ, функції ТГ; результати аналізу “ураженої” ГГ [3–5].

Особливості клінічного застосування методу “балансування ГГ” — хочемо звернути вашу увагу на те, що він призначений для посилення ефекту від використання інших методів АП. Тому, АП по цьому методу застосовується не часто. Загальна кількість процедур по ньому — 1 сеанс на тиждень АП-лікування. Якщо ж говорити про абсолютну кількість процедур по ньому, то ми у своїй практиці проводили їх від 1 до 4, в залежності від загальної тривалості курсу АП-терапії. Треба використати в повній мірі можливості загальної дії “сприятливої” ГГ. Бажано домогтися, щоб “образ” і “символ” “сприятливої” ГГ відповідав тому функціональному стану, що відбуватиметься з пацієнтом у процесі лікування [3–5].

Найбільш поширеним методом аналізу в традиційній китайській медицині (ТКМ) є, саме, метод “образу” й “символу”, згідно з яким ТГ і ГГ відображають різні аспекти життя, наприклад: різних членів родини, різні сезони, частини тіла, органи, функції, меридіани АП, функціональні стани, патологічні зміни. У плані графічного зображення “сприятливої” ГГ, то потрібно враховувати основні рухи ЧИ в патологічному процесі хворого (верхньої і

нижньої ТГ і “протилежаєних” рисок обох ГГ в аспекті підняття ЧИ вгору, або опускання ЧИ вниз, що часто необхідно в АП-корекції хворих). В аспекті розташування рисок ГГ, то ми знаємо, завдяки роботам Веня Вана і Ву Вана, основоположників цього методу, що коли риси ІНБ і ЯН всередині одної ГГ займають серединні позиції, це має назву “серединна гармонія”, і що ці ГГ, при застосуванні їх у якості “сприятливих” мають привілеї перед іншими ГГ І Цзину [2].

Клінічний випадок: хвора Г., 43 р. звернулася на кафедру неврології і рефлексотерапії у грудні 2017 р. зі скаргами на головний біль (ГБ) розпираючого характеру в скроневій області, більше зліва, головокружіння і дзвін у вухах. ГБ посилюються, коли пацієнтка була роздратована, під дією стресу. Також турбують порушення сну, періодичні важкість в голові і слабкість в ногах, припливи крові до обличчя, почервоніння в очах, гіркий присмак у роті, порушення травлення, сухість в горлі, м'язові спазми. Періодично піднімається АТ до 150/100 мм. рт. ст.

Діагноз клінічний: гіпертензивна дисциркуляторна енцефалопатія І–ІІ ст., переважно у вертебро-базиллярному басейні, з цефалгічним, вестибуло-кохлеарним синдромами. Артеріальна гіпертензія І–ІІ ст.

АП-діагноз: ГБ внаслідок підйому гіперактивного печінкового ЯН (основний). Язик був червоний, з почервонінням його кінчика, з тонким жовтим нальотом, спостерігався струнний і швидкий пульс.

Пульс був максимальним у ІІ позиції (глибокій) зліва і мінімальним у ІІ позиції (також глибокій) справа, тобто за механізмом “надмірного” контролю з боку “печінки” на “селезінку”. Отож, додатковий (синдромальний) АП-діагноз був: “надмірний” контроль з боку (діда на онука) “печінки” на “селезінку”. Причина захворювання — у гіперактивності системи “печінки”. Значить, “ураженим МА” є меридіан печінки. Як ураженою ГГ є Кунь, що відповідає печінці.

Лікування. У медикаментозному плані хворій було призначено серміон, актовегін, пентоксифілін, трипліксам, вітаксон, армадін, токоферол, тіоцітам-форте, розувастатин. Обираємо “сприятливу” ГГ для цього стану: нею є Дін, ГГ І цзину № 50. Оцінюючи ГГ № 50 Дін позитивно слід зауважити, що “уражена ГГ” Кунь відповідає “Землі”, а уражений канал АП — “Дереву”, і ми маємо клінічну ситуацію “надмірного впливу “Дерева” на “Землю”, що в даному разі позитивно. Верхня ТГ ГГ Дін - Лі відповідає “Вогню”, а нижня її ТГ — Сюнь — відповідає “Дереву” (“Вогонь” і “Дерево” — це “мати” й “син” по У-Сін, і сильна стимуляція “Вогню” пригнічує “Дерево”, чого й треба досягти). Також, дистальні ТА, що ми використали для впливу АП, відповідають симптомам хворої, й найбільш ефективним часом використання цієї ГГ з лікувальною метою є саме зима.

Загальне значення ГГ № 50 Дін: “Вогонь Вітром роздувається під котлом”.

Образ: “Облишити старе й зайнятись новим”. Символ: “Гармонізувати колишні відносини з новими”. Утримувати. Знаходити. Встановлювати. Священна судина. Прогрес і успіх. Стриманість і трансформація. Дуже гарне майбутнє. Стабільність після революції. Новий порядок після безладу.



Рис. 1. Відповідність в ТКМ рисок “ураженої” ГГ Кунь точкам АП меридіанів печінки і нирок

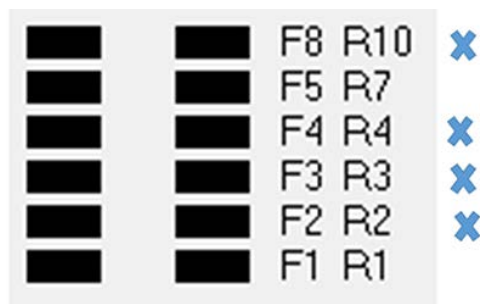


Рис. 2. ТА для впливу. Обираємо для АП впливу ТА, що відповідають “протилежним” (на “ураженій” ГГ по відношенню до “сприятливої” ГГ) – 2, 3, 4, 6 рискам

Структуру в твоє життя принесе успіх. Допомога в непорозумінні. Розвивай такий стиль життя, щоб мати здоров'я і вітальність.

Медичне значення ГГ № 50 Дін: 1) прогностичне – захворювання внаслідок порушення дієти, емоційних і статевих надмірностей; потужні патогенні чинники, вірулентні захворювання; надмірність ЯН печінки; харчові інфекції; 2) показання для АП лікування-контагіозні фебрильні захворювання; психічні розлади; нариви; легеневі захворювання; генералізований набряк; цистит; закріп; захворювання під час вагітності; захворювання, викликані переїданням і стресом; гіперактивність печінкового ЯН; припливи крові до голови; прогресуюча диспепсія.

АП-рецепт для даного випадку: пацієнтка має проблеми зліва (ГБ у лівій скроневій області – головна її проблема), тому вколюємо ТА F-2, 3, 4, 8 з правого боку.

З лівого боку вколюємо ТА VB-43, 41, 40, 34 (спарений канал, що посилює лікування, ТА для впливу – аналогічні номеру рисок “ураженої” ГГ. Процедуру АП по методу “Балансування ГГ” провели 3 рази під час курсу лікування, що тривав 16 сеансів. Також використовували “нозологічну” АП-рецептуру, зокрема такі ТА: VB-20, T-20, PC-1, GI-4, TR-5, AP – 34, 35, 96, 97.

Висновки. 1. Пацієнти з цефалгічним синдромом скроневої області зустрічаються у практичній діяльності лікаря-невролога і лікаря-рефлексотерапевта.

2. Часто це зв'язано з порушенням функції жовчного міхура і меридіана акупунктури жовчного міхура.

3. В комплексі лікувальних заходів при цефалгічному синдромі скроневої області ефективним є застосування методу акупунктури “балансування гексаграм”.

Джерела

1. Вибрані питання застосування методів рефлексотерапії у лікуванні больових синдромів /[Свиридова Н. К., Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П. та ін.]; посібник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. 202 с.

2. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. Т. 4. 220 с.
3. Чуприна Г. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні захворювань нервової системи з больовим синдромом. Abstracts of XXVII International Scientific and Practical Conference “Current, modern and new ways of improving scientific solutions” (Florence, Italy, July 10–12, 2023). P. 78–79.
4. Чуприна Г., Свиридова Н., Ханенко Н., Серєда В., Сулік Р. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні хронічного холециститу з цефалгічним синдромом. Proceedings of the XXVII International Scientific and Practical Conference “Trends of young scientists regarding the development of science” (Edmonton, Canada July 11–14, 2023). P. 112–113.
5. Чуприна Г., Свиридова Н., Сінько І. Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні при пароксизмальній гемікранії. Abstracts of XXVIII International Scientific and Practical Conference “Unusual methods of development of science and thoughts” Madrid, Spain (July 17–19, 2023). P. 92–96.

Наталія СВИРИДОВА

д-р. мед. наук, проф.,

*в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

Ольга ВЕРНЕР

*канд. мед. наук, доц.,
начальник навчальної частини НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

СКЛАДАННЯ СИТУАЦІЙНОЇ ЗАДАЧІ ДЛЯ ІСПИТУ З ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ “РЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ”

Анотація: в роботі представлено процес складання ситуаційної задачі для іспиту з практичних на циклі “спеціалізація з рефлексотерапії”.

Ключові слова: ситуаційна задача, іспит з практичних навичок, цикл “Спеціалізація з рефлексотерапії”.

Вступ. Наш час характеризується швидким зростанням темпів наукової інформації і обумовлює прискорення безперервної освіти лікарів: поповнення знань і опанування нових діагностичних і лікувальних технологій повинно відбуватися шляхом підвищення кваліфікації при проходженні циклів спеціалізації на спеціалізованих кафедрах при закладах післядипломної медичної освіти. Відповідно до Закону України “Про вищу освіту” від 04.08.2015 р., післядипломна освіта розглядається як “спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її професійних знань, умінь і навичок або отримання іншої професії, спеціальності на основі здобутого раніше освітнього рівня та практичного досвіду” [2]. Накази МОЗ України від 22.02.2019 № 446, від 22.06.2021 р. № 1254 та від 25.11.2022 р. № 2136 серед головних характеристик професії лікаря обумовлюють проходження первинної спеціалізації та проведення безперервного професійного розвитку (БПР), у якому велика роль відводиться циклам тематичного удосконалення [2].

Крім того, значна ролі відведена короткотривалим формам медичної освіти: тематичним школам, тренінгам, семінарам, науково-практичним конференціям, де лікарі мають можливість послухати лекції та доповіді видатних вітчизняних і зарубіжних вчених за фахом, прийняти участь у роботі майстер-класів, ознайомитись з сучасним обладнанням, літературою, тощо. Відвідуючи такі заходи, лікарі мають можливість у короткий термін познайомитись з передовими науковими досягненнями, які у формі «квінтесенції» висвітлюють багаторічний досвід роботи провідних фахівців і організацій, і отримати необхідні бали для процесу БПР [2].

Україн важлива роль повинна приділятися проведенню циклів первинної спеціалізації [4], де лікарі мають отримувати не лише потрібні для майбутньої роботи теоретичні знання і практичні навички, а й можливість сформувати основи системного аналітичного клінічного мислення, побудованого на базі поглядів традиційної китайської медицини (ТКМ).

Прискоренню опанування лікарем-неврологом на циклі “Спеціалізації з рефлексотерапії” теорії і практики рефлексотерапії (РТ) сприяє проблемна методика [2–5], яка базується на утворенні по ходу навчання проблемних клінічних ситуацій, що значно підвищує активність слухачів, націлює їх на практичну діяльність, поліпшує засвоєння і “виживаємість” знань. Так, наприклад, під час лекцій на циклі спеціалізації з РТ, широко використовуються такі проблемні ситуації, коли викладач створює певну суперечливість реальних фактів на основі узагальнених медичних знань (не тільки з галузі теорії і практики РТ, але й з анатомії, порівняльної анатомії, фізіології, патофізіології, гістології, неврології, терапії, інших клінічних дисциплін), створює проблемну ситуацію і розв’язує її разом зі слухачами. Такі проблемні ситуації мають бути основою клінічної ситуаційної задачі (КСЗ).

Перед професорсько-викладацьким колективом на будь-якій клінічній кафедрі у системі післядипломної освіти постає завдання підготувати слу-

хача на циклі спеціалізації практично, дати йому нову наукову інформацію з фаху і провести контрольний атестаційний іспит, що має складатися з відповіді на комп'ютерні тестові завдання, іспиту з практичних навичок і співбесіди (усної відповіді на теоретичні запитання). При проведенні іспиту з практичних навичок, коли є брак часу і участь хворого в контролі оволодіння практичними навичками стає мало реальною, особливого значення також набувають КСЗ, застосування яких дає змогу значно підвищити уміння слухачів орієнтуватися в конкретних клінічних ситуаціях, підвищення рівня їх теоретичних знань і розвитку їх клінічного мислення. У процесі складання КСЗ є багато складнощів, їх ми й хочемо прояснити для тих викладачів, хто буде готувати КСЗ для іспиту з практичних навичок на циклі “Спеціалізація з рефлексотерапії”.

Виклад основного матеріалу. Щоб максимально відповідати атестації, КСЗ повинна мати певну структуру: найбільш доцільно, щоб це був витяг з історії хвороби реального хворого, який отримував лікування з включенням методів РТ [1; 2; 6]. При підготовці КСЗ співробітники кафедри мають робити витяг із історії хвороби, адаптуючи його для слухачів циклів спеціалізації таким чином, щоб можна було поставити конкретні запитання, які б стосувалися вироблення діагностичного шляху, застосування методів акупунктурної (АП) діагностики, постановки клінічного і АП діагнозів, призначення АП лікування [2; 6].

КСЗ має бути складена так, щоб питання її були максимально наближені до реальних і дозволяли, насамперед, чітко підійти до встановлення певного АП діагнозу, виходячи з тих теоретичних знань, які слухач отримав на кафедрі, під час відвідування лекцій, практичних, семінарських занять, здійснення самостійної роботи. Це має бути важливим аспектом КСЗ — щоб вона торкалася не тільки умінь слухачів, а й побічно виходила на рівень їх теоретичних знань, як у галузі РТ і неврології, так і загально-медичних дисциплін [3].

В КСЗ потрібно застосовувати такі питання, які б торкалися діагностики по язичку і по пульсу, методів електропунктурної діагностики, щоб відповідь слухача могла б чітко вкладатися у рамки синдромального діагнозу, прийнятого в ТКМ. У аспекті вибору лікувальної АП тактики, також слід скеровувати умови КСЗ на вибір АП рецепту, який би задовольняв вимоги лікування тих чи інших синдромів ТКМ, метамерно-сегментарного застосування РТ, а також на вибір методу РТ, який би найкраще підходив того чи іншого синдрому ТКМ [6].

В плані ж вибору конкретних точок акупунктури (ТА) для проведення сеансу РТ, то тут можливості достатньо широкі і залежать від результатів проведення АП діагностики, часу проведення сеансу РТ, використаного методу РТ, правил ТКМ, які взяті за основу складання АП рецепту, індивідуального сприйняття РТ лікування хворим.

Для того, щоб вірно використати ТА у складі АП рецепту, слухач повинен, насамперед, знайти найбільш ефективні ТА, а для цього він має володіти методами як традиційної, так і сучасної АП діагностики, засвоєними під

час навчання на кафедрі: вміти проводити традиційну діагностику по пульсу, вміти проводити традиційну діагностику по язичку, вміти проводити діагностичний електропунктурний тест по Накатані, вміти проводити діагностичний термопунктурний тест по Акабане, вміти проводити експрес-діагностику (механічну або електропунктурну) по вушній раковині. Слухач повинен володіти основами традиційної синдромальної діагностики, що також викладається на кафедрі (повинен знати діагностичний підхід із застосуванням 8-ми принципів діагностики) і має скласти АП рецепт.

Що стосується часу проведення сеансів РТ, то при вивченні методик складання АП рецепту багато уваги приділяється хронопунктурному аспекту призначення РТ лікування (Цзи У Лю Чжу) при виборі різних складових системи меридіанів і колатералей. Зокрема, розглядається вплив на дистальні ТА регулярних меридіанів (по методу вибору “Небесних стовбурів” і “Земних гілок” з можливістю потенціювання ефекту, система ТА, що утворює точки, які бувають “відкритими” окремо на ІНЬ меридіанах акупунктури і на ЯН меридіанах акупунктури, система часових проміжків і її зв’язок з “відкритим” ТА, система “закритих” часових проміжків – тобто, таких, які несприятливі для здоров’я всіх людей, що проживають у даному часовому поясі, і АП методика, як ці “закриті” часові проміжки можна перетворити у “відкриті”, тобто сприятливі), Ло-точки і ТА-посібники (по правилам “Юань-Ло” і “Чоловік – Дружина”), ключові точки восьми екстраординарних меридіанів (по правилам “8 правил чудової черепахи” і “8 правил стрімкого злету”), хронопунктурні аспекти застосування м’язово-сухожильних меридіанів.

Серед методів РТ слухач ретельно вивчає на кафедрі під час проведення циклу “Спеціалізація з рефлексотерапії” такі: класичну акупунктуру, електрорефлексотерапію, скальпову акупунктуру, аурікулопунктуру, термопунктуру, точковий масаж, вакуум-рефлексотерапію, лазеропунктуру. От їх-то і слід вводити до складу КСЗ в аспекті забезпечення рефлексотерапевтичної допомоги хворому.

Правила ТКМ слухач також уважно вивчає під час проведення циклу “Спеціалізація з рефлексотерапії”. Це має подвійну задачу – як практичну, так і теоретичну, адже ці правила входять до складу тестових комп’ютерних питань, іспит з яких слухачі складають по закінченню циклу. Серед них найбільш важливішими є правила: “Мати-Син” (по схемі У-Син і по схемі добової циркуляції ЧИ), “Золоте правило”, “Правило горизонтального балансу”, “Правило вертикального балансу”, “Правило використання проекцій і відповідностей”.

Звичайно ж, щоб добре використовувати всі ці правила ТКМ, слухач повинен володіти знаннями і вміти впливати на основні ТА, які він вивчає під час проведення циклу “Спеціалізація з рефлексотерапії”.

Таким чином, при відповіді слухача, екзаменатор повинен врахувати таку широту можливостей складання АП рецепту. Але, слід пам’ятати, що при будь-якому захворюванні, виділяють базові (місцеві) ТА, ТА-“по-сусідству” (сегментарні), додаткові ТА (віддалені). От їх-то слухач і повинен назвати при своїй відповіді [5]. Крім того, він повинен “розшифрувати” метамер-

но-серментарні підходи у складанні АП рецепту, які більше притаманні сучасним поглядам на механізм дії РТ.

Також важливо, щоб умови КСЗ були максимально наближені до реального діагностичного і лікувально процесів, що мають певні часові характеристики. Слухач повинен показати вміння вирішувати діагностичні і лікувальні питання у актуальній обстановці, прив'язаної до реального часу, керуючись загально-медичними критеріями доцільності, не забуваючи про ті спеціальні знання та навички, які він отримав на профільній кафедрі. Так, слухач повинен чітко знати і вміти використовувати хронопунктурні аспекти систем “глибинної” (У-СІН) і “добової” циркуляції, знати систему “часових проміжків”, прийняту в ТКМ, вміти використовувати такі хронопунктурні комп'ютерні програми, як “Аналіз скарг”, “Термінус” та ін. [6].

КСЗ, які будуть задовольняти вище вказаним вимогам, допоможуть не лише якісно визначити рівень володіння практичними навичками майбутніх лікарів-рефлексотерапевтів, а й ще сприятимуть розвитку клінічного мислення лікаря, якщо їх застосовувати на практичних заняттях по відповідній тематиці [3].

Висновки. 1. Клінічні ситуаційні задачі мають позитивну роль у практичній підготовці майбутнього лікаря-рефлексотерапевта.

2. Клінічні ситуаційні задачі розширяють загально-клінічний світогляд лікаря.

Джерела

1. Лекція циклу спеціалізації з РТ “Теоретичні та методологічні основи рефлексотерапії” / Свиридова Н. К., Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П. та ін. *Східно-Європейський неврологічний журнал*. 2018. № 2 (20). С. 19–23.
2. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: характеристика базових понять. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика* (серія “Педагогічні науки”). 2016. № 3–4 (48–49). С. 23–28.
3. Мачерет Є. Л., Чуприна Г. М., Панікарський В. Г., Мурашко Н. К. Роль курсу “Рефлексотерапія” у формуванні клінічного мислення лікаря. *Зб. наук. праць спів. КМАПО ім. П. Л. Шутика*. 2005. Вип. 14. Кн. 1. С. 742–745.
4. Мурашко Н. К., Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П. та ін. Напрямок оптимізації підготовки лікарів на циклі спеціалізації з рефлексотерапії. *Зб. наук. праць спів. НМАПО ім. П. Л. Шутика*. 2012. Вип. 21. Кн. 1. С. 585–589.
5. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г. Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
6. Чуприна Г. М., Дригант Л. П., Панікарський В. Г. та ін. Методика складання ситуаційної задачі для іспиту з практичних навиків на звання лікаря-спеціаліста на циклі “Спеціалізація з рефлексотерапії”. *Зб. праць наук.-метод. конф. “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів”*. Київ, 2007. С. 648–650.

Наталія СВИРИДОВА

*д-р. мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

Ольга ВЕРНЕР

*канд. мед. наук, доц.,
начальник навчальної частини НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

СИТУАЦІЙНА ЗАДАЧА ДЛЯ ІСПИТУ З ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА АТЕСТАЦІЙНИХ ЦИКЛАХ З НЕВРОЛОГІЇ

Анотація: в роботі представлено процес складання ситуаційної задачі для іспиту з практичних на атестаційних циклах з неврології.

Ключові слова: ситуаційна задача, іспит з практичних навичок, атестаційні цикли з неврології.

Вступ. Теперішній час, що відзначається швидким зростанням темпів наукової інформації, зокрема, в галузі медицини, обумовлює необхідність прискорення безперервної освіти лікарів: поповнення знань і опанування нових діагностичних і лікувальних технологій повинно відбуватися шляхом підвищення кваліфікації при проходженні циклів інтернатури (спеціалізації) на спеціалізованих кафедрах при закладах післядипломної медичної освіти. Відповідно до Закону України “Про вищу освіту” від 04.08.2015 р., післядипломна освіта розглядається як “спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її професійних знань, умінь і навичок або отримання іншої професії, спеціальності на основі здобутого раніше освітнього рівня та практичного досвіду” [2]. Накази МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446, від 22. 06. 2021 р. № 1254 та від 25.11.2022 р. № 2136 серед головних характеристик професії лікаря обумовлюють проходження первинної спеціалізації (інтернатури) та

проведення безперервного професійного розвитку (БПР), у якому велика роль відводиться циклам тематичного удосконалення [2].

Крім того, значна ролі відведена короткотривалим формам медичної освіти: тематичним школам, тренінгам, семінарам, науково-практичним конференціям, де лікарі мають можливість послухати лекції та доповіді видатних вітчизняних і зарубіжних вчених за фахом, прийняти участь у роботі майстер-класів, ознайомитись з сучасним обладнанням, літературою, тощо. Відвідуючи такі заходи, лікарі мають можливість у короткий термін познаться з передовими науковими досягненнями, які у формі “квінтесенції” висвітлюють багаторічний досвід роботи провідних фахівців і організацій, і отримати необхідні бали для процесу БПР [2].

Українська важлива роль повинна приділятися проведенню циклів первинної спеціалізації (інтернатури) [4], де лікарі мають отримувати не лише потрібні для майбутньої роботи теоретичні знання і практичні навички, а й можливість сформувати основи системного аналітичного клінічного неврологічного мислення.

Прискоренню опанування лікарем на циклі “Інтернатури (спеціалізації) з неврології” її теорії і практики, сприяє проблемна методика [2–5], яка базується на утворенні по ходу навчання проблемних клінічних ситуацій, що значно підвищує активність слухачів, націлює їх на практичну діяльність, поліпшує засвоєння і “виживаємість” знань. Так, наприклад, під час лекцій на циклі інтернатури з неврології, широко використовуються такі проблемні ситуації, коли викладач створює певну суперечливість реальних фактів на основі узагальнених медичних знань (не тільки з галузі теорії і практики неврології, але й з анатомії, порівняльної анатомії, фізіології, патофізіології, гістології, терапії, інших клінічних дисциплін), створює проблемну ситуацію і розв’язує її разом зі слухачами. Такі проблемні ситуації мають бути основою клінічної ситуаційної задачі (КСЗ).

Перед професорсько-викладацьким колективом на будь-якій клінічній кафедрі у системі післядипломної освіти постає завдання підготувати слухача на циклі спеціалізації-інтернатури практично, дати йому нову наукову інформацію з фаху і провести контрольний атестаційний іспит, що має складатися з відповіді на комп’ютерні тестові завдання, іспиту з практичних навичок і співбесіди (усної відповіді на теоретичні запитання). При проведенні іспиту з практичних навичок, коли є брак часу і участь хворого в контролі оволодіння практичними навичками стає мало реальною, особливого значення також набувають КСЗ, застосування яких дає змогу значно підвищити уміння слухачів орієнтуватися в конкретних клінічних ситуаціях, підвищення рівня їх теоретичних знань і розвитку їх клінічного мислення. У процесі складання КСЗ є багато складнощів, їх ми й хочемо прояснити для тих викладачів, хто буде готувати КСЗ для іспиту з практичних навичок на атестаційних циклах з неврології.

Виклад основного матеріалу. Щоб максимально відповідати меті атестації, КСЗ повинна мати певну структуру: найбільш доцільно, щоб це був витяг з історії хвороби реального хворого, який отримував комплексне лікування

(медикаментозне та немедикаментозне) [1; 2; 6]. При підготовці КСЗ співробітники профільної кафедри мають робити витяг із історії хвороби, адаптуючи його для слухачів циклів спеціалізації (інтернатури) таким чином, щоб можна було поставити конкретні запитання, які б стосувалися вироблення діагностичного шляху, застосування різних методів діагностики, постановки клінічного діагнозу [2; 6].

КСЗ має бути складена так, щоб питання її були максимально наближені до реальних і дозволяли, насамперед, чітко підійти до встановлення певного діагнозу, виходячи з тих теоретичних знань, які слухач отримав на кафедрі, під час відвідування лекцій, практичних, семінарських занять, здійснення самостійної роботи. Це має бути важливим аспектом КСЗ — щоб вона торкалася не тільки умінь слухачів, а й побічно виходила на рівень їх теоретичних знань, як у галузі неврології, так і загально-медичних дисциплін [3].

В КСЗ потрібно застосовувати такі питання, які б торкалися топічної діагностики, нейровізуалізаційних методів діагностики, електрофізіологічної діагностики, лабораторної діагностики, щоб відповідь слухача могла б чітко вкладатися у рамки синдромального діагнозу, прийнятого в неврології. У аспекті вибору лікувальної тактики, також слід скеровувати умови КСЗ на вибір медикаментозного, фізіотерапевтичного психотерапевтичного, ароматерапевтичного лікування, який би задовольняв вимоги лікування тих чи інших синдромів та клінічного діагноза в неврології, реабілітаційної тактики.

Таким чином, при відповіді слухача, екзаменатор повинен врахувати таку широту можливостей складання лікувальної та реабілітаційної тактики.

Також важливо, щоб умови КСЗ були максимально наближені до реального діагностичного і лікувально процесів, що мають певні часові характеристики. Слухач повинен показати вміння вирішувати діагностичні і лікувальні питання у актуальній обстановці, прив'язаної до реального часу, керуючись загально-медичними критеріями доцільності, не забуваючи про ті спеціальні знання та навички, які він отримав на профільній кафедрі. КСЗ, які будуть задовольняти вище вказаним вимогам, допоможуть не лише якісно визначити рівень володіння практичними навичками майбутніх лікарів-неврологів, а й ще сприятимуть розвитку клінічного мислення лікаря, якщо їх застосовувати на практичних заняттях по відповідній тематиці [3].

Висновки. 1. Клінічні ситуаційні задачі мають позитивну роль у практичній підготовці майбутнього лікаря-невролога.

2. Клінічні ситуаційні задачі розширяють загально-клінічний світогляд лікаря.

Джерела

1. Лекція циклу спеціалізації з РТ “Теоретичні та методологічні основи рефлексотерапії” / Свиридова Н. К., Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П. та ін. *Східно-Європейський неврологічний журнал*. 2018. № 2 (20). С. 19–23.
2. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: характеристика базових понять. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика* (серія “Педагогічні науки”). 2016. № 3–4 (48–49). С. 23–28.

3. *Мачерет Є. Л., Чуприна Г. М., Панікарський В. Г., Мурашко Н. К.* Роль курсу “Рефлексотерапія” у формуванні клінічного мислення лікаря. *Зб. наук. праць стів. КМАПО ім. П. Л. Шупика.* 2005. Вип. 14. Кн. 1. С. 742–745.
4. *Мурашко Н. К., Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П.* та ін. Напрямки оптимізації підготовки лікарів на циклі спеціалізації з рефлексотерапії. *Зб. наук. праць стів. НМАПО ім. П. Л. Шупика.* 2012. Вип. 21. Кн. 1. С. 585–589.
5. Рефлексотерапія: підручник / [Свиридова Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. Т. 4. 220 с.
6. *Чуприна Г. М., Дригант Л. П., Панікарський В. Г.* та ін. Методика складання ситуаційної задачі для іспиту з практичних навиків на звання лікаря-спеціаліста на циклі “Спеціалізація з рефлексотерапії”. *Зб. праць наук.-метод. конф. “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів”.* Київ, 2007. С. 648–650.

Марія ГАЛАДЗА

*студентка 4 курсу за спеціальністю “Медицина психологія”
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

СУЧАСНІ ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ БОТУЛІНІЧНОГО НЕЙРОТОКСИНУ ПРИ МІГРЕНЯХ

Анотація: У сучасному науковому світі не втрачають свою актуальність дискусії з приводу визначення оптимального методу лікування мігрень. Мігрень належить до хронічних захворювань з високим відсотком інвалідизації. Одним із найрозповсюдженіших підходів до терапії мігрень (як епізодичної, так і хронічної) є застосування ботулінічного токсину. У даній роботі висвітлюється питання ефективності застосуванні різноманітних схем лікувальної терапії мігрень ботулотоксином, та розкривається питання дослідження анатомо-фізіологічної природи мігрень.

Ключові слова: мігрень, хронічна мігрень, неврологічний біль, ботулотоксин.

Вступ. Станом на 2010 рік за даними ВООЗ, мігрень була на сьомому місці серед хвороб що викликають найбільшу інвалідизацію серед населення, та на 4 місці серед хвороб, що є причиною інвалідизації серед жіночої частини населення. За розповсюдженістю від мігрень страждає близько 2 % всього світового населення, відповідно більшу схильність до виникнення даного захворювання, мають жінки. Близько 23 % жінок страждають на цей вид головного болю, коли розповсюдженість серед чоловіків складає 7 %. За класифікацією мігрень поділяють на ту що супроводжується ауурою (наявна симптоматика що супроводжується зоровими, тактильними, мовними порушеннями), та що не має аури. Також виділяють епізодичну та хронічну мігрень. За даними міжнародного товариства головного болю хронічна

мігрень — це головний біль, що спостерігається протягом не менше ніж 15 днів за місяць, дана тенденція спостерігається від 3-х місяців [1]. За статистично-економічними даними, щорічні витрати США, котрі пов'язані з інвалідизацією через мігрень, становлять близько 56 мільярдів доларів. Захворювання супроводжується негативними змінами в психічному стані пацієнта. 75 % хворих відмічали у себе зниження активності, третина хворих зауважували що потребують постільного режиму під час нападів головного болю. За іншими статистичними даними 32 % відмовляються від виконання будь-якого виду діяльності, у 45 % знижена соціальна активність, 85 % серед хворих на хронічну мігрень намагаються знизити власну активність яка стосується виконання повсякденних побутових завдань [2].

Виклад основного матеріалу. Мігрень належить до захворювань центральної нервової системи котре супроводжується спазмом кровоносних судин та залученням до патологічного процесу кори головного мозку та підкіркових структур. Провокуючі фактори поділяються на екзогенні (вживана їжа, стрес, зміни в навколишньому середовищі), та ендогенні (гормональні порушення, депресія тощо). Патофізіологічно під час нападу первинно відбувається дифузія Calcitonin gene-related peptide (CGRP) у тверду оболонку мозку, внаслідок чого відбувається активація ноцицепторів С-волокон разом з А-дельта нервовими волокнами, і надалі відбувається залучення у процес сенсорні нейрони другого порядку тригеміноцервікального комплексу. Напад мігрени супроводжується нейрозапаленням, одним із проявів якого є пульсуючий біль що змінюється відповідно до кута нахилу голови, іноді до симптомів приєднуються напади кашлю. CGRP відіграє провідну роль у переходу мігрени в хронічну форму, тому мета застосування OnabotulinumtoxinA (ОнаВоNT-А) полягає в зниженні синтезу даного нейропептиду [1]. Вперше, знеболювальний вплив ботулінотерапії виявив пластичний хірург Біндер, коли значний відсоток його пацієнтів відмітили зниження інтенсивності та частоти нападів головного болю після проведення косметичних процедур з використанням ботулінічного нейротоксину [3]. Перші клінічні випробування ботоксу для лікування мігрени було проведено у 2000 році. Пізніше, також у 2000 році, ефективність застосування ботулінотерапії для профілактики мігренозних нападів, було підтверджено в ході рандомізованого подвійного сліпого плацебо-контрольованого дослідження. У 2004 році Smuts JA разом з іншими вченими довели що механізм знеболювальної дії ботулотоксину не пов'язаний з його паралітичним ефектом на м'язи, оскільки розслаблення м'язів триває у пацієнтів менше ніж знеболювання, основний механізм ефективності полягає в блокуванні CGRP разом з глутаматом. При проведенні вимірювання рівня концентрації CGRP у пацієнтів перед терапією ботулотоксином показали, що у тих пацієнтів котрі мали більш позитивні результати лікування до початку терапії спостерігався вищий рівень CGRP, ніж у тієї групи досліджуваних осіб, котрі мали низькі показники ефективності даного методу лікування. Вченими досліджено, що ОнаВоNT-А знеболює також шляхом контролю експресії іонних каналців у ноцицепторах. При проведенні доклінічних досліджень на мишах було до-

ведено вплив ботулотоксину на зниження та нормалізацію роботи рецепторів Transient receptor potential cation channel subfamily V member 1 (TRPV1) та Transient receptor potential cation channel subfamily A member 1 (TRPA1), чим відповідно і забезпечується довготривалість знеболення. Під час іншого дослідження вчені тільки додатково підтвердили зменшення поверхневої експресії іонних каналів. Метою цього експерименту було знайти зв'язок між екстракраніальним введенням препарату ботулотоксину та зміною роботи в менінгеальних ноцицепторах при застосуванні в якості агоністів TRPV1 та TRPA1 капсаїцину та гірчичного масла. На ефективність застосування даного лікувального методу значно впливають однонуклеотидні поліморфізми гена TRPV1, котрі було виявлено у 2019 році. OnaBoNT-A має здатність мігрувати з місця ін'єкції до центральної нервової системи, проте механізм даного додаткового ноцицепторного ефекту не було достатньо досліджено. Однієї з теорій, що пояснює вплив на чутливість протилежної ділянки тіла від місця ін'єкції OnaBoNT-A, є теорія про аксональний транспорт речовини. Розповсюдження введеної речовини відбувається через сенсорні нейрони до ноцицептивних ядер, що локалізуються у центральній нервовій системі. Для попередження небажаних ефектів лікування застосовують колхіцин [2].

У 2010 році за участю 1348 пацієнтів було проведено клінічні дослідження PREEMPT I і PREEMPT II (Phase III Research Evaluating Migraine Prophylaxis Therapy). Кожна із груп пацієнтів отримували внутрішньом'язово ONA-BoNTA в 31 ділянку введення, дозою в 155 ОД- мінімально та дозою 195 ОД-максимально. В результаті було доведено ефективність даного лікування та те, що найбільш ефективно застосовувати цей метод при терапії пацієнтів саме з хронічними мігрєнями [4]. Препарат ONA-BoNTA, за даними PREEMPT, опублікованими в 15 статтях, вводиться в:

1. Дві точки локалізовані в *Musculus corrugator supercilii*;
2. Одна точка в *Musculus procerus*;
3. Шість місць введення у потиличному відділі;
4. Вісім точок в скроневій частині,
5. Чотири місця в лобовому відділі;
6. Шість місць у *Musculus trapezius*;
7. Чотири точки в шийних параспинальних відділах [5].

Введення ботулотоксину рекомендується повторно близько 3 разів з інтервалом 12 тижнів між сеансами. Програма “Слідкуй за болем” окрім щоденника болю, котрий пацієнт повинен вести, включає додаткові ін'єкції в місце болю [4].

Висновки. 1. Мігрєнь є досить розповсюдженим захворюванням її, відсоток якого значно більший серед жіночої частини населення.

2. Одним із найбільш ефективних методів лікування мігрєней та профілактики нападів болю є застосування ботулінічного нейротоксину.

3. Препарат ONA-BoNTA має ноцицепторну дію, котра має тривалий знеболювальний ефект. Застосування препарату, за рекомендаціями розробленими під час PREEMPT, відбувається в 31 точку введення, повторно введення препарату можливе не раніше ніж через 12 тижнів.

Джерела

1. *Raciti, Loredana, et al.* Chronic migraine: A narrative review on the use of botulinum toxin with clinical indications and future directions. *Journal of Integrative Neuroscience*. 21.5 (2022): 141.
2. *Zhantleuova, Aisha, Altynay Karimova, and Bazbek Davletov.* Beyond Aesthetics: Expanding Applications of Botulinum Neurotoxins in Chronic Migraine Medicine. (2023).
3. *Kępczyńska, Katarzyna, and Izabela Domitrz.* Botulinum toxin – a current place in the treatment of chronic migraine and other primary headaches. *Toxins*. 14.9 (2022): 619.
4. *Bono, Francesco, et al.* Regional Targeted Subcutaneous Injection of Botulinum Neurotoxin Type A in Refractory Chronic Migraine: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Toxins*. 15.5 (2023): 324
5. *Shaterian, Negar, et al.* Botox (OnabotulinumtoxinA) for treatment of migraine symptoms: a systematic review. *Pain Research and Management*. 2022 (2022).

Вікторія ДУБИНЕЦЬКА

лікар-невропатолог КНП “ЦМЛ Рівненської міської ради”,
д-р філософії за спеціальністю “нервові хвороби”

ТРОМБОФІЛІЯ – ЕТІОЛОГІЧНИЙ ЧИННИК РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В МОЛОДОМУ ВІЦІ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Анотація. Представлено інформацію про провідні фактори згортальної системи крові, мутації в яких призводять до ішемічного інсульту в молодому віці, зумовленого тромбофілією. Описаний клінічний випадок ішемічного інсульту в молодого пацієнта, внаслідок даного етіологічного фактору, дозволить прицільніше діагностувати це захворювання та зменшити частку хворих з невідомою причиною інсульту, своєчасно розпочавши вторинну профілактику.

Ключові слова: тромбофілія, ішемічний інсульт, метилентетрагідрофолатредуктаза (МТНFR).

Вступ. Поширеність інсульту серед осіб молодого віку (< 50 років) складає приблизно 10–14% [12; 18]. У США захворюваність на інсульт серед дорослих пацієнтів віком 20–44 роки зростає з 17 на 100 000 населення у 1993 році до 28 на 100 000 населення у 2015 році [16]. Популяційне дослідження, проведене в Індії, показало, що в період 2003–2005 років середньорічна частота інсульту становила лише 4 випадки на 100 000 осіб у віці до 40 років, тоді як у віці 40–44 роки значно вища – 41 випадок на 100 000 осіб [8]. Проведений мета-аналіз 19 досліджень з наведеною частотою інсульту за статтю серед молодих пацієнтів та встановлено, що жінок з ішемічним ін-

сульту віком ≤ 35 років на 44 % більше, ніж чоловіків [14]. Системні захворювання сполучної тканини, хвороба Фабрі, антифосфоліпідний синдром, зловживання наркотичними середниками, інфекційні хвороби (синдром набутого імунodefіциту), хвороба моя-моя – це далеко не весь перелік етіологічних чинників ішемічного інсульту у молодому віці. Складність верифікації істинної причини ішемічного інсульту також зумовлена низкою факторів, які подекуди зустрічаються рідко, зокрема, дисекція артерій, аритмія та тромбофілія [12; 20].

Виклад основного матеріалу. Оскільки, тромбофілія являє вроджений або набутий дефект згортальної системи крові, це сприяє формуванню тромбозу [1; 27]. Поширеність тромбофілії різна: у білошкірих лейденська мутація фактора V становить 5 %, а мутація протромбіну – 3 %; вовчакові антикоагулянти зустрічаються приблизно у 5 % осіб, тоді як зниження активності протеїну C, S та антитромбіну спостерігається менш ніж у 0,5 % випадків [22]. Ризик первинної венозної або артеріальної тромбоемболії залежить від типу тромбофілії – гетерозиготного фактора V, а мутації протромбіну збільшують ризик венозної тромбоемболії до чотирьох разів (ризик вищий у гомозигот), дефіцит антитромбіну до у 16 разів, дефіцит протеїну C і S до 8 і 7 разів відповідно, тоді як наявність антифосфоліпідних антитіл пов'язана з підвищенням ризику як артеріального, так і венозного тромбозів [3].

За останні п'ять десятиліть молекулярні основи коагуляційних властивостей крові достатньо вивчені, такі фактори як фактор V(g.1691G > A), фактор II(F2) (g.20210G > A) та метилентетрагідрофолатредуктаза (MTHFR) (g.677C > T і g.1298A > C) є найпоширенішими, що призводять до венозної тромбоемболії [7; 17; 19; 25]. Гіпергомоцистеїнемія є фактором ризику розвитку кардіоваскулярних катастроф [2; 4; 6], а одним з чинників, що призводить до цього є поліморфізм гена MTHFR у позиції 677, де генотип CC є нормальним варіантом, а T – патологічним алелем [4; 2]. Гіпергомоцистеїнемія пов'язана з надмірним утворенням вільних радикалів [28], індукцією оксидантного стресу [9; 26], пошкодженням ендотелію [23], коагуляцією та порушення метаболізму ліпідів [11], які сприяють виникненню ішемічного інсульту. Крім того, мета-аналіз, опублікований у поточному році, показав, що поліморфізм MTHFR rs1801133 (677C > T) пов'язаний зі схильністю до гіпертензії H-типу, яка є традиційним фактором ризику інсульту [15].

Мутації MTHFR слід розглядати, як фактор ризику тромбоутворення для важкохворих пацієнтів, а скринінг на мутації даного гена слід розпочинати у кожного пацієнта, який потрапив у відділення інтенсивної терапії [5]. Глобальна поширеність гетерозигот становить від 30 до 50%, а гомозигот – від 3 до 15% [10]. Гомозиготність пов'язана з незначним підвищенням рівня гоцистеїну та вищим ризиком інсульту порівняно з гетерозиготами [29].

Аналіз пацієнтів залежно від віку та етнічного походження продемонстрував підвищений ризик ішемічного інсульту у популяціях з мутацією MTHFR rs1801133 (677C > T) середнього та літнього віку. Також відмічено сильний взаємозв'язок між ризиком появи ішемічного інсульту та поліморфізмом MTHFR rs1801133 (677C > T) в азіатських популяціях у всіх генетичних мо-

делях та в латиноамериканській популяції в доміантних та гетерозиготних моделях [29]. Частота алелі MTHFR rs1801133 T становить 24–40 % у європейців, 40 % у корейців і 26–37 % у японців [24].

Обстеження пацієнтів на спадкову тромбофілію із криптогенним інсультом є суперечливим, оскільки результати не впливають на стандартний антитромбоцитарний підхід. Антиагрегантну терапію розпочинають у ситуаціях із підтвердженими мутаціями протромбіну та фактора V Лейдена, а також зі зниженими рівнями протеїнів C, S, антитромбіну та підвищеною активністю FVIII [13]. Крім того, незважаючи на наявність сучасних методів діагностики, деякі автори відмітили високу частоту криптогенного інсульту [21]. Отже, обізнаність про етіопатогенетичні чинники виникнення ішемічного інсульту в молодих пацієнтів дозволяє лікарю з вищою вірогідністю верифікувати причину судинної катастрофи та негайно розпочати вторинну профілактику. Повинна бути вища настороженість стосовно дослідження хворих на тромбофілію, особливо якщо в анамнезі життя пацієнта чи його родини відсутні будь-які кардіоваскулярні події або результати параклінічних досліджень виключають ймовірність інших більш поширених факторів. Нижче представляю клінічний випадок пацієнта молодого віку з розвитком ішемічного інсульту на фоні тромбофілії.

Пацієнт О. 41 рік, 21.06.2023 р. вранці доставлений бригадою швидкої медичної допомоги у КНП “Сарненська центральна районна лікарня” Сарненської міської ради, *скарги* не висловлював через афатичні розлади. З *анамнезу захворювання* відомо, що пацієнт захворів раптово 21.06.2023 р. о 08 годині ранку, коли відмітив появу мовних порушень та відчуття м'язової слабкості у правих кінцівках, після транспортування хворого у приймальне відділення профільної лікарні проведено комп'ютерну томографію (КТ) головного мозку, КТ-ангіографію та прийнято рішення про проведення тромболітичної терапії внутрішньовенною інфузією альтеплази у дозі 64 мг. В *анамнезі життя* хронічних захворювань не відмічено. Сімейний анамнез стосовно кардіоваскулярних подій у молодому віці не обтяжений. Туберкульоз, венеричні хвороби та вірусні гепатити родичі заперечували. Займається професійно спортом.

У неврологічному статусі на момент поступлення: в свідомості, мовному контакту важкодоступний, інструкції виконує вибірково. Черепно-мозкова іннервація (ЧМІ) — очні щілини D = S, зіниці D = S, фотореакції жваві. Поля зору оцінити важко (афатичні порушення). Рухи очними яблуками не обмежені. Диплопія (–). Ністагм (–). Тригемінальні та окципітальні точки при пальпації не болючі. Обличчя асиметричне, згладжена права носо-губна складка. Язик по середній лінії. Виражена моторна, часткова сенсорна афазія. Алексія, аграфія. Ковтання в нормі. М'язева сила в лівих кінцівках — 5 балів, в правих кінцівках: 3 бали в руці, 3,5 бали в нозі. Сухожильні та періостальні рефлекси з верхніх кінцівок d > s, середньої жвавості; з нижніх кінцівок d > s, середньої жвавості. Симптом Бабінського (+) справа. Правобічна гемігіпалгезія. Координаторні проби оцінити неможливо через афатичні розлади. Менінгеальні знаки (–). NIHSS — 12 балів.

Хворому проведено КТ головного мозку (21.06.23 р.) (на момент обстеження переконливих даних за гострий мозковий інсульт не виявлено), КТ-ангіографію (достовірних ознак наявності тромботичних мас не виявлено, дефектів наповнення та гемодинамічно значимих стенозів не виявлено) та встановлено *клінічний діагноз*: Ішемічний інсульт в басейні лівої середньої мозкової артерії (21.06.23 р.) (клінічно), гострий період, з наявністю вираженої моторної, часткової сенсорної афазії, алексії, аграфії, центрального помірного правобічного геміпарезу, гемігіпалгезії.

Після проведення тромболітичної терапії стан хворого покращився: регресував правобічний геміпарез. зменшилися прояви сенсорної афазії. Утримується виражена моторна, елементи сенсорної афазії, алексія, аграфія. Правобічна гемігіпалгезія. NIHSS – 3 бали.

Під час перебування в стаціонарі хворому проведено наступні лабораторно-інструментальні обстеження з метою верифікації етіології ішемічного інсульту.

Загальний аналіз крові (21.06.23 р.) лейкоцити $5,02 \cdot 10^9$ /л, еритроцити $4,75 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін 153 г/л, кольоровий показник – 0,97, тромбоцити $201 \cdot 10^9$ /л. швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) – 2 мм/год, паличкоядерні – 2 %, сегментоядерні – 82 %, лімфоцити – 12 %, моноцити – 4 %, гематокрит 43,88 %.

Загальний аналіз сечі (22.06.2023 р.): питома вага 1025, рН – 5,5, білок 0,033, глюкоза – н/в, кетони ++, лейкоцити н/в, еритроцити незмінні 0–1 в полі зору, солі одиничні оксалати.

Реакція мікропреципітації (21.06.2023 р.) негативна.

Біохімічний аналіз крові (21.06.2023 р.): аланінамінотрансфераза (АЛТ) – 0,26 мкм/л, аспаратамінотрансфераза (АСТ) – 0,21 мкм/л, сечовина – 2,7 ммоль/л, креатинін 102,7 мкмоль/л, глюкоза 3,8 ммоль/л, білірубін загальний – 19 мкмоль/л, пряий білірубін 0 мкмоль/л, непряий – 19 мкмоль/л, загальний холестерин – 4,1 ммоль/л, калій – 4,05 ммоль/л, натрій – 130,2 ммоль/л, С-реактивний білок – < 6 мг/л.

Коагулограма (21.06.23 р): протромбіновий час – 14 с, міжнародне нормалізаційне співвідношення – 1,07, протромбіновий індекс – 92 %, фібриноген – 1,6 г/л.

КТ ґ/м (22.06.2023 р.) (після тромболізу): ознаки ішемічного інсульту в басейні лівої середньої мозкової артерії (в ділянці кровопостачання М2, М3, М5 гілок, в кортикальних та субкортикальних відділах гіподенсивні ділянки без чітких меж).

Доплер-ехокардіографія (26.06.23 р.): кальциноз стулок мітрального, аортального, трикуспідального клапанів з регургітацією. Скоротлива здатність збережена. Порожнини серця не розширені. Фракція викиду – 65 %.

Дуплексне сканування вен нижніх кінцівок (27.06.23 р.): тромботичних мас не виявлено, патологічних змін венозної системи не візуалізується.

Після виписки з лікувальної установи хворий продовжив нейрореабілітаційне лікування у реабілітаційному центрі м. Рівне, де в подальшому дообстежений. Оскільки у хворого відсутній обтяжений сімейний анамнез стосовно

цереброваскулярної та кардіоваскулярної патологій у молодому віці, у нього не відмічено ознак ураження інших органів та систем, відсутні відхилення у лабораторно-інструментальних методах обстеження прийнято рішення провести дослідження стосовно наявності тромбофілії, поліморфізму генів (протромбіну, лейденська мутація, MTHFR) (молекулярно-генетичне дослідження, ПЛР) (29.06.2023 р.): factor 2 Prothrombin 20210 G > A – G/G (нормальний генотип), factor 5 Leiden 1691 G > A – G/G (нормальний генотип), factor 5 R2 4070 A > G – A/A (нормальний генотип), factor 5 5279 A > G – A/A (нормальний генотип), MTHFR 1298 A > C – A/A (нормальний генотип) та виявлено мутацію MTHFR 677 C > T – T/T (гомозигота). Проведено магнітно-резонансне дослідження (МРТ) головного мозку (06.07.23 р.): МР-ознаки підгострого ішемічного інсульту в басейні лівої середньої мозкової артерії за змішаним типом (від кори та субкортикальної білої речовини лівої острівцевої частки, лобної, скроневої, тім'яної часток вздовж лівої латеральної борозни ділянка ішемії з мікрокрововиливами).

Хворий скерований на подальшу консультацію та лікування до гематолога.

Висновки. Під час обстеження пацієнтів молодого віку з криптогенним інсультом слід проводити діагностику тромбофілії, яка зустрічається не рідко та подекуди не діагностується. При генетичному тестуванні часто виникає мутація власне метилентетрагідрофолатредуктази (MTHFR), зокрема 677C > T, що прямо впливає на рівень гомоцистеїну та запускає “ішемічний каскад”.

Джерела

1. Boekholdt S., Kramer M. Arterial thrombosis and the role of thrombophilia. *Semin Thromb Hemost.* 2007; 33:588–96. doi:10.1055/s-2007-985755.
2. Boushey C. J., Beresford S. A., Omenn G. S., Motulsky A. G. A quantitative assessment of plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease. *Probable benefits of increasing folic acid intakes.* *Jama.* 1995;274:1049–1057.
3. Carroll B. J., Piazza G. Hypercoagulable states in arterial and venous thrombosis: When, how, and who to test? *Vasc. Med.* 2018; 23:388–399.
4. Choi B. O., Kim N. K., Kim S. H. Homozygous C677T mutation in the MTHFR gene as an independent risk factor for multiple small-artery occlusions. *Thromb. Res.* 2003; 111:39–44.
5. Cirstoveanu C., Calin N., Heriseanu C., Filip C., Vasile C. M., Margarint I., Marcu V. et al. Consistent Correlation between MTHFR and Vascular Thrombosis in Neonates-Case Series and Clinical Considerations. *J Clin Med.* 2023; Jul 24;12(14):4856. doi: 10.3390/jcm12144856.
6. Clarke R., Daly L., Robinson K. Hyperhomocysteinemia: an independent risk factor for vascular disease. *N. Engl. J. Med.* 1991;324:1149–1155.
7. Colucci C., Tsakiris D. A. Thrombophilia screening: universal, selected, or neither? *Clin Appl Thromb Hemost.* 2017; 23: 893–899. <http://dx.doi.org/10.1177/1076029616683803>.
8. Das S. K., Banerjee T. K., Biswas A., Roy T., Raut D. K., Mukherjee C. S., Chaudhuri A. et al. A prospective community-based study of stroke in Kolkata, India. *Stroke.* 2007; 38: 906–910.

9. *Esse R., Barroso M., Tavares de Almeida I. and Castro R.* The contribution of homocysteine metabolism disruption to endothelial dysfunction: State-of-the-Art. *Int. J. Mol. Sci.* 2019; 20:867. doi:10.3390/ijms20040867.
10. *Graydon J. S., Claudio K., Baker S., Kocherla M., Ferreira M., Roche-Lima A. et al.* Ethnogeographic prevalence and implications of the 677 C > T and 1298A > C MTHFR polymorphisms in US primary care populations. *Biomark Med.* 2019;13:649–61.
11. *Herrmann W.* The importance of hyperhomocysteinemia as a risk factor for diseases: An overview. *Clin. Chem. Lab. Med.* 2001; 39 (8): 666–674. doi:10.1515/CCLM.2001.110.
12. *Ji R., Schwamm L. H., Pervez M. A., Singhal A. B.* Ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults: risk factors, diagnostic yield, neuroimaging, and thrombolysis. *JAMA Neurol.* 2013; 70: 51–57. doi:10.1001/jamaneurol.2013.575.
13. *Kleindorfer D.O., Towfighi A., Chaturvedi S., Cockroft K.M., Gutierrez J., Lombardi-Hill D., Kamel H. et al.* Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association. *American Stroke Association. Stroke.* 2021; 52: 364–467.
14. *Leppert M. H., Burke J. F., Lisabeth L. D., Madsen T. E., Kleindorfer D. O., Sillau S., Schwamm L. H. et al.* Systematic Review of Sex Differences in Ischemic Strokes among Young Adults: Are Young Women Disproportionately at Risk? *Stroke.* 2022; 53:319-327.
15. *Liao S., Guo S., Ma R., He J., Yan Y., Zhang X., et al.* Association between methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T polymorphism and H-type hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Ann. Hum. Genet.* 2022; 86: 278–289. doi:10.1111/ahg.12468.
16. *Madsen T. E., Khoury J. C., Leppert M., Atwell K., Moomaw C. J., Sucharew H., Woo D. et al.* Temporal Trends in Stroke Incidence over Time by Sex and Age in the GC-NKSS. *Stroke.* 2020; 51:1070–1076.
17. *Martinelli I., Bucciarelli P., Mannucci P. M.* Thrombotic risk factors: basic pathophysiology. *Crit Care Med.* 2010; 38:3-9 <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181c9cb9d>.
18. *Nedelchev K., der Maur T. A., Georgiadis D., Arnold M., Caso V., Mattle H. P., Schroth G. et al.* Ischaemic stroke in young adults: Predictors of outcome and recurrence. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2005; 76:191–195.
19. *Nefic H., Mackic-Djurovic M., Eminovic I.* The frequency of the 677C&T and 1298A&C polymorphisms in the methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) gene in the population. *Med Arch.* 2018; 72:164-169. <http://dx.doi.org/10.5455/medarh.2018.72.164-169>.
20. *Putala J., Metso A.J., Metso T. M., et al .* Analysis of 1008 consecutive patients aged 15 to 49 with first-ever ischemic stroke. *Stroke.* 2009; 40:1195–203.
21. *Rose D., Kasner S.* Forge AHEAD with stricter criteria in future trials of embolic stroke of undetermined source. *Neural Regen. Res.* 2022; 17:1009.
22. *Ridker P. M., Miletich J. P., Hennekens C. H., Buring J. E.* Ethnic distribution of factor V Leiden in 4047 men and women. Implications for venous thromboembolism screening. *JAMA.* 1997; 277:1305–1307.
23. *Salvio G., Ciarloni A., Cutini M., and Balercia G.* Hyperhomocysteinemia: focus on endothelial damage as a cause of erectile dysfunction. *Int. J. Mol. Sci.* 2021; 22: 418. doi:10.3390/ijms22010418.
24. *Shao W., Yuan Y. and Li Y.* Association between MTHFR C677T polymorphism and methotrexate treatment outcome in rheumatoid arthritis patients: A system-

- atic review and meta-analysis. *Genet. Test. Mol. Biomarkers.* 2017; 21 (5):275–285. doi:10.1089/gtmb.2016.0326.
25. *Simone B., De Stefano B., Leoncini E., Zacho J., Martinelli I., Emmerich J., Rossi E.* et al. Risk of venous thromboembolism associated with single and combined effects of Factor V Leiden, Prothrombin 20210A and Methylenetetrahydrofolate reductase C677T: a meta-analysis involving over 11,000 cases and 21,000 controls. *Eur J Epidemiol.* 2013; 28: 621-647. <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-013-9825-8>.
26. *Tchantchou F., Goodfellow M., Li F., Ramsue L., Miller C., Puche A.,* et al. Hyperhomocysteinemia-induced oxidative stress exacerbates cortical traumatic brain injury outcomes in rats. *Cell. Mol. Neurobiol.* 2021; 41 (3): 487–503. doi:10.1007/s10571-020-00866-7.
27. *Weston-Smith S., Revell P., Savidge G. F.* Thrombophilia. *Br J Hosp Med.* 1989;41:368-71.
28. *Xi H., Zhang Y., Xu Y., Yang W. Y., Jiang X., Sha X.* et al. Caspase-1 inflammasome activation mediates homocysteine-induced pyroptosis in endothelial cells. *Circ. Res.* 2016; 118 (10): 1525–1539. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.308501.
29. *Zhao L., Li T., Dang M., Li Y., Fan H., Hao Q.* et al. Association of methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) rs1801133(677 C>T) gene polymorphism with ischemic stroke risk in different populations: An updated meta-analysis. *Front Genet.* 2022;13:1021423.

Тарас ГУСЕВ

канд. наук з фіз. виховання та спорту, доц.,
завідувач кафедри фізичного виховання,
Міжрегіональна Академія управління персоналом

Ігор МАРЦЕНЮК

канд. наук з фіз. виховання та спорту,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Ярослав СИБІРЯКІН

аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Геннадій ЧУПРИНА

д-р мед. наук, професор кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом

Наталія СВИРИДОВА

д-р мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом

Віталій СЕРЕДА

канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ СПОЛУЧЕННЯ ЛО-СУДИН І ЛО-ТОЧОК ПРИ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ

Анотація: в роботі представлено методику складання акупунктурних рецептів другого рівня при застосуванні Ло-судин і Ло-точок.

Ключові слова: рефлексотерапія, методика складання акупунктурних рецептів другого рівня, правило акупунктури “посібник-ло”.

Вступ. При використанні акупунктури, коли вже оволодів основними техніками, важливе значення має складання акупунктурних рецептів. При складанні акупунктурних рецептів існують певні правила, ми розберемо методику складання акупунктурних рецептів другого рівня при застосуванні Ло-судин і Ло-точок.

Виклад основного матеріалу. Другий (умовно) рівень впливу — метод застосування Ло-судин і Ло-точок. Це метод сполучення точок акупунктури (ТА), спрямований на відновлення ІНЬ-ЯН рівноваги поміж певних пар зв'язаних між собою різними типами зв'язків меридіанами акупунктури. Іншими словами — це метод створення балансу в системі меридіанів і колатералів (СМК). Працює за правилом “Господар-гість”.

Точка “господар”(посібник) [1] обирається на меридіані акупунктури (МА) з надмірністю (уражений МА, що захворів першим). Точка “гість” (Ло) обирається на МА з недостатністю, що зв'язаний з ураженням за допомогою різних типів зв'язків (цей меридіан утягнутий в патологічний процес пізніше). Розберем спочатку зв'язки між “спареними” меридіанами акупунктури.

Спарені меридіани: за поглядами традиційної Китайської медицини (ТКМ) — їх можна розглядати як “один меридіан” за рахунок тісних зв'язків між ними. Наприклад, меридіан Легень (внутрішній хід) спочатку входить в товстий кишечник, проходить вгору через діафрагму до з'єднання з легеньми. Меридіан Товстої кишки (внутрішній хід) спочатку входить в легені і опускається до з'єднання з товстим кишечником. На шляху цих меридіанів (спарених, тому що вони входять до складу одного елемента — “Металу”) реалізуються тісні внутрішні відносини (відображення філо-онтогенезу, функціональні, патологічні) між легеньми і товстим кишечником.

Меридіани Серця і Тонкої кишки, Селезінки-підшлункової залози і Шлунка, Печінки і Жовчного міхура, Нирок і Сечового міхура, Перикарда і Трьох обігрівачів також є згідно з поглядами ТКМ “спареними”, тому що вони споріднені філо-онтогенетичними особливостями, тісно пов'язані рефлекторно, фізіологічно і патологічно.

Акупунктурне (АП) лікування з використанням “спарених” МА є досить потужним впливом, і його можна розглядати як приклад лікування “подібного подібним”, адже в “спарених” МА циркулює однакова “прабатьківська” енергія.

За допомогою спарених меридіанів [2; 3] краще лікувати хронічні загальні захворювання з одночасним ураженням обох спарених органів, але можна цей підхід також використовувати і при патології больових синдромів частин тіла.

У разі загальних захворювань краще застосовувати білатеральне вколювання ТА “господар” і “гість”, а при больових синдромах — на боці болю вколювати ТА “господар” МА, що проходить через епіцентр болю, а на протилежному боці — вколювати ТА “гість”. Систему спарених МА можна в клініці використовувати при больових синдромах різних частин тіла. В такому випадку існує правило ТКМ “Горизонтального балансу”. Існують певні клінічні ознаки ураження МА, як “спарених”, що добре вісвітлені ТКМ ще в Чжень цю да чен:

Легені — господар, товста кишка — гість:

Канал Тай інь володіє великою кількістю ЧИ і незначною кількістю Крові.

Тому в грудях і серці надмірність ЧИ, руки гарячі, дихання утруднене, з’являється кашель, дуже сильно болять ключиці. Має місце опухання глотки, сухість в горлі, рясне потовиділення, сильні болі в передніх зв’язках плечей і сосках, запалення діафрагми. У цьому випадку слід впливати на ТА Р-9 Тай ян і GI-6 Пянь лі.

Товста кишка — господар, легені — гість:

Канал Ян мін починається між ніздрями. Про нього згадують, коли болять обличчя і зуби, набрякають щоки. Хвороби виражаються в пожовклих очах, сухості в роті, зелених виділеннях з носа і кровотечах, затерпlosti горла, болях в плечах, скутості рухів великих і вказівних пальців. У цьому разі слід впливати на ТА GI-4 хе-гу і Р-7 Ле-цюе.

Шлунок — господар, селезінка — гість:

Людина відчуває сильні болі в животі, у неї щемить серце, настрої похмурий, печальний, їй неприємні інші люди, її дратує вогонь, полум’я світильника. У вухах відлунює биття серця, вона відчуває страх, який примушує серце колотитися. З носа тече кров, губи перекошені, хворий страждає від лихоманки, він зриває з себе одяг, всередині відчуває жар. У нього болять ноги, з’являються нариви і фурункули. ЧИ стає отруйною, що викликає біль в грудях і ногах. У цьому випадку слід впливати на ТА Е-42 Чун-ян і РР-4 Гун-сунь.

Селезінка — господар, шлунок — гість:

Коли уражений канал Тай-інь, то напруженим стає корінь язика, спостерігається блювання, розлади шлунка, болі в органах Чжан, що розташовані у черевній порожнині. ЧИ субстанції ІНЬ різко піднімаються вгору, що викликає відрижку. Тіло стає тяжким, пропадає всяке бажання діяльності. Хворого сильно знобить, тіло слабшає, розвивається жовтяниця, у стегнах і колінах виникає недостатність, що викликає сильні болі. У цьому випадку слід впливати на ТА РР-3 Тай-бай і Е-40 Фен-лун.

Серце — господар, тонка кишка — гість:

Коли уражений канал Шао інь, в горлі відчувається сухість, хочеться пити, з'являється недостатність рук, жовтіють очі, болять боки і руки, долоні стають гарячими. Хворий під час лікування повинен повністю довіритися лікарю, тому що в іншому разі він буде блювати кров'ю, його охопить нервова депресія.

У цьому випадку слід впливати на ТА С-7 Шень-мень і ІГ-7 Чжи-чжен.

Тонка кишка — господар, серце — гість:

Дуже болючі ураження каналу ІГ. Мають місце набряклість щік, біль в плечах, затерплість шиї, набряклість і болі в горлі і підборідді, надпліччях і лопатках, руках. Людина гложне, очі в неї жовтіють. У цьому випадку слід впливати на ТА ІГ-4 Вань-гу і С-5 Тун-лі.

Сечовий міхур — господар, нирки — гість:

Розлади каналу V проявляються в захворюваннях шиї. Людина відчуває болі в очах, шиї, попереку, ногах, вона не може рухатися. Мають місце сильна діарея, лихоманка, напади люті, жар С і VB. Брови вигинаються, з носа йде кров, очі жовтіють, сухожилки і кості стискаються. У хворого загострюється геморої, з'являються гемороїдальні фістули, турбує метеоризм, набрякає серце. У цьому випадку слід впливати на ТА V-64 Цзин-гу і R-4 Дачжун.

Нирки — господар, сечовий міхур — гість:

Обличчя темнішає, постійне бажання лежати, анорексія, погіршення зору, гіпертермія, епілепсія, болі в попереку, ниючі болі в ногах, сильний страх. Йде боротьба між С та VB, що викликає дефіцит ЧИ, тіло жовтіє. У цьому випадку слід впливати на ТА R-3 Тай-сі і V-58 Фей-ян.

Перикард — господар, сан цзяо — гість:

Коли уражений канал перикарду, руки зводить судомою. Їх неможливо витягнути, тому що їх крутить, вони болять. Відбувається наповнення грудної клітки, що викликає утворення в аксиллярних ямках пухлин. У хворого виникають апатія, печаль. Очі жовтіють, іноді виникають напади сміху, обличчя червоніє, в долонях жар. У цьому випадку слід впливати на ТА МС-7 Да-лін і TR-5 Вай-гуань.

Сан цзяо — господар, перикард — гість:

Хвороби TR проявляються глухотою, затерплістю глотки, сухістю в горлі, припухлістю і почервонінням очей, болями за вухом і в ліктях, рясним потовиділенням, болями у хребті позаду серця, синдромом "вітру" плечей і спини, що вказує на ураження рук і ліктів. Людина страждає від сильних закрепів, має місце нетримання сечі або її затримка. У цьому випадку слід впливати на ТА TR-4 Ян-Чи і МС-6 Ней-гуань.

Жовчний міхур — господар, печінка — гість:

На канал VB впливають, коли болять грудна клітка, ребра і боки, неможливо рухати ногами. На обличчі похмурий вираз, біль в очах, рясне потовиділення в ділянці ключиць і аксиллярних ямок, утворюються тверді пухлини на шиї. Хворого кидає то в жар, то в холод. У цьому випадку слід впливати на ТА VB-40 Цю-суй і F-5 Лі-гоу.

Печінка — господар, жовчний міхур — гість:

Канал F містить невелику кількість ЧИ і значну — Крові. Коли уражений цей канал, у чоловіків з'являється грижа, спостерігаються сильні болі в попереку, у жінок набрякає живіт, особливо його низ. Коли хвороба досягає піку, в горлі відчувається сухість, риси обличчя загострюються. Мають місце набряки грудної клітки, блювання, біль в животі, діарея, нетримання сечі або її затримка. У цьому випадку слід впливати на ТА F-3 Тай-чун і VB-37 Гуан-мін.

Особливості правила “Горизонтального балансу”:

Якщо біль (будь-яка патологія) локалізований ліворуч (праворуч) у ІНЬ-меридіані АП, необхідно гальмувати симетричну ТА праворуч (ліворуч) у спареному ЯН меридіані АП. Якщо біль локалізований ліворуч (праворуч) у ЯН- меридіані АП, необхідно гальмувати симетричну ТА праворуч (ліворуч) у спареному ІНЬ меридіані АП. Таким чином формується правило “Вколювання протилежної сторони”: “Вколювання протилежної сторони” — це відображення закону класичної АП (досягнення ІНЬ через ЯН і ЯН через ІНЬ): болить голова — вколюй дистальні ТА на кистях і стопах, болить спина — вколюй ТА на грудях і животі, страждає меридіан селезінки — вколюй спарений меридіан шлунка і т. п.).

Висновки. Методика складання акупунктурних рецептів другого рівня при застосуванні Ло-судин і Ло-точок може бути ефективно використана в практиці лікаря-рефлексотерапевта.

Джерела

1. *Свиридова Н., Морозова О., Чуприна Г.* та ін. Рефлексотерапія: підручник; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1008 с.
2. *Свиридова Н., Морозова О., Чуприна Г.* та ін. Рефлексотерапія: підручник; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. Т. 4. 220 с.
3. *Свиридова Н., Чуприна Г., Парнікоза Т.* та ін. Вибрані питання застосування методів рефлексотерапії у лікуванні больових синдромів: посібник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. К.: ТОВ “Тропеа”, 2023. 202 с.

Тарас ГУСЕВ

канд. наук з фіз. виховання та спорту, доц.,
завідувач кафедри фізичного виховання,
Міжрегіональна Академія управління персоналом

Ігор МАРЦЕНЮК

канд. наук з фіз. виховання та спорту,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Ярослав СИБІРЯКІН

аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Геннадій ЧУПРИНА

д-р мед. наук, професор кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом

Наталія СВИРИДОВА

д-р мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом

Віталій СЕРЕДА

канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом

Ольга ВЕРНЕР

канд. мед. наук, доц.,
начальник навчальної частини НУОЗ України імені П. Л. Шупика

ПОГЛЯДИ НА ПАТОГЕНЕЗ ЛЮМБАГО В ТРАДИЦІЙНІЙ КИТАЙСЬКІЙ МЕДИЦИНІ, ЩО ДОЦІЛЬНО ВРАХУВАТИ ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ БОЛІВ У СПИНІ

Анотація: в роботі представлено погляди на патогенез люмбаго в традиційній Китайській медицині. Також висвітлено один клінічний випадок застосування акупунктури при болях в попереку.

Ключові слова: рефлексотерапія, патогенез люмбаго в традиційній Китайській медицині, використання акупунктури при люмбаго.

Вступ. Теорія традиційної Китайської медицини (ТКМ) говорить “По-перек — це будинок нирок”, що свідчить про те, що вітальна енергія нирок живить і зігріває поперекову область [1]. Якщо енергія нирок недостатня

або виснажена, “будинок нирок” позбавляється живлення (ІНЬ-компонент) і зігрівання (ЯН-компонент), наслідком чого є люмбаго та інші поперекові вертеброгенні больові синдроми (люмбалгія, люмбоішіалгія, радикулопатія) [2; 3]. Акупунктурні (АП) канали, що проходять через попереки, це Ду май, Жень май, Дай май; АП-меридіани нирок і сечового міхура. Будь-які ушкодження, травми, хронічні захворювання або впливи зовнішніх патогенних чинників (ПЧ), що обумовлюють блокаду ЧИ, або зниження живлення в каналах навколо попереку, приводять до люмбаго та інших вертеброгенних захворювань поперекового рівня.

Виклад основного матеріалу. Головні синдроми ТКМ включають люмбаго внаслідок:

- внутрішніх ушкоджень, травм та зовнішніх впливів;
- дефіциту нирок, застою Крові — внутрішні ПЧ;
- впливу Холоду-Вологості та Вологого Жару — зовнішні ПЧ.

Люмбаго внаслідок внутрішніх ушкоджень:

- часто виникає у літніх людей та осіб середнього віку; основними причинами є дефіцит ниркової есенції внаслідок хронічних захворювань або статевих надмірностей, або дефіцит есенції і Крові внаслідок старіння; через те, що попереки є “дзеркалом нирок”, дефіцит ниркової есенції зумовлює біль дефіцитарного типу, пов’язану зі слабкістю нирок; пацієнтів турбує тупий періодичний біль, що посилюється при втомі; внаслідок того, що при хронічних захворюваннях мають місце порушення кровообігу; цей тип поперекового болю має середню інтенсивність, триває довго і приводить до застою крові і блокуванню колатералей, що поглиблює стан; такий тип люмбаго супроводжується постійними нападами, болі мають фіксовану локалізацію.

Люмбаго внаслідок травм:

- такий тип люмбаго виникає після падіння або раптового розтягування чи забою, що зумовлює м’язове або сухожилльне ушкодження; це приводить до гострого люмбаго типу застою крові, з порушенням об’єму рухів у хребті; це іноді викликає хронічне люмбаго типу застою крові як наслідок неналежного лікування гострих станів, неадекватного навантаження під час болю, значної астенії; при хронічному люмбаго типу застою крові відпочинок може полегшувати біль, а значне фізичне навантаження поглиблювати стан.

Люмбаго внаслідок зовнішніх впливів:

- цей вид люмбаго часто пов’язаний з зовнішніми погодними факторами: насамперед, Вологістю (чутливість до холодного дощу або до вітру під час потіння, праця у вологих і жарких умовах); тому меридіани навколо хребта вражаються такими зовнішніми комбінованими ПЧ: Вологість-Холод, Вологість — Жар, формуючи люмбаго відповідного типу.

Люмбаго внаслідок дефіциту нирок:

- тупий біль у поперековій ділянці із затерплістю, слабкістю, що турбує постійно; пальпація і масаж у поперековій ділянці викликають або посилюють біль; у хворих має місце слабкість в голішках і колінах, що провокується напруженням (фізичним, психічним, сексуальним) і зменшується після відпочинку; пацієнти відповідають габітусу дефіциту ЯН: худорлявої статури,

відчуття похолодання кінцівок, підвищена чутливість до холоду, теплолюбиві; язик блідий, пульс глибокий і слабкий.

Люмбаго внаслідок Холоду-Вологості:

- відчуття похолодання, болю і важкості в попереку, обмеження рухів у хребті;

- відпочинок не пом'якшує біль, однак масаж і тепло (парафін, озокерит) дещо його зменшують; біль починається або посилюється у вологий або дощовий день.

- язик вкритий білим брудним нальотом (товстим шаром), пульс глибокий, або глибокий і повільний.

Люмбаго внаслідок Вологості-Жару:

- пацієнти відчувають розпираючі або пульсуючі болі в попереку, що відповідають типу Жару; пальпація підсилює біль, так само як спека або волога погода (особливо туман); у пацієнтів можуть бути дизуричні розлади, невелика кількість концентрованої темної сечі, наліт на язиці жовтий або брудний білий, пульс слизький і швидкий, або напружений і слизький.

Люмбаго внаслідок застою Крові:

- пацієнти відчувають гострий біль в попереку, або тягнучий біль з іррадіацією в певному положенні; біль зменшується вдень і стає набагато сильнішим вночі;

- утруднені повороти тулуба і пальпація сухожиль підсилює біль; багато пацієнтів мають в анамнезі травми і перенапруження; язик пурпуровий з темними плямами, пульс шорсткий.

Стандартна АП-корекція:

- терапевтичні принципи АП-лікування гострого люмбаго — активація Крові і усунення застою, очищення колатералей і зменшення болю; як базові методи застосовується гальмівна АП-техніка, банкове або точкове кровопускання; при хронічному люмбаго найчастіше мають місце дефіцитарні синдроми, обумовлені недостатністю печінки і нирок, або недостатністю ЧИ і Крові;

- лікування включає підсилення нирок і печінки для покращення функцій хребта і сухожиль; при дефіциті ЯН застосовується АП і припалювання, але останній метод не показаний при дефіциті ІНЬ, бо це ще більше виснажує ІНЬ; пацієнти з дефіцитом нирок і застоєм Крові при люмбаго слід одночасно застосовувати збуджувальну і гальмівну методику АП: збуджувальна техніка сприяє збагаченню нирок і живленню сухожиль і кісток (хребта), а гальмівна — усуненню застою і зниженню болю; при лікуванні люмбаго внаслідок Холоду-Вологості голковколювання і припалювання використовуються разом для потенціювання зігрівання АП-каналів, очищення колатералей, видалення Холоду і зменшення болю; припалювання не використовується для лікування люмбаго внаслідок Жару-Вологості щоб уникнути підсилення Жару.

Базове АП-лікування:

Базовий корпоральний АП-рецепт

V-23 шень-шу

V-25 да-чан-шу

V-40 вей-чжун

RP-6 сань-інь-цзяо

Базовий аурикулярний АП-рецепт

AP 39-40 — попереково-крижовий відділ хребта

AP 54 люмбалгія

AP 95 нирки

AP 97 печінка

AP 55 шень-мень

AP 34 кора головного мозку

AP 100 серце

Диференційоване АП-лікування:

1. Гостре люмбаго — Т-26

2. Люмбаго внаслідок травми: VB-34, V-32, А-Ши точки;

3. Люмбаго внаслідок Холоду-Вологості: V-52, VB-34, Т-3

4. Люмбаго внаслідок : Жару-Вологості: V-22, V-28, RP-9

5. Люмбаго внаслідок дефіциту ниркового ЯН: Т-4, J-4, J-6

6. Люмбаго внаслідок дефіциту ниркового ІНЬ: VB-39, R-3, R-6

7. Люмбаго внаслідок дефіциту нирок і застою крові: V-17, V-24, RP-1

Припалювання при люмбаго:

- пацієнтів з болючістю і болем типу Холод в попереку слід лікувати прямим припалюванням (тепловий ЦЗЮ), після закінчення голковколуювання в зону ТА: V-26, V-31, V-32, V-33, V-34;

- хворих з затерплістю і м'язовими атрофіями — в зону ТА:Е-36, RP-10, R-3.

При гострому дискогенному попереково/крижовому радикуліті в зону ТА: V-26, V-31, V-32, V-33, V-34;

- при гострому дискогенному попереково/крижовому радикуліті (внаслідок пролапсу міжхребцевого диску) в зону ТА: V-26, V-31, V-32, V-33, V-34;

- при іррадіації болю в сідницю і ногу: припалювання V-54, VB-30, V-36, V-37, а також ГРТ ТА: V-57, V-58, VB-39.

Клінічний випадок 1. Хворий В., 43 роки, лікар, викладач. Тривалий час було психоемоційне напруження, став турбувати біль в попереку і м'язові спазми в спині — більше 6 міс. Застосовував пероральні анальгетики — ефекту не було, але періодично стали виникати гастралгії. Астенізований.

Підвищена чутливість до холоду, під час вологої погоди болі підсилювались. При пальпації паравертебральні зони помірно болючі, значна пастозність м'яких тканин. МРТ — задньо-латеральна кила 8 мм L-3 — L-4. Діагноз клінічний: вертеброгенна люмбалгія з тривалим больовим, м'язово-тонічним синдромом. Кила міжхребцевого диску L-3 — L-4. Супутній діагноз: гастралгії. АП-діагноз: хронічне люмбаго внаслідок дефіциту ЯН-нирок, синдром холоду-вологості.

Були застосовані базові та диференційовані АП-рецепти, припалювання, полісегментарна електропунктура.

Після 1-го сеансу болі і м'язові спазми пройшли майже повністю. Всього отримав 3 сеанси і став вважати себе практично здоровим. Залишились лише супутні симптоми- гастралгії.

Спрацював ефект “поштовху” — стимуляція за допомогою РТ власних саногенетичних механізмів.

Для купіровання супутніх симптомів (гастралгій) використовували таке АП-лікування:

Віддалені ТА: МС-6(Ней-Гуань), GI-4 (Хе-Гу), РС-118 (Чжун –Цюань), РС-108 (Ло-Чжень), “Ручна шлунково-кишкова”, аурикулярні ТА: АР-84-91.

Висновки. Погляди на патогенез люмбаго в традиційній Китайській медицині можуть бути ефективно використані для реабілітації хворих з болями в спині.

Джерела

1. Свиридова Н., Морозова О., Чуприна Г. та ін. Рефлексотерапія: підручник; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1008 с.
2. Свиридова Н., Морозова О., Чуприна Г. та ін. Рефлексотерапія: підручник; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. Т. 4. 220 с.
3. Свиридова Н., Чуприна Г., Парнікоза Т. та ін. Вибрані питання застосування методів рефлексотерапії у лікуванні больових синдромів: посібник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. К.: ТОВ “Тропеа”, 2023. 202 с.

Тарас ГУСЕВ

*канд. наук з фіз. виховання та спорту, доц.,
завідувач кафедри фізичного виховання,
Міжрегіональна Академія управління персоналом*

Ігор МАРЦЕНЮК

*канд. наук з фіз. виховання та спорту,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

Ярослав СИБІРЯКІН

*аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р мед. наук, професор кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія СВИРИДОВА

*д-р мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Ольга ВЕРНЕР

*канд. мед. наук, доц.,
начальник навчальної частини НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

ВИКОРИСТАННЯ ПУЛЬСОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИ СКЛАДАННІ АКУПУНКТУРНИХ РЕЦЕПТІВ В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ

Анотація: в роботі представлено основи традиційної пульсової діагностики. Наведено теоретичні дані традиційної Китайської медицини, на яких пульсова діагностика базується.

Ключові слова: рефлексотерапія, основи традиційної пульсової діагностики.

Вступ. Пульсова діагностика (ПД) базується на взаємозв'язках між пульсами, анатомічними частинами тіла і меридіанами акупунктури (МА), враховуючи позицію МА в теорії про триграми (ТГ) та гексаграми (ГГ). Відповідні риси верхньої і нижньої ТГ кожної ГГ, що відповідає МА, балансують одна з одною. Вона має декілька аспектів [1].

Виклад основного матеріалу. В основі ПД лежить аналіз 8-ми ТГ І цзину:

- відповідність пульсів, теорві ІНЬ-ЯН і ТГ 5-елементам (енергіям) [2; 3];
- відповідність пульсів частинам тіла і органам, МА (ділянки на променевої артерії правої і лівої руки).

Виділяють три пульсові позиції:

Гуань — на зап'ястку, на рівні шиловидного відростка променевої кістки, над променевою артерією) — середня позиція (друга);

Дистальніше Гуань знаходиться позиція Цунь (відноситься до ЯН) (перша);

Проксимальніше Гуань знаходиться позиція ЧИ (відноситься до ІНЬ) (третья);

вся ділянка променевої артерії, де здійснюється ПД, довжиною 3, 8 см, має назву "цунь коу".

Методика ПД:

лікар сідає навпроти пацієнта;

пацієнт тримає руки зігнутими в ліктях під кутом 45 град. Або кладе їх на стіл (краще, щоб вони були розташовані на рівні серця);

лівою рукою лікар діагностує пульси правої руки пацієнта і навпаки;

середній палець рук лікаря лягає на позицію Гуань, вказівний – на Цунь, безіменний – на ЧИ.

Відповідність пульсових позицій (ліва рука) органам і МА:

позиція Цунь на лівій руці відповідає серцю, ІНЬ – вогонь (верхній обігрівач);

позиція Гуань на лівій руці відповідає печінці і жовчному міхуру, ЯН-дерево/ІНЬ дерево (середній обігрівач);

позиція ЧИ на лівій руці відповідає ниркам, тонкій кишці і сечовому міхуру ІНЬ-вода (нижній обігрівач).

Відповідність пульсових позицій (права рука) органам і МА:

позиція Цунь на правій руці відповідає легеням ІНЬ-метал (верхній обігрівач);

позиція Гуань на правій руці відповідає селезінці і шлунку ЯН-земля/ІНЬ-земля (середній обігрівач);

позиція ЧИ на правій руці відповідає ниркам ЯН-вода (Мін-мень, “Ворота життя” і товстій кишці) (нижній обігрівач).

Права нирка – Мін-Мень: центр регуляції вітальної енергії організму, контролю адаптаційних можливостей нейро-ендокринної системи, ЦНС, психіки.

Ліва нирка – власне нирка.

Пульсові позиції зручно узгоджувати за схемою У-Сін, провівши умовну вертикальну лінію, що ділить схему У-Сін на дві частини

ПД(12 позицій – інша версія):

Права рука –

- Цунь: Товста кишка (поверхневий пульс) / Легені (глибокий пульс)
- Гуань: Шлунок (поверхневий пульс) / Селезінка (глибокий пульс)
- ЧИ: Три порожнини тіла (поверхневий пульс) / Перикард (глибокий пульс)

Ліва рука –

- Цунь: Тонка кишка (поверхневий пульс) / Серце (глибокий пульс)
- Гуань: Жовчний міхур (поверхневий пульс) / Печінка (глибокий пульс)
- ЧИ: Сечовий міхур (поверхневий пульс) / Нирки (глибокий пульс).

Діагностика по властивостям пульсу. ТКМ виділяє 27 властивостей пульсу, серед яких основними є: повільний, пустий, втопаючий, короткий, тугий твердий, слабкий, переривчастий, швидкий, повний, плаваючий, довгий, слизький, м'який, струнний, хвилеподібний.

Висновки. Пульсова діагностика може бути ефективно використана при складанні акупунктурних рецептів в системі реабілітації хворих.

Джерела

1. Свиридова Н., Морозова О., Чуприна Г. та ін. Рефлексотерапія: підручник; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1008 с.
2. Свиридова Н., Морозова О., Чуприна Г. та ін. Рефлексотерапія: підручник; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. Т. 4. 220 с.

3. *Свиридова Н., Чуприна Г., Парнікоза Т. та ін. Вибрані питання застосування методів рефлексотерапії у лікуванні больових синдромів: посібник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. К.: ТОВ “Тропеа”, 2023. 202 с.*

Тарас ГУСЕВ

*канд. наук з фіз. виховання та спорту, доц.,
завідувач кафедри фізичного виховання,
Міжрегіональна Академія управління персоналом*

Ігор МАРЦЕНЮК

*канд. наук з фіз. виховання та спорту,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

Ярослав СИБІРЯКІН

*аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р мед. наук, професор кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія СВИРИДОВА

*д-р мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Ольга ВЕРНЕР

*канд. мед. наук, доц.,
начальник навчальної частини НУОЗ України імені П. Л. Шупика*

**ВИКОРИСТАННЯ КОНТРАСТНО СПАРЕНИХ МЕРИДІАНІВ
ПРИ СКЛАДАННІ АКУПУНКТУРНИХ РЕЦЕПТІВ
В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ**

Анотація: в роботі представлено підходи до використання контрастно спарених меридіанів при складанні акупунктурних рецептів в системі реабілітації хворих. Розібрано також правило “вертикального балансу”.

Ключові слова: рефлексотерапія, підходи до використання контрастно спарених меридіанів при складанні акупунктурних рецептів, реабілітація.

Вступ. Контрастно спарені меридіани акупунктури (МА) — це ті, що знаходяться в “протифазі” щодо добової циркуляції ЧИ. Контрастно спареними є МА Легень і Сечового міхура, Товстої кишки і Нирок, Шлунка і Перикарду, Селезінки-підшлункової залози і Трьох обігрювачів, Серця і Жовчного міхура, Тонкої кишки і Печінки [1–3].

Виклад основного матеріалу: згідно з уявленнями традиційної Китайської медицини (ТКМ), ІНЬ-ЯН взаємодія повинна лежати в основі будь-якого якісного акупунктурного лікування. У загальному сенсі цей принцип проголошується таким чином: “Досягнення ІНЬ через ЯН, а ЯН через ІНЬ”. Тобто, саме у взаємозв'язках ІНЬ і ЯН протилежних аспектів людського організму слід шукати можливостей для збереження здоров'я і лікування захворювань. Так, як електричний струм виникає лише при з'єднанні електродів позитивної і негативної полярності, так і акупунктурна саногенетична енергія утворюється у разі ІНЬ-ЯН взаємодії. Наприклад, для того, щоб ефективно лікувати головний біль, мало впливати на ТА голови, а слід також використовувати ТА, що розташовані на ступнях ніг: Т-20 (Бай-Хуей) + F-3 (Тай-Чун), тобто, здійснювати “досягнення ЯН через ІНЬ”; при лікуванні розладів Чжан-органів(ІНЬ), окрім впливу на ТА їх меридіанів, позитивні клінічні ефекти спостерігаються у разі дії на їх точки «співчуття», що розташовані на спині (ЯН), здійснюючи “досягнення ІНЬ через ЯН”, а для успішної корекції розладів ФУ-органів (ЯН) слід впливати на їх точки “тривоги”, які знаходяться на животі та грудях (ІНЬ), здійснюючи “досягнення ЯН через ІНЬ” [1–3].

ІНЬ-ЯН взаємодія відображається також на добовій організації функціонування організму, у здійсненні якої кожен з дванадцяти регулярних меридіанів (а точніше, функціональна система, яка за нього відповідає) впродовж двох годин виконує не лише специфічні його функції, а й несе відповідальність (“несе варту”) за функціональну активність і трофіку всього організму (“забезпечує загальну циркуляцію ЧИ і Крові”).

Добова організація функціонування організму (добове коло циркуляції ЧИ) виглядає таким чином I варта — меридіан і система Легень(Р) — 3–5 год. (номер варту відповідає також номеру меридіана в міжнародній акупунктурній номенклатурі); II варта — меридіан Товстої кишки (GI) — 5–7 год.; III варта — меридіан Шлунка (E) — 7–9 год.; IV варта — меридіан Селезінки-підшлункової залози (RP) — 9–11 год.; V варта — меридіан Серця (C) — 11–13 год.; VI варта — меридіан Тонкої кишки (IG) — 13–15 год.; VII варта — меридіан Сечового міхура (V) — 15–17 год.; VIII варта — меридіан Нирок (R) — 17–19 год.; IX варта — меридіан Перикарду (MC) — 19–21 год.; X варта — меридіан Трьох обігрювачів (TR) — 21–23 год.; XI варта — меридіан Жовчного міхура (VB) — 23–01 год.; XII варта — меридіан Печінки (F) — 01–03 год. [1–3].

“Варту” меридіан несе у період максимального насичення енергією (час максимальної активності), і якщо в цей час регулярно стаються збої у функціонуванні організму (пароксизмальний розвиток патологічних симпто-

мів), то найбільш вірогідно, що за ці збої несе відповідальність “вартовий” меридіан. Причому, характер симптомів не має вирішального значення(це може бути і головний біль, і порушення сну, і біль в клінному суглобі і гіпертонічна криза), головне значення приділяється систематичній появі патологічних проявів приблизно у той же самий час доби. По цьому робиться діагностичний висновок: який же з меридіанів вносить вирішальний внесок у розвиток (загострення, декомпенсацію) патології і який саме меридіан, на-самперед, потребує акупунктурної корекції. Так, наприклад, якщо у хворого з’являються проблеми зі здоров’ям приблизно у один і той же час (з першої по третю годину ночі), але симптоми захворювання різні (одного разу виникає головний біль, іншого — турбує біль в коліні, розвивається гіпертонічна криза чи непокоїть безсоння), то згідно з поглядами ТКМ причина усіх цих негараздів одна: це проблеми з системою “печінки” і саме меридіану Печінки слід приділити максимальну увагу в акупунктурному лікуванні подібних розладів, бо саме він є “вартовим” у цей час доби.

В ТКМ вважається, що меридіани в добовому колі циркуляції ЧИ тісно пов’язані ІНЬ-ЯН взаємозв’язками: ті меридіани, що знаходяться в максимумі своєї активності контрастно зв’язані з меридіанами, що в той же час перебувають у фазі мінімальної активності(взаємозв’язок Полудень — Північ). Наприклад, меридіан Перикарду контрастно зв’язаний з меридіаном Шлунка, і цей різновид ІНЬ-ЯН зв’язку використовується для складання акупунктурних рецептів: так, для лікування розладів шлунка можна ефективно використати такий акупунктурний пропис: Е-36 (Цзу –Сань-Лі) + МС-6 (Ней-Гуань).

В залежності від превалювання в клінічній картині захворювання ІНІ (слабкість) або ЯН (збудження) аспектів, робиться висновок про характер порушень — дефіцит(ІНЬ) це чи надмірність (ЯН) того чи іншого меридіану і призначається адекватна корекція: застосовується збуджувальна акупунктурна методика (ЯН) у разі дефіциту і гальмівна (ІНЬ) — при явищах надмірності. Для здійснення збуджувальної акупунктурної методики (ЯН) доцільно впливати на специфічні збуджувальні акупунктурні точки меридіанів, що дають можливість активізувати енергетичні процеси у відповідному меридіані і зв’язаною з ним функціональною системою, і тим самим представляють ЯН-аспекти меридіана, тоді як для реалізації і гальмівної методики (ІНЬ) слід застосовувати специфічні гальмівні акупунктурні точки меридіанів(гальмують енергетичні процеси у відповідному меридіані і зв’язаною з ним функціональною системою), які представляють ІНЬ-аспекти меридіана.

Особливості правила “Вертикального балансу”:

Якщо патологія локалізована в лівій руці, слід гальмувати в контрастно спареному МА (протилежному по знаку), у симетричній щодо центру тіла точці акупунктури (ТА) правої ноги.

Якщо патологія локалізована в лівій нозі, слід гальмувати в контрастно спареному МА (протилежному по знаку), у симетричній щодо центру тіла ТА правої руки.

Використання контрастно спарених меридіанів для загальних захворювань:

- вколювання проводиться білатерально;
- на ураженому меридіані вколюється точка Ло (тонізація), а на контрастно спареному — посібник (гальмування) — цей меридіан є “господарем” в даній ситуації;
- через 12 годин, коли буде час максимальної активності ураженого меридіана, вони поміняються ролями — і дія буде протилежною;
- вколювання доцільно проводити в час максимальної активності контрастно спареного меридіана;
- використання принципу відображень і проєкцій при цьому правилі є доречним поряд з міжмеридіанними зв'язками;
- наприклад, при виникненні бронхоспазму у хворого з 3.00 до 5.00, слід проводити лікування для його профілактики в час з 15.00 до 17.00, впливаючи на ТА: V-64 (гальмування), P-10 (проєкція легень на кисті) МС-6 (проєкція легень на передпліччі) RP-6, R-9 (проєкція легень на гомілці), P-7 (тонізація).

Відображення і проєкції:

- використання відображень і проєкцій поряд з міжмеридіанними зв'язками і контеральним вколюванням є найважливішою технікою в різних стилях акупунктурного лікування.

Проєкція: накладання однієї частини тіла на іншу для встановлення зон відповідності. Приклад: проєкція різних частин тіла на вушній раковині, скальпі, кисті і стопі. Може бути прямою та зворотною. Кисті і стопи — є проєкцією голови. Променезап'ястні і гомілковоступневі суглоби — є проєкцією шиї. Ліктьові і колінні суглоби — є проєкцією пупка і верхньої частини попереку. Стегна і плечі — є проєкцією нижньої частини живота і попереково-крижової ділянки. Плечові і кульшові суглоби — є проєкцією геніталій.

Відображення: встановлює відповідність між частинами тіла, що мають східну анатомію і розвиток, може також бути прямим і зворотнім.

Висновки. Підходи до використання контрастно спарених меридіанів можуть бути ефективно використані при складанні акупунктурних рецептів в системі реабілітації хворих.

Джерела

1. Свиридова Н., Морозова О., Чуприна Г. та ін. Рефлексотерапія: підручник; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1008 с.
2. Свиридова Н., Морозова О., Чуприна Г. та ін. Рефлексотерапія: підручник; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К. : ТОВ “Тропеа”, 2023. Т. 4. 220 с.
3. Свиридова Н., Чуприна Г., Парнікоза Т. та ін. Вибрані питання застосування методів рефлексотерапії у лікуванні больових синдромів: посібник для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. К.: ТОВ “Тропеа”, 2023. 202 с.

Тарас ГУСЕВ

канд. наук з фіз. виховання та спорту, доц.,
завідувач кафедри фізичного виховання,
Міжрегіональна Академія управління персоналом

Ігор МАРЦЕНЮК

канд. наук з фіз. виховання та спорту,
доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Ярослав СИБІРЯКІН

аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України

Геннадій ЧУПРИНА

д-р мед. наук, професор кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом

Наталія СВИРИДОВА

д-р мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом

Віталій СЕРЕДА

канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом

Ольга ВЕРНЕР

канд. мед. наук, доц.,
начальник навчальної частини НУОЗ України імені П. Л. Шупика

ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНАЦІЇ ШУ-ТОЧОК ТА МО-ТОЧОК ПРИ СКЛАДАННІ АКУПУНКТУРНИХ РЕЦЕПТІВ В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ

Анотація: в роботі представлено підходи до використання комбінації Шу-точок та Мо-точок при складанні акупунктурних рецептів в системі реабілітації хворих.

Ключові слова: рефлексотерапія, підходи до комбінації ШУ-точок та МО-точок при складанні акупунктурних рецептів, реабілітація.

Вступ. Застосування комбінації Шу-точок та Мо-точок — це другий рівень впливу(умовно) при складанні акупунктурних рецептів в рефлексотерапії [1–3].

Це метод сполучення точок акупунктури (ТА), спрямований на відновлення ІНЬ-ЯН рівноваги в організмі. Мо-точки розташовані на грудях і животі (поверхня ІНЬ), це місце скопичення ЧИ АП-каналів. Шу-точки розташовані на спині (поверхня ЯН), і є місцями “розливу ЧИ” АП-каналів. Кожен ЧЖАН-ФУ орган має свої Шу і Мо точки, які при розвитку захворювання реагують на нього [1–3].

Виклад основного матеріалу. Значення ТА Шу: в них вливається енергія всіх Чжан-Фу органів і назви їх відповідають кореспондуючим органам: Сінь-шу (точка серця), Фей-шу (точка легень) і т. п. Ці ТА мають велике діагностичне і лікувальне значення і при патології у відповідних ТА виникає напруженість і болючість. Значний ефект має місце при вколюванні точок Шу Чжан органів (досягнення ІНЬ через ЯН і ЯН через ІНЬ). ТА Шу часто комбінуються з ТА Мо – “золоте правило” – Юй(інша назва ТА Шу)-Мо.

Значення ТА Мо: Мо-точки розташовані на передній поверхні тіла (ІНЬ) і є точками тривоги Чжан-Фу органів. При різних захворюваннях в Мо-точках з’являється напруженість і болючість (при надмірності – гостра, локалізована, що підсилюється при натисканні; при недостатності – тупа, нечітка, зменшується при натисканні і прогріванні). Мо-точки застосовуються переважно для лікування розладів Фу-органів.

ІНЬ-ЯН зв’язок між Шу і Мо ТА: наприклад, при ураженні легень, будуть реагувати ТА V-13 Фей шу на спині і P-1 Чжун фу на грудях, і їх слід комбінувати в лікуванні. Шу і Мо ТА також застосовують при лікуванні очей (V-18, F-14), вух (V-23, VB-25) і багатьох місцевих проблем.

Сумісне застосування Мо і Шу ТА поліпшує лікування хронічних захворювань і володіє профілактичним спрямуванням.

Особливості застосування Шу і Мо ТА (Чжень-Цзю-Да Чен):

- Хвороби ЯН-характеру реалізуються в субстанції ІНЬ, і тому керують ТА Мо субстанції ІНЬ (живіт).
- Якщо впливати на ТА Мо живота, в організмі недостатньо ЯН ЧИ, і тому з ІНЬ слід вести енергію в ЯН, але при цьому непотрібно помилятися.
- Якщо у цьому разі буде помилковий вплив на ТА Хе-Море (E-36) шлунка і ТА Мо живота, тоді виникає небезпека погіршити стан.
- Хвороби ІНЬ-характеру реалізуються в субстанції ЯН, і тому керують ТА Шу субстанції ЯН (спина).
- Збудники синдромів “Вітру” і “Холоду” попадають в організм через спину (ТА Шу).
- Ті з них, які попадають в субстанцію ЯН, циркулюють в МА.
- Такі захворювання починаються з зовнішнього прояву синдрому “Холоду”, а закінчуються зовнішнім проявом синдрому “Жару”.
- В цьому разі для лікування слід впливати на всі ТА Шу органів Чжан.

Наталія СВИРИДОВА

*д-р. мед. наук, проф.,
в.о. директора Інституту медичних та фармацевтичних наук
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Геннадій ЧУПРИНА

*д-р. мед. наук, проф. кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Віталій СЕРЕДА

*канд. мед. наук, завідувач кафедри загальномедичних дисциплін
Міжрегіональної Академії управління персоналом*

Наталія ХАНЕНКО

*канд. мед. наук, доц., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
НУОЗ України імені П. Л. Шутика*

Ольга ВЕРНЕР

*канд. мед. наук, доц., начальник навчальної частини
НУОЗ України імені П. Л. Шутика*

ОРГАНІЗАЦІЯ БЕЗПЕРЕРВНОГО ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ЛІКАРІВ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЯ

Анотація: в статті проаналізовано досвід роботи по організації безперервного освітнього процесу при підготовці лікарів зі спеціальності “Рефлексотерапія”.

Ключові слова: досвід роботи по організації безперервного освітнього процесу, підготовка лікарів зі спеціальності “Рефлексотерапія”.

Вступ. Відповідно до Закону України “Про вищу освіту” від 04.08.2015 р., післядипломна освіта розглядається як “спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її професійних знань, умінь і навичок або отримання іншої професії, спеціальності на основі здобутого раніше освітнього рівня та практичного досвіду” [4]. Накази МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446, від 22.06.2021 р. № 1254 та від 25.11.2022 р. № 2136 серед ключових характеристик професії лікаря обумовлюють проходження первинної спеціалізації та проведення безперервного професійного розвитку (БПР), у якому значна роль відводиться циклам тематичного удосконалення (ТУ).

Виклад основного матеріалу. Зараз неймовірно швидко зростають темпи наукової інформації, зокрема, в галузі медицини, що обумовлює необхідність БПР лікарів. Поповнення знань і опанування нових діагностичних

і лікувальних технологій відбувається шляхом підвищення кваліфікації на спеціалізованих кафедрах при закладах медичної освіти та систематичної самоосвіти. Але практичний лікар в процесі самоосвіти не в змозі опанувати багатьох медичних технологій, особливо тих, викладанню яких в межах університетської програми приділялось мало уваги. До таких медичних спеціальностей відноситься і “Рефлексотерапія” (РТ): основне поповнення систематизованих знань, умінь і практичних навичок у цій галузі повинно здійснюватися під керівництвом досвідчених викладачів у межах програм циклів спеціалізації (СП) (у 2022 р. було затверджено НУОЗ України імені П. Л. Шупика 2 програми: для лікарів-неврологів, тривалістю 2 міс., і для лікарів-рефлексотерапевтів, що не працювали понад три роки за цією спеціальністю, тривалістю 1 міс.), а потім на циклах ТУ та шляхом відвідування тематичних шкіл, майстер-класів, науково-практичних конференцій, організованих спеціалізованими кафедрами і професійними асоціаціями.

Особливе значення повинне приділятися проведенню циклів первинної СП [7], де слухачі мають отримувати не лише важливі теоретичні знання і практичні навички, а й можливість сформулювати основи системного аналітичного клінічного мислення, побудованого на базі поглядів традиційної китайської медицини. Аналітичний погляд [6] на організм людини, його фізіологію і патологію, причини захворювань і механізм їх розвитку, способи їх лікування, формувалася під впливом чисельних багатолітніх спостережень за перебігом захворювань, коли відмічалася не той чи інший окремі симптоми, а групи споріднених за походженням, спільними рисами і паралелізмом перебігу симптомів, що нерідко підтверджувалось і шляхом автопсії, де з клінічними ознаками захворювання зіставляли розмір, вагу, консистенцію, колір уражених органів і тканин. Вивчався також зв'язок між ураженням внутрішніх органів і зовнішніх покривів тіла, виділялися групи точок акупунктури (ТА), які реагували на схожі захворювання і відмічалась динаміка захворювань під впливом специфічного акупунктурного лікування (АЛ), і на основі багатогранного вивчення хворого проводилась акупунктурна діагностика (АД) і складався акупунктурний рецепт (АР) [8].

Таке системне аналітичне мислення формувалось у давнього китайського лікаря упродовж кількох років навчання, ми ж намагаємось виробити “стратегічну канву” такого мислення у слухачів за період навчання на циклі СП — що є, на наш погляд, оптимальним за умов підготовки лікарів в інтернатурі з “Неврології” та його практичної роботи, а також попередньої підготовки лікаря на циклі СП з РТ і в інтернатурі за основною спеціальністю (“рефлексотерапія” є субспеціальністю).

Прискоренню опанування лікарем-клініцистом теорії і практики РТ на нашій кафедрі сприяє проблемна методика навчання [5; 6], яка базується на утворенні по ходу навчання проблемних клінічних ситуацій, що значно підвищує активність слухачів, націлює їх на практичну діяльність, поліпшує засвоєння і “виживаємість” знань. Так, наприклад, під час лекцій, інших занять, на циклі спеціалізації з РТ, широко використовуються такі проблемні ситуації, коли викладач створює певну суперечливість реальних фактів на

основі узагальнених медичних знань (не тільки з галузі теорії і практики РТ, але й з анатомії, порівняльної анатомії, фізіології, патофізіології, гістології, неврології, терапії, інших клінічних дисциплін), створює проблемну ситуацію і розв'язує її разом зі слухачами.

Так, наприклад, головний біль (ГБ), що зазвичай, гострий і фокусується в ший і спині (але може боліти і скронева ділянка, і вся голова), частіше напружений або тягнучий біль, що супроводжується сильною непереносимістю холоду, невеликою лихоманкою, закладеністю носа і прозорими виділеннями з носа (іноді може бути сильний ГБ, що частково пов'язано з незахищеністю від вітру, спрага відсутня, білий тонкий наліт язика, плаваючий повільний, або тугий-плаваючий пульс), визначається в синдромальній діагностиці РТ як ГБ внаслідок Вітру-Холоду, а ГБ гострий, розпираючий (голова ніби розколюється), коли є значна лихоманка і середнього ступеня непереносимість холоду, обличчя і очі червоні, має місце спрага і сухість в горлі, порушення носового дихання з непрозорими виділеннями, закрепи, жовта сеча, червоний язик з жовтуватим нальотом, плаваючий швидкий і сильний пульс, визначається в синдромальній діагностиці РТ як ГБ внаслідок Вітру-Жару.

Також “проблемність” полягає і в тому, щоб значно скоротити час занять — так би мовити “часова проблемність”, що ми робимо вже після закінчення курсів первинної спеціалізації, на короткотривалих формах удосконалення лікарів, де за короткий проміжок часу, значно менший за той, що тривають курси спеціалізації, лікарі мають змогу підвищити свою кваліфікацію.

Вкрай важливе значення в процесі підготовки спеціалістів по РТ на нашій кафедрі приділяється проведенню практичних занять [1; 2; 8], де слухачі повинні реалізувати в реальній клінічній ситуації, у реального пацієнта, засвоєні ними теоретичні уявлення про локалізацію і показання до застосування ТА основних та додаткових меридіанів і мікроакупунктурних систем, основи АД і методику АЛ. Заняття проводиться під керівництвом досвідченого викладача, що дозволяє зробити доступною РТ — допомогу для мешканців Київської області і, разом з тим, значно збільшити можливості по відборі тематичних хворих для курації слухачами та ознайомити їх з особливостями АЛ якомога більшої кількості хворих з різноманітною патологією, зустріти яких слухачі мають нагоду лише в умовах багатопрофільної обласної клінічної лікарні.

Значна роль у підготовці майбутніх лікарів з РТ відводиться семінарському заняттю [1–3], що має роль своєрідного ланцюга між теоретичним знаннями, отриманими на лекціях і їх практичним втіленням у клінічну роботу, що потребує логічних дій лікаря та навиків по прийняттю конкретних рішень. Практикується проведення різних видів семінарів, але найбільш популярними є семінар-колоквіум та семінар-клінічний розбір. На першому з них проводиться контроль знань слухачів по відповідним темам з вирішенням ситуаційних задач [7; 8], що вимагає від слухачів творчого підходу до аналізу даних АД та складання на основі цього АР. Ситуаційні задачі складаються на основі “Банку” історій хвороб по різних нозологіям. Семінар-клінічний розбір передбачає ознайомлення слухачів з реальним хворим, якого вони ре-

тельно досліджують з використанням методів АД, а потім обговорюють ці дані разом з викладачем, з обґрунтуванням АД і складання АР.

Клінічні ситуаційні задачі [8; 9] також мають велике значення під час атестаційного іспиту з РТ, коли має місце брак часу і коли участь реального хворого в проведенні підсумкового контролю оволодіння практичними навичками кожного майбутнього спеціаліста робиться неможливою з етичних міркувань. Важливим аспектом такої клінічної ситуаційної задачі повинно бути те, що вона має торкатись не лише умінь слухача, але й опосередковано виходити на визначення рівня його клінічного мислення і теоретичної підготовки у галузі РТ і загально-медичних дисциплін.

Таку ж само подвійну задачу, — контроль якісного визначення рівня знань та оволодіння практичними навичками та узагальнення теорії і практики всього навчального курсу, — має підготовка до іспиту з практичних навиків, до заключного іспиту, до підсумкового комп'ютерного контролю знань, що підвищує загальну ефективність навчання і сприяє подальшій успішній практичній діяльності лікарів.

По закінченні циклу спеціалізації, молоді спеціалісти мають можливість постійно підтримувати контакти з кафедрою завдяки дистанційній формі освіти: створено сайт, зареєструвавшись на якому, лікарі можуть консультуватись з різних складних питань РТ (щодо АД, складання АР, підбору методів РТ та їх комбінації у конкретного хворого), а також мати вільний доступ до наукових публікацій співробітників та матеріалів науково-практичних конференцій. На сайті також розміщені у вільному доступі атестаційні комп'ютерні тестові питання на звання лікаря-спеціаліста з РТ і лікарі, перед проходження чергової атестації, мають можливість заздалегідь підготуватись до складання комп'ютерного контролю знань. Останнє оновлення питань до атестаційного іспиту було проведено у 2023 р.

Велике значення кафедра приділяє короткотривалим формам медичної освіти: циклам ТУ, тематичним школам, науково-практичним конференціям, де лікарі мають можливість послухати лекції та доповіді видатних вітчизняних і зарубіжних вчених, прийняти участь у роботі майстер-класів, ознайомитись з сучасним акупунктурним обладнанням, літературою по РТ, тощо. Відвідуючи такі заходи, лікарі мають можливість у короткий термін познайомитись з передовими науковими досягненнями, які у “спресованій” формі висвітлюють багаторічний досвід роботи провідних фахівців і організацій, і отримати необхідні бали для процесу БПР.

Джерела

1. *Труфанов Є. О., Свиридова Н. К., Чуприна Г. М.* та ін. Лекція циклу спеціалізації з рефлексотерапії “Застосування теорії ІНЬ і ЯН в традиційній китайській медицині”. *Східно-Європейський неврологічний журнал*. 2018. № 4 (22). С. 26–31.
2. *Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П., Свиридова Н. К.* та ін. Лекція циклу спеціалізації з РТ “Практичне застосування теорії У-Сін в традиційній китайській медицині”. *Східно-Європейський неврологічний журнал*. 2018. № 2 (20). С. 24–31.

3. Свиридова Н.К., Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П. та ін. Лекція циклу спеціалізації з РТ “Теоретичні та методологічні основи рефлексотерапії”. *Східно-Європейський неврологічний журнал*. 2018. № 2 (20). С. 19–23.
4. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: характеристика базових понять. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика* (серія “Педагогічні науки”). 2016. № 3–4 (48–49). С. 23–28.
5. Мачерет Є. Л., Панікарський В. Г., Чуприна Г. М. та ін. Методика підготовки лікарів-рефлексотерапевтів на циклах спеціалізації з рефлексотерапії на кафедрі неврології і рефлексотерапії. *Зб. наук. праць стів. НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2007. Вип. 16. Кн. 3. С. 408–411.
6. Мачерет Є. Л., Чуприна Г. М., Панікарський В. Г. та ін. Роль курсу “Рефлексотерапія” у формуванні клінічного мислення лікаря. *Зб. наук. праць стів. КМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2005. Вип. 14. Кн. 1. С. 742–745.
7. Мурашко Н. К., Чуприна Г. М., Парнікоза Т. П. та ін. Напрямки оптимізації підготовки лікарів на циклі спеціалізації з рефлексотерапії. *Зб. наук. праць стів. НМАПО ім. П. Л. Шупика*. 2012. Вип. 21. Кн. 1. С. 585–589.
8. Рефлексотерапія: підручник / Н. К. Свиридова, О. Г. Морозова, Г. М. Чуприна та ін.; за ред. Н. К. Свиридової, О. Г. Морозової. К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2017. Т. 1–3. 1108 с.
9. Чуприна Г. М., Дригант Л. П., Панікарський В. Г. та ін. Методика складання ситуаційної задачі для іспиту з практичних навиків на звання лікаря-спеціаліста на циклі “Спеціалізація з рефлексотерапії”. *Зб. праць наук.-метод. конф. “Проблеми безперервного професійного розвитку лікарів”*. Київ, 2007. С. 648–650.

У пропонованому збірнику подано тези доповідей учасників науково-практичної конференції МАУП з міжнародною участю “Інновації в лікуванні неврологічного болю” з проблематики підходів до патогенезу, діагностики та лікування різних больових синдромів.

Для науковців, лікарів, студентів, а також усіх, хто цікавиться проблемою подолання болю.

Наукове видання

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю
**“ІННОВАЦІЇ В ЛІКУВАННІ
НЕВРОЛОГІЧНОГО БОЛЮ”**

23 листопада 2023 р.

Формат 70×100¹/₁₆.

Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП)
03039 Київ-39, вул. Фрометівська, 2

Свідоцтво
про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 7066 від 04.06.2020