

Редакционная коллегия

Главный редактор: *Василенко Алексей Михайлович* д.м.н., проф., заслуженный врач РФ,
вице-президент Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов

Заместители главного редактора:

Агасаров Лев Георгиевич д.м.н., проф., президент Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов

Козко Андрей Анатольевич вице-президент Профессиональной Ассоциации Рефлексотерапевтов

Ответственный секретарь: *Бржевский Алексей Алексеевич*

Члены редколлегии:

Гридин Л. А. д.м.н., проф., зав. кафедрой мануальной
терапии I МГМУ им. И. М. Сеченова

Егоров В. В. президент Российской профессиональ-
ной медицинской ассоциации специалистов тра-
диционной и народной медицины

Жернов В. А. д.м.н., проф., зав. кафедрой традицион-
ной медицины РУДН

Зилов В. Г. д.м.н., академик РАМН, зав. кафедрой не-
лекарственной терапии и клинической физиоло-
гии I МГМУ им. И. М. Сеченова

Корсун В. Ф. д.м.н., зав. кафедрой фитотерапии
ФПКМР РУДН

Корчажкина Н. Б. д.м.н., проф., зам. ген. директора
по науке и мед. технологиям ФМБЦ им. А. И. Бур-
назяна ФМБА России, главный внештатный спе-
циалист Минздрава России по курортному делу

Любовцев В. Б. д.м.н., проф., зав. отделением реби-
литационного комплекса РНЦ МРиК Минздрава
России

Макаров Ю. П. к.м.н., доцент, зав. кафедрой рефлекс-
отерапии Российской академии медико-соци-
альной реабилитации

Марьяновский А. А. д.м.н., проф. кафедры госпиталь-
ной педиатрии Московского факультета РНИМУ
им. Н. И. Пирогова

Нестерова С. И. д.м.н., проф., ректор Академии Тра-
диционной Медицины ШОС

Радзиевский С. А. д.м.н., проф., главный научный со-
трудник направления традиционных методов вос-
становительного лечения РНЦ МРиК Минздрава
России

Соколова Т. Е. к.м.н., врач-рефлексотерапевт, глав-
ный врач ЦТМ «СИНОФАРМ»

Томкевич М. С. д.м.н., руководитель отдела натуроте-
рапии и гомеопатии НИИ традиционной медици-
ны РНИМУ им. Н. И. Пирогова

Шушарджан С. В. д.м.н., проф., президент Нацио-
нальной Ассоциации Музыкальных Терапевтов.

Щегольков А. М. д.м.н., проф. зав. кафедрой вос-
становительного лечения института усовершен-
ствования врачей медицинского учебно-науч-
ного центра им. П. В. Мандрыки Минобороны
России

Редакционный совет

Разумов А. Н. д.м.н., академик РАМН — председатель
(Москва)

Агаджанян Н. А. д.м.н., академик РАМН (Москва)

Белюсова Т. Е. д.м.н., проф. (Н. Новгород)

Беляев А. Ф. д.м.н., проф. (Владивосток)

Гойденко В. С. д.м.н., проф. (Москва)

Иваничев Г. А. д.м.н., проф. (Казань)

Лепилина Л. А. д.м.н., проф. (Уфа)

Макац В. Г. д.м.н., проф. (Винница, Украина)

Николаев С. М. д.м.н., проф. (Улан Удэ)

Полякова А. Г. д.м.н. (Н. Новгород)

Самосюк И. З. д.м.н., проф. (Киев, Украина)

Сиваков А. П. д.м.н., проф. (Минск, Беларусь)

Ткаченко К. Г. д.б.н., с.н.с. (С.-Петербург)

Николаев Н. Н. д.м.н., проф. (Рига, Латвия)

Ван Вэй проф. (Тяньцзинь, КНР)

Ван Дзю-И проф. (Пекин, КНР)

Гун Шу Шень проф. (Пекин, КНР)

Ответственность за достоверность сведений, содержащихся в статьях и рекламных объявлениях несут авторы и рекламодатели.
Мнение авторов может не совпадать с мнением редакции.

Издатель: Некоммерческое партнерство «Профессиональная Ассоциация Рефлексотерапевтов»,
115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 5, тел: +7 (499) 922 06 17, E-mail: info@acupro.ru, www: acupro.ru
Свидетельство о регистрации средств массовой информации: Роскомнадзор, ПИ № ФС77-49740 от 24.04.2012,
Подписано в печать 01.03.2019. Формат 60х90 1/8. Гарнитура журнальная. Печать офсетная. Тираж 2000 экз.

© НП «Профессиональная Ассоциация Рефлексотерапевтов» 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Некоторые изменения законодательства области здравоохранения3

XII ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТОВ

XII всероссийская научно-практическая конференция рефлексотерапевтов5

Бондарчук В. И. Акупунктура в реабилитации пациентов с пылевой сенсibilizацией атопической формы бронхиальной астмы6

Бондарчук В. И., Бойцов И. В. Электропунктурная диагностика и электропунктурная терапия в реабилитации пациентов с мигренью7

Симонова Е. А., Творогова А. В., Александрова Т. А. Спектральная фототерапия: системный подход к anti-age терапии9

Сафиуллина Г. И., Агасаров Л. Г., Якупов Р. А. Традиционная медицина в восстановлении и сохранении мужского здоровья12

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Константинов А. П., Мальцева Л. Б. Практический опыт комплексного лечения болезни Альцгеймера инфузионной, таблетированной и йога-терапией в сочетании с базовой терапией14

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ, СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Абиев А. К. Опыт применения клинического метода изучения психосоматических связей при различных заболеваниях на основе соответствия инстинктов и У-Син18

ПЕРЕВОДЫ И РЕФЕРАТЫ

Gleditsch J. Система соответствия пяти фазам превращения как соматопсихическая модель25

Guberner G. Психосоматика в теории пяти элементов29

Myers S. P., Vigar V. Состояние доказательности общесистемной, мультимодальной натуропатической медицины: систематический обзор34

Perschke O., Perschke W. Повышение эффективности лечения головных болей с помощью целенаправленной аурикулярной и оральной акупунктуры37

Wander R. Влияние поля повреждения сустава нижней челюсти на весь организм46

ВЕСТИ ИЗ УЧЁНЫХ СОВЕТОВ

Докторские диссертации48

Кандидатские диссертации57

ТЕХНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ, ОБЪЯВЛЕНИЯ

Подписка на журнал «Рефлексотерапия и комплементарная медицина» в 2019 году60

CONTENTS

OFFICIAL INFORMATION

Some changes in health care legislation3

XII ALL-RUSSIAN CONFERENCE OF REFLEXOTHERAPIES

XII all-russian conference of reflexotherapies5

Bondarchuk V. I. Acupuncture in rehabilitation of patients with dust ensibilization of the atopic form of bronchial asthma6

Bondarchuk V. I., Boytsov I. V. Electropunctural diagnostics and electropunctural therapy in rehabilitation of patients with migraine7

Simonova E. A., Tvorogova A. V., Aleksandrova T. A. Spektral phototherapy: the system concept in anti-age therapy9

Safiullina G. I., Agasarov L. G., Yakupov R. A. Traditional medicine in recovery and preservation of male health12

ORIGINAL ARTICLES

Konstantinov A. P., Maltseva L. B. Practical experience for complex treatment of alzheimer's disease with infusion, pill, and yoga therapy in combination with basic therapy14

CASE REPORT

Abiev A. K. Experience of using the clinical method for investigation of psychosomatic relations in various diseases based on instincts and Wu-Xing correspondence18

TRANSLATIONS AND ABSTRACTS

Gleditsch J. Das Entsprechungssystem der funf Wandlungsphasen als somatopsychischen Modell25

Guberner G. Psychosomatik in der 5-Elementenlehre29

Myers S. P., Vigar V. The State of the Evidence for Whole-System, Multi-Modality Naturopathic Medicine: A Systematic Scoping Review34

Perschke O., Perschke W. Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei Kopfschmerzen durch gezielten Einsatz von Ohr- und Mundakupunktur37

Wander R. Storfeld Kiefergelenk – Wirkung auf den Gesamtorganismus46

MESSAGES FROM ACADEMIC COUNCILS

Doktorskie dissertacii48

Kandidatskie dissertacii57

TECHNICAL INFORMATION, ANNOUNCEMENTS

Subscription to the magazine «Reflexology and complementary medicine» in 201960

НЕКОТОРЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Приказ Минздрава России от 22.01.2019 г. N 19

**О внесении изменений в приложения п 2 и п 3 к приказу Министерства
Здравоохранения Российской Федерации от 25 октября 2012 г. n 444 «о главных
внештатных специалистах Министерства Здравоохранения Российской Федерации».**

1. Приложение N 2 «Номенклатура главных
внештатных специалистов Министерства здра-
воохранения Российской Федерации» к приказу
дополнить пунктом 88 следующего содержания:
«88. Главный внештатный специалист рефлек-
сотерапевт».

2. Приложение N 3 «Персональный состав
главных внештатных специалистов Министер-
ства здравоохранения Российской Федерации»
к приказу дополнить пунктом 88 следующего
содержания:

88.	Главный внештатный специалист рефлексотерапевт	Авакян Гагик Норайрович	профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и ме- дицинской генетики федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего обра- зования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Мини- стерства здравоохранения Российской Федерации.
-----	---	-------------------------------	--

Приказ Минтруда от 26.12.2018 г. N 849н

**«О внесении изменений в профстандарты», которые касаются
квалификационных требований специалистов по медицинскому массажу.**

Министерство труда внесло изменения в ран-
нее действовавший Приказ от 26 ноября 2018 г. N
744н «Об утверждении профессионального стан-
дарта «специалист по медицинскому массажу».

В новом профстандарте расширены возмож-
ности для занятия должности медицинского
специалиста по медицинскому массажу.

Что изменилось в профстандарте специали-
ста по медицинскому массажу?

Минтруд расширил перечень специаль-
ностей в графе «Требования к образованию и об-
учению».

Старая версия: требования к уровню образования специалиста по медицинскому массажу	Новый перечень специальностей, позволяющие проводить медицинский массаж
Среднее профессиональное образова- ние — программы подготовки специали- стов среднего звена по специальности «Медицинский массаж» (для лиц с огра- ниченными возможностями здоровья по зрению)» или Среднее профессиональное об- разование — программы подготовки специалистов среднего звена по одной из специальностей: «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и профессиональная переподготовка по специальности «Медицинский мас- саж»	Среднее профессиональное образование — программы подготовки специалистов среднего звена по специаль- ности «Медицинский массаж» (для лиц с ограниченны- ми возможностями здоровья по зрению)» или Среднее профессиональное образование — програм- мы подготовки специалистов среднего звена по одной из специальностей: «Сестринское дело», «Лечебное дело», «Акушерское дело» и дополнительное професси- ональное образование — программы профессиональной переподготовки по специальности «Медицинский мас- саж» ⁴ или Высшее образование — специалитет по специаль- ности «Лечебное дело» или «Педиатрия» и дополнительное профессиональное образование — программы профес- сиональной переподготовки по специальности «Меди- цинский массаж»

Таким образом, осуществлять должностные обязанности медицинского специалиста по мед. массажу могут также и те медработники со средним медицинским образованием, у которых имеется подготовка по направлениям «Лечебное

дело» или «Педиатрии» с прохождением обучения по программе дополнительного профессионального образования — программам профессиональной профессиональной переподготовки по специальности «Медицинский массаж».

**Приказ Минтруда России от 26.11.2018 N 744н
Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по медицинскому массажу». Зарегистрировано в Минюсте России 11.12.2018 г. N 52963.**

В соответствии с пунктом 16 Правил разработки и утверждения профессиональных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 22 января 2013 г. N 23 (Собрание законодательства Рос-

сийской Федерации, 2013, N 4, ст. 293; 2014, N 39, ст. 5266; 2016, N 21, ст. 3002; 2018, N 8, ст. 1210), приказываю:

Утвердить прилагаемый профессиональный стандарт «Специалист по медицинскому массажу».

**Приказ Минздрава России от 28.09.2018 N 655н
Об утверждении примерной дополнительной профессиональной программы по специальности «Остеопатия»**

Программой определены планируемые результаты обучения, учебный план, календарный план-график, рабочая программа, формы аттестации, оценочные материалы. Признана утратившей силу Примерная дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки врачей со сроком освоения 996 академических часов по специальности «Остеопатия», утверждённая Приказом МЗРФ от 24.07.2015 N 481н. Теперь желающим стать остеопатом придется проходить обучение длительностью 3,5 тысячи часов, вместо 996, как это было раньше. Согласно приказу №655н от 28 сентября 2018 года, на обучение по обновленной программе могут поступить врачи, окончившие подготовку по таким специальностям как «Лечебное дело», «Педиатрия» или «Стоматология».

Цель программы — сформировать «взаимосвязь теоретической и практической подготовки специалистов с современными специфическими условиями предстоящей профессиональной деятельности. В настоящее время в ведомстве на согласовании находится профессиональный стандарт «врач-остеопат», описывающий уровень образования, условия труда и навыки специалистов. Среди них дифференциальная диагностика соматических дисфункций, остеопатическая коррекция соматических дисфункций верхней конечности и другие. Кроме того, министерство требует от остеопатов умения пальпировать эндогенные ритмы, оценивать активную и пассивную подвижность тканей тела человека.

**Приказ Минздрава России от 06.07.2018 N 421н
«Об утверждении порядка принятия Министерством здравоохранения Российской Федерации решения о соответствии медицинских профессиональных некоммерческих организаций, их ассоциаций (союзов) критериям, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 17 марта 2018 г.**

Порядком определены правила и сроки принятия Минздравом России решения о соответствии медицинских профессиональных некоммерческих организаций, их ассоциаций (союзов) критериям, утверждённых Постановлением Правительства РФ от 17.03.2018 N 292. В приложениях приведены формы:

— заявления в Минздрав России о рассмотрении вопроса о соответствии медицинской профессиональной некоммерческой организа-

ции, ассоциации (союза) медицинских профессиональных некоммерческих организаций критериям, утверждённых постановлением Правительства РФ от 17.03.2018 N 292;

— перечня медицинских профессиональных некоммерческих организаций, входящих в состав организации-заявителя;

— списка врачей — членов медицинской профессиональной некоммерческой организации.

XII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТОВ



На фотографии: президент Профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов, профессор Л. Г. Агасаров выступает на открытии конференции. В президиуме: академик РАН Зилов В. Г., профессора Василенко А. М., Авакян Г. Н., Гойденко В. С., Макаров Ю. П.

24 ноября 2018 года В Москве состоялась XII всероссийская научно-практическая конференция рефлексотерапевтов.

Как и в предыдущие годы, она проходила в гостиничном комплексе «Измайлово». В работе конференции приняли участие ведущие ученые, врачи-рефлексотерапевты, видные отечественные и зарубежные специалисты. Всего на конференции в качестве участников зарегистрировалось 675 человек из различных регионов Российской Федерации, а также специалисты из Великобритании, Израиля и Китая.

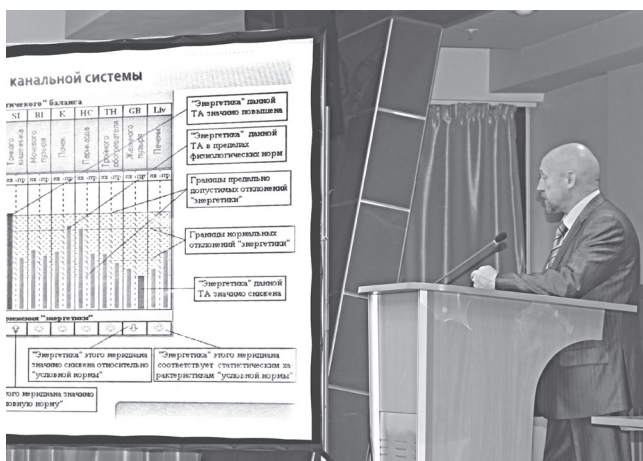
Мероприятие прошло аккредитацию по системе непрерывного медицинского образования. Комиссией по оценке учебных мероприятий конференция оценена в шесть зачётных баллов (кредитов).

Отдельно обратил на себя внимание доклад Розанова А. Л. посвященный клиническим рекомендациям, которые содержат современные требования к статистической обработке результатов

электропунктурной диагностики в соответствии с критериями доказательной медицины.

По завершении этого доклада участники конференции открытым голосованием утвердили ранее опубликованный в номере 3 (25) 2018 нашего журнала проект клинических рекомендаций «Математическая обработка, статистический анализ и интерпретация результатов корпоральной электропунктурной диагностики».

Неподдельное любопытство у многих участников конференции вызвал проведенный в её конце мастер-класс врача высшей категории, рефлексотерапевта из Барнаула Потапова Ю. О. «Рефлексотерапия нестабильности таза центрального генеза на методической основе мануального мышечного тестирования». Сейчас с ним можно ознакомиться по ссылке: www.fassen.net/video/As8wPS_KAjQ



В рамках конференции прошла специализированная выставка «Рефлексотерапия и комплементарная медицина — 2018». На которой

была представлена тематическая литература, инструменты и приспособления для рефлексотерапии, фитопрепараты традиционной китайской медицины, лечебно-диагностические комплексы для электропунктурной диагностики и терапии.

Тезисы докладов были опубликованы в 4 (26) 2018 номере нашего журнала. По техническим причинам туда не вошли четыре нижеследующие работы.



АКУПUNCTУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЫЛЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ АТОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Бондарчук В. И.

Кафедра неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ
России, Москва.

ACUPUNCTURE IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH DUST SENSIBILIZATION OF THE ATOPIC FORM OF BRONCHIAL ASTHMA

Bondarchuk V. I.

Department of Neurology with a course of reflexology and manual therapy FSEI APE «Russian
Medical Academy of Continuing Professional Education» of the Ministry of Health of Russia, Moscow,
Russia.

Введение

Пылевая бронхиальная астма — клинический вариант атопической формы бронхиальной астмы, обусловленный сенсibilизацией к аллергену домашней пыли. Проблема бронхиальной астмы у пациентов чрезвычайно актуальна. В 2011 г. на совещании ООН по неинфекционным заболеваниям (Non-communicable Diseases (NCDs)) внимание было сосредоточено на увеличении влияния астмы и других неинфекционных заболеваний на глобальное здоровье, социальное благополучие и экономическое развитие. Тяжесть течения пылевой сенсibilизации атопической формы бронхиальной астмы (ПСАФБА) возрастает, происходит «омоложение» контингента пациентов. Кроме того, используемые

к настоящему времени методы лекарственного обеспечения являются в основе своей симптоматическими. Бесконтрольный прием медикаментозных средств нередко приводит к осложнениям. Указанные факторы свидетельствуют о необходимости поиска новых высокоэффективных методов реабилитации пациентов с ПСАФБА. Данные обстоятельства определяют интерес к корпоральной акупунктуре (КА) и аурикулярной акупунктуре (АА), как к одному из способов реабилитации (ПСАФБА), лишенному недостатков медикаментозной терапии.

Цель исследования

Совершенствование и разработка более эффективных методов (КА) и (АА) в реабилитации

пациентов с ПСАФБА и внедрения их в широкую амбулаторную, стационарную, скорую-помощную клиническую практику, при экстремальных, чрезвычайных ситуациях, в полевых условиях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях, реабилитации в медицине и иммунореабилитации представляется весьма актуальной.

Материалы и методы

Проведены исследования диагностического и реабилитационного характера у 43 амбулаторных и стационарных пациентов (21 женщин и 22 мужчин) в возрасте от 16 до 80 лет неврологического и терапевтического профиля на кафедре неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенной на базе Московской городской клинической больницы им. С. П. Боткина. Всем пациентам проводилось клиническое, параклиническое обследование, рефлексодиагностика и мануальная диагностика. В зависимости от применяемых методов исследования и реабилитации пациенты были разделены на 2 группы: первую основную и вторую контрольную группу. Первую основную группу, получавшую реабилитацию с использованием методов КА и АА, составили 22 человек (11 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 16 до 79 лет. Вторую контрольную группу, получавшую классическую общеклиническую терапию, составили 21 человек (10 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 17 до 80 лет. Нами совершенствован, успешно апробирован и внедрён в широкую амбулаторную и стационарную клиническую практику более физиологичный, высокоэффективный и экономичный метод КА и АА. Сеансы обследования и реабилитации пациентов с ПСАФБА проводили ежедневно, в основном, в утренние часы. Во время одной процедуры использовали от 3 до 8 точек КА и АА. Время экспозиции КА и АА игл составляло в среднем от 30 до 35 минут. На курс лечения проводили от 5 до 10 сеансов. Выбор КА и АА точек, местных, сегментарных, отдалённых, их сочетание и зоны микроакупунктурных систем акупунктуры определялись общим состоянием пациента, данными клинического, параклинического исследования, показателями рефлексодиагностики и мануальной диагностики. Наиболее эффективными акупунктурными

точками воздействия для купирования приступа бронхиальной астмы и при курсовом лечении, по нашим наблюдениям, являются следующие КА точки: ST 36; KI 5, KI 6, KI 7; SP 6; PC 3; LV 1, LV 2; HC 6; LU 1, LU 5, LU 7, LU 9; GV 20; KI 7; CV 17; LI 4 и другие; АА точки: AP 12, AP 13, AP 14, AP 15, AP 16, AP 51, AP 55, AP 71, AP 72, AP 78, AP 82, AP 95 и другие. При наличии у пациентов сопутствующей патологии в рецептуру дополнительно включали соответствующие симптоматические КА и АА точки. У некоторых пациентов, при необходимости, проводили повторные 1-2 курса реабилитации с перерывом в 1-4 недели.

Результаты

При анализе клинических, параклинических данных, рефлексодиагностики и мануальной диагностики отмечено, что положительная динамика и купирование приступа бронхиальной астмы у большинства пациентов отмечалось на 1-2 процедуре КА и АА. Полностью исчезновение патологической симптоматики к концу курса реабилитации и значительное улучшение отмечено у 78% пациентов, улучшение — у 20% пациентов. У 2% пациентов была необходимость в проведении повторных 1-2 курсов реабилитации. При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе пациентов и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки реабилитации. Проведение сеансов КА и АА осуществляется асептично, безболезненно, является эффективным, переносится пациентами хорошо. Побочных отрицательных реакций у всех пациентов отмечено не было.

Заключение

Использование метода КА и АА является высокоэффективным в реабилитации пациентов с ПСАФБА. Метод КА и АА соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, удобство в эксплуатации и конкурентоспособность позволяет широко использовать его в амбулаторных, стационарных, скорой-помощных, экстремальных, полевых условиях, чрезвычайных ситуациях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях и реабилитации. Представляется перспективным дальнейшее использование КА и АА в реабилитации пациентов с различными клиническими вариантами бронхиальной астмы.

ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭЛЕКТРОПУНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ

¹Бондарчук В. И., ²Бойцов И. В.

¹Кафедра неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Москва.

²Центр интеллектуальных систем «АВИЦЕННА», Минск, Белоруссия.

ELECTROPUNCTURAL DIAGNOSTICS AND ELECTROPUNCTURAL THERAPY IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH MIGRAINE

¹Bondarchuk V. I., ²Boytssov I. V.

¹Department of Neurology with a course of reflexology and manual therapy FSEI APE «Russian Medical Academy of Continuing Professional Education» of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia.

²Center of Intelligent Systems «AVICENNA», Minsk, Belarus.

Введение

Мигрень является наиболее частым проявлением вегетативно-сосудистой дистонии с гемодинамическими и ликвородинамическими нарушениями. Традиционным при мигрени стало использование седативных средств, транквилизаторов, спазмолитических и сосудорасширяющих средств и др. По сравнению с медикаментозной реабилитацией пациентов с мигренью акупунктура имеет явные преимущества, так как позволяет избежать непереносимости некоторыми пациентами тех или иных лекарственных средств, аллергических реакций и др.

Цель исследования

Совершенствование и разработка более эффективных методов электропунктурной диагностики ЭПД и электропунктурной терапии ЭПТ в реабилитации пациентов с мигренью и внедрения их в широкую амбулаторную, стационарную, скорую помощь клиническую практику, при экстремальных, чрезвычайных ситуациях, в полевых условиях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях, реабилитации в медицине и иммунореабилитации представляется весьма актуальной.

Материалы и методы

Проведены исследования диагностического и реабилитационного характера у 62 амбулаторных и стационарных пациентов (42 жен-

щин и 20 мужчин) в возрасте от 16 до 78 лет неврологического и терапевтического профиля на кафедре неврологии с курсом рефлексологии и мануальной терапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенной на базе Московской городской клинической больницы им. С. П. Боткина. Всем пациентам проводилось клиническое, параклиническое обследование, рефлексодиагностика, мануальная диагностика и ЭПД. В зависимости от применяемых методов исследования и реабилитации пациенты были разделены на 2 группы: первую основную и вторую контрольную группу. Первую основную группу, получавшую реабилитацию с использованием методов ЭПД и ЭПТ, составили 32 человек (22 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 16 до 75 лет. Вторую контрольную группу, получавшую классическую общеклиническую терапию, составили 30 человек (20 женщин и 10 мужчин) в возрасте от 17 до 78 лет. Нами совершенствован, успешно апробирован и внедрён в широкую амбулаторную и стационарную клиническую практику более физиологичный, высокоэффективный и экономичный метод ЭПД и ЭПТ аппаратным компьютерным комплексом «POINTS». Для ЭПД использовали следующие акупунктурные точки: LU 9, HC 7, HT 7, SL 5, TH 4, LI 5, SP 3, LV 3, KI 3, BL 65, GB 40, ST 42. При выявлении гиперфункции в том или ином меридиане для ЭПТ использовали следующие седативные акупунктурные точки: LU 5, HC 7, HT 7, SL 8,

ТН 10, LI 2, SP 5, LV 2, KI 1, BL 65, GB 38, ST 45. При выявлении гипофункции в том или ином меридиане для ЭПТ использовали следующие тонизирующие акупунктурные точки: LU 9, HC 9, HT 9, SL 3, TH 3, LI 11, SP 2, LV 8, KI 7, BL 67, GB 43, ST 41. Дополнительный выбор корпоральных акупунктурных точек, аурикулярных акупунктурных точек, местных, сегментарных, отдалённых, их сочетание и зоны микроакупунктурных систем акупунктуры определялись общим состоянием пациентов, данными клинического, параклинического исследования, показателями ЭПД, рефлексодиагностики и мануальной диагностики. Сеансы обследования и реабилитации пациентов с мигренью проводили ежедневно, в основном, в утренние часы. Для ЭПД и ЭПТ во время одной процедуры использовали от 24 до 30 точек корпоральной акупунктуры и аурикулярной акупунктуры. На курс лечения проводили от 5 до 10 сеансов. У некоторых пациентов, при необходимости, проводили повторные 1-2 курса реабилитации с перерывом в 1-4 недели.

Результаты

При анализе клинических, параклинических, рефлексологических, мануальных данных и данных ЭПД отмечено, что купирование приступа головной боли у большинства пациентов отмечалось на 1-2 процедуре ЭПД и ЭПТ. Полностью исчезновение патологической симптоматики к концу курса реабилитации отмечено у 79% пациентов, улучшение — у 19% пациентов.

У 2% пациентов была необходимость в проведении 1-2 курсов реабилитации. При этом регресс патологической симптоматики в контрольной группе пациентов и улучшение их клинического состояния происходило в более поздние сроки лечения. Проведение сеансов ЭПД и ЭПТ осуществляется асептично, атравматично, безболезненно, является высокоэффективным, переносится пациентами хорошо, без побочных отрицательных реакций. Каких-либо осложнений или ухудшений состояния у всех пациентов не отмечено.

Заключение

Использование метода ЭПД и ЭПТ является высокоэффективным в реабилитации пациентов с мигренью. Метод ЭПД и ЭПТ соответствует своему медицинскому назначению. Простота, высокая эффективность, удобство в эксплуатации и конкурентоспособность позволяет широко использовать его в амбулаторных, стационарных, скорпомощных, экстремальных, полевых условиях, чрезвычайных ситуациях, в условиях медицины катастроф, при неотложных состояниях, реабилитации в медицине. Представляется целесообразным проведение дальнейших отечественных фундаментальных разработок и внедрения в широкую практику отечественного и зарубежного здравоохранения этих новых, портативных, дешевых, конкурентоспособных, высокоэффективных и приоритетных аппаратных медицинских технологий.

СПЕКТРАЛЬНАЯ ФОТОТЕРАПИЯ: СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ANTI-AGE ТЕРАПИИ

¹Симонова Е. А., ¹Творогова А. В., ²Александрова Т. А.

¹ООО «СФТ центр», ²клиника «Медисанс»

SPEKTRAL PHOTOTHERAPY: THE SYSTEM CONCEPT IN ANTI-AGE THERAPY

Simonova E. A., Tvorogova A. V., Aleksandrova T. A.

Косметология — динамично развивающаяся отрасль медицины, основывающаяся на современных достижениях базовых медико-биологических наук и клинических дисциплин. Согласно теории Н.М. Эммануэля и Д. Хармана свободные радикалы, образующиеся в резуль-

тате различных окислительных реакций в организме, оказывают множественные повреждающие эффекты на нуклеиновые кислоты и белки. Окислительный стресс обуславливает преждевременное старение организма и развитие множества патологических процессов и заболева-

ний, неизбежно проявляющихся в виде разнообразных косметологических дефектов.

В настоящее время антиоксиданты стали одними из самых важных и эффективных ингредиентов в косметике, особенно в косметике *anti-age*. Современное косметическое производство большинства стран уловили тенденцию максимально естественной коррекции проявлений старения, которая невозможна без полноценного обеспечения кожи макро- и микроэлементами. Вопрос об определяющей роли биоэлементов неоднократно обсуждался в формате их влияния на организм. Выявлена отчётливая закономерность возникновения микроэлементозов — заболеваний, синдромов или патологических состояний, объединяемых данным термином и обусловленных дефицитом, избытком или дисбалансом содержания микроэлементов [1-3].

Ряд микроэлементов являются кофакторами многих ферментов, витаминов и гормонов, участвуя во всех процессах жизнедеятельности организма. Например, супероксиддисмутаза, играющая ведущую роль в естественной антиоксидантной защите практически всех клеток организма, содержит медь, цинк, марганец, железо и никель. Это позволило использовать супероксиддисмутаза как один из компонентов противовоспалительных средств в фармакологии и косметике. Однако восполнение дефицита химических элементов можно обеспечивать путём применения спектральной фототерапии с использованием ламп полого катода, несущих спектральные линии требуемых элементов.

Исследования на крысах показали, что облучение лампой полого катода со спектрами Mn и Cu на 30% ускоряет и существенно оптимизирует репаративную регенерацию кожи в области экспериментальной раны [4]. Mn и Cu — далеко не единственные элементы обеспечивающие репарацию и омоложение кожи. Наиболее важные функции биоэлементов с точки зрения значимости их для жизненных процессов кожи.

Cu сдерживает процесс образования свободных радикалов, участвует в системе антиоксидантной защиты, входит в состав многих ферментов, в т. ч.: тирозиназы и цитохромоксидазы, супероксиддисмутаза, лактазы, аскорбиноксидазы, цитохром-С-оксидазы, допамин-бета-гидроксилазы, обладает бактериостатическим и противовоспалительным действием, усиливает действие антибиотиков, активирует регенераторную способность тканей. Благодаря активизации лизилоксидазы, которая обеспечивает перекрестное связывание коллагена и эластина, играет важную роль в обеспечении упругости соединительной ткани.

Zn участвует более чем в 300 энзимных реакциях, играет основную роль в синтезе коллагена, принимает участие в процессах деления и дифференцировки клеток, снижает аллергические реакции, так как подавляет секрецию гистамина и вход в тучные клетки и базофилы ионов Ca, с которым двухвалентные ионы Zn вступают в конкурентные отношения. Играет важную роль в процессах регенерации кожи, роста волос и ногтей.

Mn участвует в большом количестве энзимных реакций, входит в состав аргиназы, АТФазы, гуанилатциклазы и магнийзависимых протеинкиназ, содержащихся в клетках, участвует в системе энергетического обмена клетки, активирует ферменты митохондрий. Является антиоксидантом, так как входит в состав марганцевой супероксиддисмутаза. Является мощным ингибитором аллергических проявлений, катализирует реакции образования витаминов, клеточных протеинов и нуклеиновых кислот, обладает мощным противовоспалительным действием. Mn играет основополагающую роль в иммунной системе кожи. Его нехватка приводит к различным дерматозам (например, СКВ).

Si является структурным компонентом соединительной ткани человека, в т. ч. коллагеновых и эластиновых волокон, предотвращает разрушение волокон и стимулирует их восстановление, оказывает влияние на процессы роста и пролиферации фибробластов.

Se входит в состав антиоксидантной защиты организма, предохраняет мембраны клеток от разрушений свободными радикалами. Кофермент глутатионпероксидазы, кофактор в ряде окислительно-восстановительных ферментов, вовлекается в ряд анаболических процессов.

Ca, Mg улучшают клеточный метаболизм в соединительных тканях и особенно в фибробластах, вырабатывающих коллаген и эластин, активируют деятельность энзимов, участвуют в синтезе белков. При их недостатке в дермальном матриксе наблюдается ускорение старения кожи.

K, Na их наличие — неременное условие функционирования транспортной системы клетки, участвуют в регуляции кислотно-щелочного баланса крови, поддерживают водно-солевой баланс организма, способствуют адекватной гидратации клетки.

Fe, являясь основой гемоглобина крови, служит незаменимым компонентом кислородного обеспечения всех тканей и органов.

Pt — один из самых мощных антиоксидантов. Попадая в клетки тканей, она выводит избыток

активного кислорода и нормализует антиоксидантный статус организма. Потенциал платины по выведению свободных радикалов в некоторых случаях намного выше таких антиоксидантов, как полифенол, бета-каротин или витамин С. Обезвреживает все виды свободных радикалов и превращает их в нейтральные для организма вещества, усиливает действие других антиоксидантов. Благодаря своим высоким регенерирующим свойствам Pt служит для восстановления и активации внутренних резервов зрелой кожи, а также освобождает ее от токсинов. Поскольку молекулы этого металла способны проникать в клетки кожи, они служат своеобразным транспортом для доставки полезных элементов во все «пункты назначения». Pt также обладает мощными противовоспалительными и антибактериальными свойствами.

На основании приведенных данных запатентована лампа полого катода, специально предназначенная для решения косметологических проблем [5]. Она испускает спектральные линии в диапазоне 300–800 нм, характерные для 11 химических элементов (K, Ca, Mg, Na, Mn, Cu, Zn, Fe, Si, Se, Pt), необходимых для нормального состояния кожи и предотвращающих её преждевременное старение. Малая мощность излучения обеспечивает безопасность косметологической процедуры. Предложенное устройство зарегистрировано в России и внесено в Государственный реестр изделий медицинского назначения и медицинской техники, регистрационное удостоверение № ФСР 2010/09706. Торговая марка устройства «аппарат «СПЕКТРО-КОСМ». Облучение этим аппаратом увеличивает проникновение нанесенных на кожу косметических средств (мазей, масок и т.п.). Использование косметических средств, содержащих все или большую часть перечисленных выше биоэлементов, значительно усиливает эффект применения аппарата. С этой целью рекомендуется предварительное нанесение косметической термальной воды, в состав которой входят необходимые элементы. Эти особенности позволяют позиционировать аппарат как метод фотомезотерапии.

Противовоспалительное и ранозаживляющее действие аппарата позволяет рекомендовать его к применению не только в формате anti-age те-

рапии, но и при различных повреждениях кожи, в т. ч. и в результате проведенных косметических процедур (чистки, пиллинги, мезотерапия, контурная пластика, удаление родинок, бородавок, папиллом). Период реабилитации кожи сокращается в 2,5 раза. Расстройства водно-электролитного баланса влекут за собой накопление большого количества жидкости в межклеточном пространстве. Плохой отток придает коже пастозность, отечность. Поглощение структурами кожи световых волн K, Na, Ca, Mg приводит к улучшению микроциркуляции в коже, снятию отеков, выведению продуктов распада. Предварительное воздействие излучением спектрами этих элементов на проблемные участки кожи снижает болевые ощущения, вероятность образования гематом и общей интоксикации организма при проведении лимфодренажных, антицеллюлитных процедур.

Литература

1. Авцын А. П., Жаворонков А. А., Риш М. А. Строчкова Л. С. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология. — М.: Медицина, 1991.
2. Скальный А. В., Рудаков И. А., Нотова С. В. и др. Биоэлементология: основные понятия и термины. Оренбург: ГОУ ОГУ. 2005. 50 с.
3. Скальный А. В., Грабеклис А. Р., Демидов В. А. и др. Связь элементного статуса населения центрального федерального округа с заболеваемостью. Часть 2. Эссенциальные и условно эссенциальные химические элементы. Микроэлементы в медицине. 2012. № 13 (2): 1–7
4. Мельникова В. И., Извольская М. С., Воронина С. Н., Шарипова М. М., Рукин Е. М., Захарова Л. А. Репаративная регенерация тканей кожи крысы под действием излучения лампы полого катода с линейчатым спектром марганца и меди. Цитология. 2010. Т. 52. № 3: 203–210.
5. Творогова А. В., Рукин Е. М. Косметологическое устройство для фотофореза микроэлементов. Патент RU № 0002531442. 20.10.2014. <http://www.findpatent.ru/patent/253/2531442.html>.

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА В ВОССТАНОВЛЕНИИ И СОХРАНЕНИИ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

¹Сафиуллина Г. И., ²Агасаров Л. Г., ³Якупов Р. А.

¹КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Казань

²Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии МЗ РФ, г. Москва

³Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма, г. Казань

TRADITIONAL MEDICINE IN RECOVERY AND PRESERVATION OF MALE HEALTH

¹Safiullina G. I., ²Agasarov L. G., ³Yakupov R. A.

¹KSMA – Branch Campus of FSBEI FPE RMACPE MOH Russia, Kazan

²National Medical Research Center for Rehabilitation and Health Resort, MOH Russia, Moscow

³Volga Region State Academy of Physical Culture, Sport and Tourism, Kazan

Актуальность

Несмотря на прогресс в медицине и медицинских технологиях, проблема охраны здоровья человека не теряет своей актуальности в связи с наличием широкого круга вопросов, касающихся этиопатогенеза заболеваний, разработки лечебно-профилактических мероприятий. По данным экспертов ВОЗ, на фоне достижений в области устойчивого развития, в 2010 г. в результате оплат лечения 100 млн человек оказались в состоянии крайней нищеты, и до сих пор многие находятся в кризисной ситуации. При этом каждый год около 13 млн землян умирают в возрасте до 70 лет от заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, диабета, онкологии, других расстройств здоровья. В масштабах всего человечества эти цифры могут показаться незначительными, так как ежегодный прирост населения Земли составляет в среднем 1,07% (около 78,5 млн человек). Однако, за этими показателями стоят человеческие судьбы, одиночество детей, горькие слёзы стариков, оплакивающих сыновей и дочерей, нерешённые вопросы, несвершившиеся открытия.

В России есть свои демографические вызовы: к 2017 г. отмечено увеличение граждан старше трудоспособного возраста на 3,8 млн человек на фоне сокращения численности трудоспособного населения на 7,4 млн человек. И основной удар пришёлся на мужское население.

При этом средняя продолжительность жизни мужчин в регионах была различна: в Ингушетии – 76,5, в Дагестане – 73,2, в Москве – до 73, в Республике Тыве, в Еврейской автономной области, в Чукотском автономном округе – менее

60 лет. На фоне прогресса технологий, фарминдустрии показатели заболеваемости и смертности по отдельным нозологиям продолжают оставаться высокими и имеют тенденцию к росту.

По данным урологов-андрологов, у современных мужчин наблюдается низкий уровень тестостерона, высокий процент заболеваний половой сферы, растёт бесплодие, молодеет импотенция, у молодёжи часто выявляются тромбозы на фоне нарушения кровообращения в органах малого таза.

При этом существующие предложенные методики лечения многообразны, но не всегда результативны, а порой и небезопасны для применения.

В этой связи особую значимость приобретает здравоохранительная медицина – профилактика обострений хронических заболеваний, сохранение здоровья здорового мужчины.

Следует отметить, что важная роль в реализации факторов сохранения здоровья принадлежит самому индивидууму. Это «отработка» стрессов за счёт нормированных физических нагрузок, сбалансированность питания и режима дня, сохранение физиологического веса, гармонизация половой жизни, интеллектуальный труд и т.д. Со стороны доктора – это выбор оптимальных подходов к профилактике возникновения заболеваний, разработка лечебных мероприятий, позволяющих активизировать процессы саногенеза, создать условия для здорового долголетия.

Цель работы

Проанализировать терапевтическую эффективность методов традиционной медицины

(ТМ) при заболеваниях нервной системы, внутренних органов, опорно-двигательного аппарата у мужчин.

Материал исследования

Были выбраны 90 пациентов в возрасте 16-59 лет, не имеющих противопоказаний к применению методов ТМ.

Методы исследования

Проведено комплексное клинико-инструментальное исследование, включившее анамнестическое, неврологическое, терапевтическое, нейроортопедическое, остеопатическое, психоневрологическое, нейрофизиологическое обследования, исследование вегетативной сферы, гомеопатического анамнеза, акупунктурную диагностику.

Лечебный алгоритм строился с учётом данных исследований, показаний и противопоказаний к применению отдельных методов ТМ.

Психотерапия. Анализ и интерпретация психологической проблематики в медицине приобретают в наши дни особую актуальность, так как психологические проблемы приводят к значительным функциональным нарушениям в организме и, прежде всего, к расстройствам функционирования интегративных систем мозга.

Считается, что одним из главных патогенных факторов является проходящий через поколения психотравмирующий опыт межличностных отношений. Нередко мы наблюдаем отсутствие уважения к деду, к отцу, к сыну. Недостаток жизненно важных для человека потребностей внимания со стороны близких, поддержки, любви приводит к возникновению внутреннего конфликта как источника хронического эмоционального расстройства, к снижению сил саморегуляции. Рациональная психотерапия являлась неотъемлемой частью нашей терапевтической программы.

Использовались различные методы ТМ.

Методы рефлексотерапии характеризуются поливалентным лечебным действием, являются экономичными и безопасными при длительном использовании в отношении широкого спектра заболеваний. Мы применяли акупунктуру, цзю-терапию, вакуум-терапию, МХЧ-терапию, акупрессуру, цубо-терапию.

Использование мягких техник **мануальной медицины** способствовало созданию дополнительных афферентных влияний на структуры

ЦНС, улучшению их взаимосвязей, гармонизируя функциональные взаимоотношения органов и систем в целостном восприятии организма.

Арома- и фитотерапия являются дополняющими друг друга. По показаниям применялись эфирные масла растений в ингаляциях, в мануальной работе, отвары и настои из трав, обладающие гармонизирующим, иммуномодулирующим воздействиями.

Гомеопатия основана на выборе лекарств по принципу подобия состоянию, конституции человека и применении их в малых дозах. Использование метода способствовало дополнительной активации защитных сил организма.

Наши пациенты осваивали **восточные оздоровительные дыхательные и двигательные практики** (цигун, йога), начиная с самых доступных для изучения и использования приемов (самомассаж, самопохлопывание в позиции сидя или стоя в процессе естественного или брюшного дыхания).

С целью повышения защитных сил организма, улучшения трофики, микроциркуляции в тканях применялась **гирудотерапия**. Следует отметить и наличие нейротрофического действия секрета слюнных желёз пиявки.

Методы ТМ подбирались индивидуально и использовались в монолечении, чередовании, либо сочетанием в одном сеансе 2-3 методов.

Результаты

В результате проведённого лечения было отмечено: уменьшение клинических проявлений заболеваний в виде улучшения (в среднем до 2 раз у 12%), значительного улучшения состояния (более, чем в 2 раза у 45%), ремиссия (катамнез — 3-10 лет наблюдений у 43%) пациентов.

Заключение

Высокая клиническая эффективность применения методов ТМ позволяет шире внедрять их во врачебную практику. При этом важным является индивидуальный подход к пациенту с разработкой терапевтической программы, гармонично дополняющей современные методы лечения, что позволяет добиться положительных результатов в лечении многих заболеваний, значительно уменьшить токсическое действие на организм человека лекарственных средств синтетического происхождения, существенно пролонгировать их лечебный эффект.

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ИНФУЗИОННОЙ, ТАБЛЕТИРОВАННОЙ И ЙОГА-ТЕРАПИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БАЗОВОЙ ТЕРАПИЕЙ

Константинов А.П., Мальцева Л.Б.

ООО «Центр здоровья и долголетия», Клиника здорового позвоночника.
Москва, Ленинский проспект 2а

PRACTICAL EXPERIENCE FOR COMPLEX TREATMENT OF ALZHEIMER'S DISEASE WITH INFUSION, PILL, AND YOGA THERAPY IN COMBINATION WITH BASIC THERAPY.

Konstantinov A.P., Maltseva L.B.

Center of Health and Longevity, Moscow

Резюме

Проведено лечение двухсот пациентов, разделенных на четыре группы. Первая группа – базовая терапия (Лозап плюс 50 мг + 12.5 мг/сут и Аторвастатин 10 мг/сут). Вторая группа – базовая терапия + Цитиколин (1000 мг/сут). Третья группа – все препараты 2-й группы + Акатинол Мемантин (20 мг/сут). Четвертая группа – все препараты 3-й группы + Йога-терапия (3 раза в неделю). Наилучшие результаты были достигнуты у пациентов с деменцией тяжелой степени в 3 и 4-й группах. В 4-й группе отмечен наилучший результат по социальной адаптации и самообслуживанию. Вывод: в медицинской помощи больным с болезнью Альцгеймера рекомендуется комплементарное применение медикаментозной и йога-терапии.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, мемантин, цитиколин, йога-терапия, комплексная терапия.

Abstract

Two hundred patients were divided into four groups and treated. The first group is basic therapy (Lozap plus 50 mg + 12.5 mg/day and Atorvastatin 10 mg/day). The second group – basic therapy + Citicolin (1000 mg/day). The third group – all drugs of the 2nd group + Akatinol Memantin (20 mg/day). The fourth group – all drugs of the 3rd group + Yoga therapy (3 times a week). The best results for patients with severe dementia, were in the third and fourth groups. With regards to social adaptation and self-care, the fourth group had the greatest result. Therefore, we recommend using yoga therapy along with drug therapy.

Keywords: Alzheimer's disease, memantin, citicolin, yoga therapy, complex therapy.

Актуальность проблемы

Болезнь Альцгеймера, именуемая также как сенильная деменция альцгеймеровского типа – наиболее частая разновидность деменции, является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Рассматривается как неизлечимое нейродегенеративное заболевание. Сенильная деменция – приобретаемое повреждение интеллекта, которое возникает из-за органических повреждений головного мозга. Деменция также нарушает социальную адаптацию пациента, что делает невозможным профессиональную деятельность, ограничивает

способность к самообслуживанию, к нормальному общению с близкими и лишает его бытовой независимости. Долгосрочные когортные исследования указывают на уровень заболеваемости 10-15 впервые выявленных случаев на одну тысячу человеко-лет для всех типов деменции, а также 5-8 случаев для болезни Альцгеймера. Эта цифра составляет почти половину от общего количества ежегодно выставляемых диагнозов. Пожилой возраст – это главный фактор риска, что видно по данным статистики. Каждые пять лет после достижения 65-летнего возраста показатель риска удваивается, и растет от 3 случаев в 65 лет до 69 случаев на тысячу человеко-

лет к 95 годам [1, 2]. В эпидемиологии данного заболевания выделяют и половые различия — женщины несколько чаще заболевают болезнью Альцгеймера, особенно это проявляется после 85 лет [2, 3].

Цель и задачи работы

Разработать практические рекомендации для возможной коррекции и замедления прогрессирования заболевания болезни Альцгеймера. Предложить современные методы профилактики данного заболевания, а также продления трудоспособности пациентов и улучшения качества их жизни.

Материалы и методы

Исследование проводилось в отделении неврологии «клиники здорового позвоночника» с июля по декабрь 2018 года. Было отобрано 200 пациентов, 93 мужчины и 107 женщин, 66 с легкой степенью деменции, 67 с умеренной и 67 с тяжелой степенью. Возрастной диапазон пациентов колебался от 64 до 78 лет. Пациенты были разделены на 4 группы в максимально равных пропорциях по степени тяжести заболевания. Группа 1 получала базовую терапию (Лозап плюс 50 мг + 12.5 мг/сут, Аторвастатин 10 мг/сут) и дополнительно капельницы физиологического раствора без дополнительных препаратов. 17 пациентов с легкой степенью деменции, 17 со средней степенью и 16 с тяжелой степенью. Возраст пациентов 64-72 года (68 лет средний показатель).

Группа 2 получала базовую терапию (Лозап плюс 50 мг + 12.5 мг/сут, Аторвастатин 10 мг/сут) и дополнительно препарат Цитиколин (в дозировке 1000 мг на 200 мл физиологического раствора в сутки) [4]. 17 пациентов с легкой степенью деменции, 16 со средней степенью и 17 с тяжелой степенью. Возраст пациентов 65-77 лет (71 год средний показатель).

Группа 3 получала базовую терапию (Лозап плюс 50 мг + 12.5 мг/сут, Аторвастатин 10 мг/сут), Цитиколин (в дозировке 1000 мг на 200 мл физиологического раствора в сутки), а также препарат Акатинол Мемантин (в нарастающей дозировке с выходом на терапевтическую дозировку в 20 мг однократно в сутки). 16 пациентов с легкой степенью деменции, 17 со средней степенью и 17 с тяжелой степенью. Возраст пациентов 68-76 лет (72 года средний показатель).

Группа 4 принимала базовую терапию (Лозап плюс 50 мг + 12.5 мг/сут, Аторвастатин 10 мг/сут), Цитиколин (в дозировке 1000 мг

на 200 мл физиологического раствора в сутки), Акатинол Мемантин (в нарастающей дозировке с выходом на терапевтическую дозировку в 20 мг однократно в сутки), а также 3 раза в неделю посещала занятия йогой. 16 пациентов с легкой степенью деменции, 17 со средней степенью и 17 с тяжелой степенью. Возраст пациентов 66-78 лет (72 года средний показатель). В 4 группе были пациенты, способные следовать простым инструкциям йога-терапевта, а пациентам средней и тяжелой формой деменции во время занятия оказывалась поддержка ассистентами терапевта или сопровождающими лицами. Для оценки улучшения физических показателей использовалась шкала Мальцевой, в которой отражались изменения показателей гибкости, силовых качеств и координации.

Выбирались пациенты с компенсированной артериальной гипертонией, адекватно подобранной сосудистой терапией, исключались пациенты с сахарным диабетом. Оценка когнитивного состояния пациентов и его динамика проводилась по следующим данным. 1. Данные МРТ, КТ головного мозга в динамике в течение полугода. 2. Неврологический осмотр, а также тесты Скрининговое нейропсихологическое исследование (3КТ) Левина О.С. и шкала Minimal State Examination (MMSE). 3. Опрос родственников пациентов. Продолжительность исследования составляла 6 месяцев, но наблюдение за динамикой продолжается и здесь мы излагаем предварительные данные.

Базовой терапией мы называем такие методики лечения, которые направлены на стабилизацию состояния пациента, замедление дальнейшего повреждения головного мозга, а также обеспечение максимального увеличения выживаемости пациентов. Таким образом, базовой терапией при сенильной или смешанной деменции, в нашем исследовании, считается следующее сочетание: гипотензивные препараты, статины для коррекции гиперлипидемии, коррекция сахарного диабета (при его наличии), постепенный отказ от табакокурения, а также снижение риска новых или повторных острых ишемических приступов путём регулярного приема антиагрегантов.

Программа физической активности была подготовлена совместно с йога-терапевтом на основе базовых упражнений хатха-йоги с использованием вспомогательных средств Айенгар-йоги (стулья, болстеры, веревки, кирпичи, платформы др.) и упражнений йога-терапии [5]. В программу вошли 28 упражнений на разогрев тела, развитие силовых качеств (динамической и статической выносливости), гибкости, на расслабление тела

и развития координации и баланса. Программа была разработана на 6 месяцев регулярных занятий по 3 раза в неделю, продолжительность каждого занятия составляла 90 минут [6, 7].

Результаты. На 12 неделе лечения были получены следующие результаты. В первой группе пациентов с базовой терапией, субъективное улучшение отметили 34% пациентов (17 человек). По результатам шкалы MMSE отмечилось улучшение у пациентов с легкой степенью деменции на 1 ± 1 балл, со средней степенью без изменений 0 ± 0 баллов, а с тяжелой степенью было падение на 1 ± 0 балл у 24%, что соответствует 12 пациентам. По тестам «ЗКТ» значительной динамики выявлено не было.

Во второй группе субъективное улучшение отметили 56% пациентов, что соответствует 28 пациентам, причем большинство из них ощутило динамику после первых же капельниц Цитиколина, но объективные исследования все равно проводились через 12 и 24 недели. По шкале MMSE наблюдалось увеличение на 1 ± 0 балл у пациентов с деменцией легкой и средней степени, а с тяжелой степенью значимого результата выявлено не было — 0 ± 0 баллов. По тестам «ЗКТ» также выявлен положительный эффект у пациентов с легкой и средней степенью деменции. Наибольший эффект наблюдался в коррекции поведенческих нарушений, а также в снижении и стабилизации эмоционально-аффективной сферы.

В третьей группе улучшение отметили 72% пациентов, что соответствует 36 человек, причем эффект у пациентов с тяжелой степенью деменции был выше чем эффект у пациентов с легкой и средней степенью деменции. По шкале MMSE у пациентов со стартовыми показателями от 20 баллов, наблюдалось увеличение в 1 ± 2 балла, при стартовых показателях от 15 до 20 баллов, увеличение на 2 ± 1 балла, а у пациентов с показателями до 15 баллов наблюдалось увеличение на 3 ± 1 балла. По тестам «ЗКТ» наблюдался положительный эффект у всех категорий пациентов с положительной динамикой. В целом, хорошие результаты были достигнуты в сфере по-

нимания обращенной к пациенту речи, а также в пространственной ориентации.

В четвертой группе улучшение отметили 78% пациентов. По шкале MMSE наблюдались примерно те же результаты, что и в предыдущей группе, но количество человек с выявленной положительной динамикой повысилось. И хотя увеличение количества пациентов с улучшением оказалось не столь значительным по сравнению с предыдущей группой пациентов, результат в течение 24 недель был более стойким по сравнению с предыдущими группами. Также в этой группе наблюдался наиболее яркий эффект снижения ограничения способности к самообслуживанию, появились бытовая независимость и увеличился круг общения пациента, что привело к подъему общего морального состояния (по результатам анкетирования опекунов).

В процессе исследования у 96% пациентов четвертой группы также наблюдалось объективное улучшение всех измеряемых физических показателей, в той или иной степени. Наибольший результат был выявлен в развитии гибкости и удержания баланса, который наблюдался у 95,8% испытуемых с положительной динамикой, что соответствует 46 пациентам. Для лиц старшего возраста улучшение координации и гибкости в суставах может способствовать частичному восстановлению работоспособности, повышению уровня самообслуживания и снижению риска получения травм и инвалидизации за счет увеличения объема движений и улучшения баланса тела. Развитие силовых качеств было выявлено в меньшей степени.

Сводные данные об изменениях когнитивных нарушений на 12 и 24 неделях исследования представлены в табл. 1 и 2 соответственно.

На фоне всего лечения негативных явлений у пациентов практически не было отмечено, лишь во 2, 3 и 4 группах около 8% человек почувствовали тяжесть в голове на фоне приема Цитиколина. Степень выраженности не была принципиальной и легко корректировалась снижением дозировки препарата. Наиболее оптимальна дозировка Цитиколина 1000 мг/сут.

Таблица 1. Динамика изменения когнитивных нарушений на 12 неделе исследования в баллах MMSE.

Степень деменции (в баллах по шкале MMSE)	12 недель			
	Номера групп			
	1	2	3	4
Легкая степень (20-23 баллов)	1 ± 1	1 ± 0	1 ± 2	1 ± 2
Средняя степень (11-19 баллов)	0 ± 0	1 ± 0	2 ± 1	2 ± 1
Тяжелая степень (0-10 баллов)	-1 ± 0	0 ± 0	3 ± 1	3 ± 1
Кол-во пациентов с положительной динамикой	12	28	36	39

Таблица 2. Динамика изменения когнитивных нарушений на 24 неделе исследования в баллах MMSE.

Степень деменции (в баллах по шкале MMSE)	24 недели			
	Номера групп			
	1	2	3	4
Легкая степень (20-23 баллов)	0±1	1±0	1±1	1±2
Средняя степень (11-19 баллов)	0±0	1±0	1±1	2±1
Тяжелая степень (0-10 баллов)	-1±1	0±1	1±2	2±1
Кол-во пациентов с положительной динамикой	12	28	36	39

на 200 мл физиологического раствора. Дозировка Мемантина 20 мг в сутки. Занятия Йогой 3 раза в неделю.

На момент осмотра, на 24 неделю отмечался некоторый регресс положительной динамики у пациентов, который был наименее выражен в четвертой группе пациентов, у которых также наблюдалась наибольшая приверженность к лечению (таблица 2).

По результатам МРТ головного мозга по истечении 24 недель в динамике наблюдалось снижение церебральной атрофии в 3 и 4 группах пациентов. Но данный нейропротекторный эффект лечения предстоит доказать в более основательных исследованиях и опираться на эти данные пока представляется затруднительным.

Вывод

Болезнь Альцгеймера на момент написания статьи не имеет радикально эффективного лечения, но поиски его продолжаются. Однако можно и должно облегчать состояние пациента, улучшать качество его жизни, комплементарно используя современные медикаментозные и немедикаментозные методы. Наблюдение за пациентами будет продолжено. Исходя из данных исследования, по результатам 24 недельного лечения, мы рекомендуем лечить болезнь Альцгеймера сочетанием базовой терапии, Цитиколина, Мемантинов и занятий йога-терапией. До тех пор, пока не появятся новые достоверные данные или патогномичное лечение.

Литература

1. Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Medrano MJ, Román GC (January 2008). Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. *J. Neurol. Sci.* 264 (1–2): 63–72.
2. Di Carlo A, Baldereschi M, Amaducci L; et al. (January 2002). «Incidence of dementia, Alzheimer»s disease, and vascular dementia in Italy. The ILSA Study». *J Am Geriatr Soc.* 50 (1): 41–8.
3. Andersen K, Launer LJ, Dewey ME; et al. (December 1999). «Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group». *Neurology.* 53 (9): 1992–7.
4. Бойко А. Н., Кабанов А. А. Цитиколин: новые возможности нейропротекции и фармакотерапии при заболеваниях нервной системы // Фарматека. 2007, № 15: 42–48.
5. Panza GA, Taylor B. A. Can Exercise Improve Cognitive Symptoms of Alzheimer»s Disease. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2018 Mar; 66 (3):487–495. doi: 10.1111/jgs.15241.
6. Gallego Q. Effects of Hatha-Yoga Program on a Small Group with Alzheimer»s Disease. *Journal of Yoga & Physical Therapy* 2011; 1:3 DOI: 10.4172/2157-7595.1000104
7. Mooventhana A, Nivethitha L. Evidence based effects of yoga in neurological disorders. *Journal of Clinical Neuroscience.* 2017 Sep; 43:61–67. doi: 10.1016/j.jocn.2017.05.012.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО МЕТОДА ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ОСНОВЕ СООТВЕТСТВИЯ ИНСТИНКТОВ И У-СИН



Абиев Артур Карамасович
к.м.н., психотерапевт, невролог,
рефлексотерапевт, сексолог.
Клинико-диагностический центр
«ГЕМОСКРИН», Москва

EXPERIENCE OF USING THE CLINICAL METHOD FOR INVESTIGATION OF PSYCHOSOMATIC RELATIONS IN VARIOUS DISEASES BASED ON INSTINCTS AND WU – XING CORRESPONDENCE

Abiev A. K.

Clinical and diagnostic center «GEMOSCREEN», Moscow

Введение

Западная медицина преимущественно технологическая, основана на принципах диагностики и лечения с помощью последних достижений науки и техники. Характерно дробление организма на отдельные системы и органы с их функциями до мельчайших единиц, кончая отдельными электрическими импульсами, молекулами и атомами.

Не редки случаи, когда, несмотря на жалобы пациента, патология не выявлена, хотя были применены все необходимые современные методы обследования и квалификация соответствующих специалистов не вызывает сомнения. Бывают случаи, когда и патология определена и диагноз поставлен, и лечение проводится в соответствии со стандартами, а устойчивого результата достичь не удается. Таких пациентов нередко направляют или они обращаются сами к психотерапевтам, как к последней соломинке, а вдруг...

Для работы с такими пациентами приходится искать нестандартные подходы, основанные на целостном подходе к пациенту. Такие подходы давно использует Восточная медицина, преимущественно системная, позволяющая устанавливать равновесие организма наиболее гармоничными и экономными способами (ду-

ховные и физические практики, специальное питание, иглоукалывание, лечение травами и т.д.). К сожалению, системные подходы Восточной медицины, хотя и давно стали известны на западе [1, 2, 3], но большей частью используются параллельно с современными лечебными методами, а для значительной части западных врачей кажутся мистическими, устаревшими, а иногда и шарлатанскими.

Более 20 лет назад была предпринята попытка совместить одну из восточных схем системного подхода с работами западных психологов, психофизиологов, психоаналитиков, таких как З. Фрейд, И. П. Павлов, Г Селье и др. [4, 5, 6]. В результате получился новый метод, который оказался продуктивным и в 2000 году был запатентован. [7].

Метод основан на концепции У СИН показывающей взаимосвязи между пятью объектами, условно называемыми первоэлементами: Огонь, Земля, Металл, Вода и Дерево, к которым в китайской традиции привязаны различные системы и органы с одной стороны, и западным понятием о пяти основных инстинктах: половом, пищевом, родительском, самосохранения и познавательном с другой стороны (рис.1, табл. 1). Диагностика и лечение основаны на выявлении дисбаланса взаимосвязей между органами, системами и их функциями.

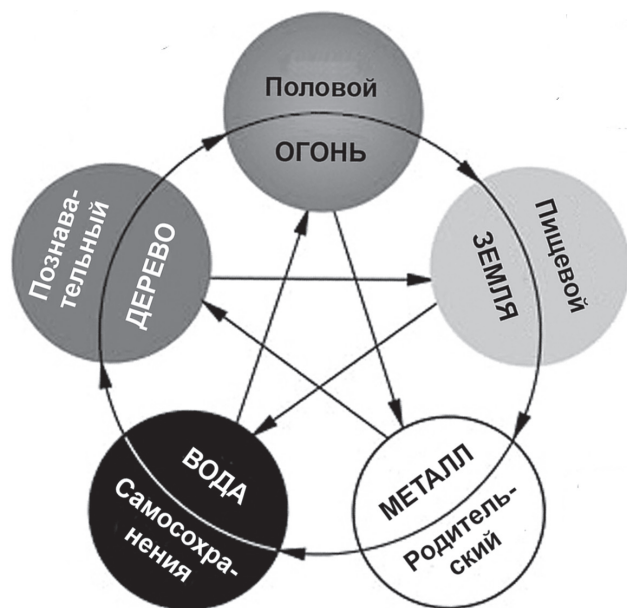


Рис. 1. Схема взаимосвязей У СИН и инстинктов

Клинические случаи

№ 1. Женщина 73 лет, находилась в травматологическом отделении с жалобами на плохой сон и болями в грудной клетке. Она была без клинического диагноза, так как на снимках грудной клетки ребра без повреждений, позвоночник с умеренными возрастными изменениями, лабораторные данные без патологии, на ЭКГ умеренные изменения миокарда. Ранее она регулярно госпитализировалась в разные отделения больниц с вышеуказанными жалобами и проходила обследования в неврологическом, терапевтическом и кардиологическом отделениях. Проводимое профиль-

ное обследования и лечение положительного эффекта не давали.

Поскольку проблемная область относилась к первоэлементу Металл, который соответствует родительскому инстинкту, был проведен опрос по семейному статусу — семья и дети. Оказалось, что муж давно умер, а единственный сын более 10 лет безуспешно и непрерывно лечится в психиатрической больнице с резистентной к лечению формой шизофрении. Состояние больной было расценено, как психосоматическое расстройство в виде тревожно-болевого формы депрессии с нарушением сна.

Была назначена седативная и анальгетическая терапия. На ночь — амитриптилин и карбамазепин по 1 таблетке, что значительно улучшило её состояние, и она через 1.5 недели была выписана на амбулаторное лечение.

№ 2. Мужчина 45 лет, полковник в отставке, направлен гастроэнтерологом поликлиники к психотерапевту с жалобами на симптомы диареи, не поддающиеся стандартной терапии. Из анамнеза было выяснено, что пациент был разведен, у него 2 детей, которые остались с ним. Вскоре он женился повторно на женщине с 2 детьми, а позже у них родился еще общий ребенок. Хотя он и был чадолюбивым, но, скорее всего, не успел адаптироваться к новой «демографической» ситуации в семье, (свои дети, дети жены и общий ребенок). Эти факты свидетельствовали, что симптомы патологии толстого кишечника соответствует первоэлементу Металл. Поскольку ему соответствует состояние тоски (депрессии), пациенту была назначена терапия антидепрессан-

Таблица 1. Система пяти элементов

5 элементов	5 инстинктов	5 эмоций	5 плотных органов	5 полых органов	5 органов чувств	5 тканей	Каналы
Дерево	Познавательный	Гнев	Печень	Желчный пузырь	Глаза, зрение	Связки, сухожилия	GB LR
Огонь	Половой	Радость	Сердце, Перикард	Тонкий кишечник, Тройной обогреватель	Язык, речь	Кровеносные сосуды	TE, SI HT, PC
Земля	Пищевой	Размышления	Поджелудочная железа	Желудок	Рот, вкус	Мышцы	ST SP
Металл	Родительский	Печаль, тоска	Легкие	Толстый кишечник	Нос, обоняние	Кожа и волосы	LI LU
Вода	Самосохранения	Страх, тревога	Почки	Мочевой пузырь	Уши, слух	Кости	BL KI

тами, после чего симптомы диареи полностью исчезли.

№3. Женщина 32 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 7 лет. Под наблюдением пульмонолога, регулярно пользовалась ингалятором с кортикостероидами для купирования бронхоспазмов. Больная имела признаки легкой депрессии, но применение седативных антидепрессантов особого эффекта не дало. Поскольку бронхиальная астма связана с бронхолегочной системой, то ей соответствует первоэлемент Металл. Так как он связан с родительским инстинктом, особое внимание было направлено на отношения с родителями. Отец по характеру бесконфликтной человек, часто бывал в командировках, а мать властная, все контролирует. В связи этим обстоятельством психотерапевтическая работа была сосредоточена на изменении формата отношений с матерью, практиковавшей властный стиль по отношению к дочери. Создали поведенческую программу для нейтрализации её патологического влияния, в результате чего в течение 1.5 месяцев состояние неуклонно улучшалось, и она прекратила пользоваться ингаляциями. Спустя 3 года больная снова позвонила в связи с обострением астмы. Оказалось, что она со своей семьей (мужем, сыном 6 лет, и матерью) была в отпуске, посетили на своей машине 4 европейские страны. Тесный контакт с конфликтной матерью в машине и гостиницах вызвал рецидив бронхиальной астмы. После 2 сеансов психотерапии состояние вновь нормализовалось.

№4. Мужчина 48 лет, находился в кардиологическом отделении стационара с упорными жалобами на боли в области сердца. При обследовании сердца (ЭКГ, УЗИ, мониторинг) были обнаружены минимальные изменения сердечной деятельности, не соответствующие выраженности жалоб, что вызвало необходимость в консультации психотерапевта. Сердце по У СИН относится к первоэлементу Огонь, что, соответствует половому инстинкту. Потребовалось уточнить состояние личной жизни пациента. Оказалось, что больной и его жена регулярно злоупотребляют алкоголем и на момент лечения мужа она проходит лечение наркологической клинике. Сексуальная жизнь на фоне совместного приема алкоголя более раскрепощенная, что до поры до времени больше роднило семейную пару. Без совместной алкоголизации состояние больного было расценено как экви-

валент депрессии, был назначен антидепрессант амитриптилин, после чего боли в сердце уменьшились, состояние его улучшилось, и вскоре был выписан на амбулаторное лечение.

№5. Мужчина 24 года. Студент 5 курса, параллельно с учебой в медицинском институте, в течении 2-х лет работал медбратом в легочно-хирургическом отделении больницы, часто ассистировал во время операций. В последнее время во время операций стал чувствовать сильную боль в правой ноге, практически приходилось стоять только на левой. Неврологический осмотр и диагностика состояния кровообращения нижних конечностей патологии не выявили, было рекомендовано обратиться к психотерапевту. Психотерапевту пациент сообщил, что друзьям и коллегам обещал стать торакальным хирургом. Однако, со временем решил отказаться от этой идеи, и его стала сильно угнетать мысль о том, что не сдержал свое слово. По У СИН механизм конфликта связанный со сложностью в реализации потребности в смене будущей врачебной профессии соответствует инстинкту познания, т. е. первоэлементу Дерево, к которому относятся сухожилия, а также меридианами GB и LR, значительная часть точек которых представлена по всей длине ног. Это могло привести к возникновению симптома, создающего препятствие к работе у хирургического стола и как бы оправдывающее его решение. Психологические переживания трансформировались в, боль в правой ноге. По рекомендации психотерапевта было принято окончательное решение о смене врачебной специальности и сообщено об этом друзьям и коллегам. Через полторы недели боли ушли и более не появлялись

№6. Женщина 37 лет обратилась с жалобами на припухлость и боль у наружного основания большого пальца правой стопы из-за вросшего в мягкие ткани ногтя. Больная была госпитализирована в отделение гнойной хирургии, где после проведения малоинвазивной операции была удалена причина воспаления и болей. Через несколько лет стала отмечать тягу к сладкой пище, жаловаться на повышение веса и уровня сахара в крови. Был поставлен диагноз сахарный диабет и стала лечиться у эндокринолога.

По У СИН это является поражением первоэлемента Земля связанным с меридианом Селезенки и поджелудочной железы SP. В зоне вросшего ногтя у больной находится первая точка меридиана селезенки и поджелудочной железы SP1 *ИньБай*. Меридиан тесно связан с мышеч-

ной системой и при гиподинамии происходит понижении её функции с вероятным наступлением ожирения и повышением сахара в крови, фактически это индикатор высокой вероятности развития сахарного диабета. Энергия плотного ИНЬ — меридиана Селезенки — Поджелудочной железы идет далее также к плотному ИНЬ — меридиану сердца, без прямого участия органов ФУ и не развивается психосоматическое расстройство. Р.С. Рекомендуются информировать врачей хирургов и эндокринологов, чтобы они в подобных случаях предупреждали больных о возможных рисках.

№ 7. Женщина 46 лет, длительно страдает патологией легких из-за S-образного сколиоза грудного отдела позвоночника, который развился в 16 — летнем возрасте. Ежегодно проходит стационарное или санаторное лечение более 20 лет. Легкие, относятся первоэлементу Металл, находящемуся в состоянии хронической гипофункции. Толстый кишечник, так же относящийся к элементу Металл, без патологии. Находящийся рядом первоэлемент Вода компенсаторно находится в состоянии гиперфункции с воздействием на первоэлемент Огонь, который в свою очередь будет угнетать первоэлемент Металл в борьбе против ежегодных обострений.

Рекомендовано обратиться к рефлексотерапевту по месту жительства для проведения сеансов иглотерапии нормализующих тонус канала легких. Примечательно, что у больной ежегодно 2-3 раза воспалялся ноготь на большом пальце левой руки с нагноением. Находящаяся на меридиане легких у медиального основания ногтя большого пальца точка LU11 *Шаошан* является индикатором обострения хронического легочного процесса и ее состояние можно учитывать при назначении терапии. Даже квалифицированный врач — пульмонолог, не знакомый с китайской медициной не смог бы использовать эту информацию.

№ 8. Женщину 45 лет прооперировали по поводу нагноения участка тонкого кишечника с резекцией части кишки длиной немного более метра с ушиванием кишечника конец в конец. В послеоперационном периоде она получала парентеральное внутривенное питание до заживления ушитых концов кишечника. Перевод на энтеральное питание оказался неудачным. Пища доходила до места анастомоза, далее перистальтики кишечника не было, пришлось вновь переходить на парентеральное питание. Тонкий кишечник относится к первоэлементу Огонь и половому инстинкту. По схеме У СИН

возможно много вариантов тонизирующего воздействия, но в первую очередь это меридиан SI. Хирурги обратились за помощью к рефлексотерапевту, который сообщил, что никогда не сталкивался с подобным случаем, но попробует помочь. Он подобрал схему точек иглотерапии, в основе которой была точка SI3 *ХоуСи*, тонизирующая точка меридиана тонкого кишечника. В результате анастомоз начал пропускать пищу.

№ 9. Женщина 26 лет со своим женихом обратились ко мне с жалобами на отсутствие беременности в течение 2 лет. Женщина была крайне расстроена, при этом оба были обследованы урологом и гинекологом, патология не обнаружена. Осталась проблема уровня психосоматики (невротические реакции, эмоциональное напряжение, нарушение взаимодействия и др.). Во время консультации женщина при женихе дала психопатическую реакцию, заявив, что надо бы попробовать забеременеть от другого мужчины — хотя жених был фертильным. Состояние больной было расценено как гиперфункция инстинктов самосохранения и родительского, но резко был снижен познавательный инстинкт. Исходя из схемы У СИН следует, что если дать возможность сильно активизировать инстинкт познания, то он заберет на себя накопившиеся переизбытки активности (с родительского на самосохранения и далее на познавательный), что можно достичь поместив их в ситуацию близкую к экстремальной и требующей напряжения для совместных решений. В качестве таковой была рекомендована путешествие в Тибет, сопряжённое с высоким эмоциональным и физическим напряжением. Через 2 года женщина сообщила, что по рекомендации они сразу поехали в Тибет, после чего она забеременела и недавно родила ребенка. Избыточная активность инстинктов родительского и самосохранения, пройдя по кругу У СИН после активизированного познавательного инстинкта перешла к половому, что и привело к желаемому результату.

№ 10. Мужчина 30 лет обратился с жалобами на жгучие боли в руках. Боли ощущал в середине медиальных областей обоих предплечий и локтевых областей до лучезапястных суставов в виде горячих жгутов, что соответствовало ходу меридиана перикарда РС в состоянии гиперфункции. Пациент сообщил, что эти симптомы появились после ухода жены, вызвавшего у него состояние реактивной депрессии. Патогенез конфликта был между первоэлементами Огонь и Вода — между инстинктами сексуальным и са-

мосохранения. Боль в руках соответствовала состоянию гиперфункции сексуального меридиана перикарда РС. Было назначено лечение антидепрессантами, после чего боли постепенно стали уменьшаться.

№ 11. Больная 72 лет обратилась с жалобами на астматический бронхит и гнездную алопецию, а также признаки астено-депрессивного состояния в связи с переживаниями по поводу замужней дочери и внучки из-за вероятности её развода с мужем. Больная получала препараты для улучшения дыхания от которых эффекта не было. Позже у неё произошел перелом голени и она перестала ходить. Вскоре заболел и её муж 77 лет, у которого обнаружили онкологию сигмовидной кишки и прооперировали до распространения метастазов.

Все заболевания у обоих пациентов, кроме перелома голени, по У СИН относятся к первоэлементу Металл и соответственно к родительскому инстинкту, что привело к депрессии. Кроме классических методов лечения (хирургическое, терапевтическое), ввиду выраженной депрессии супружеской паре были назначены седативные антидепрессанты для нормализации психоэмоционального состояния. Прием антидепрессантов также уменьшил астматические симптомы и дыхание нормализовалось. Вместе с улучшением настроения, депрессивные симптомы стали регрессировать. Алопеция, как более медленный процесс, показал положительную динамику значительно позже. В результате состояние обоих пациентов стабилизировалось.

№ 12. Больной 38 лет, младший научный сотрудник, астенического телосложения, обратился с жалобами на частые приступы панических атак, особенно выраженные в метро. Если поезд иногда останавливался между станциями на короткое время, он на станции обязательно должен был «пулей вылететь» из метро и найти бесплатный туалет, поскольку платные туалеты ему были «не по карману». Обследование уролога патологии не выявило. По У СИН у больного выявлена гиперфункция первоэлемента Воды (почки, мочевого пузыря – страх)., Этому соответствует гиперфункция инстинкта самосохранения с клинической картиной невротической депрессии в результате социально-финансовой дезадаптации в 2000 годы в стране. В данном случае гиперфункция первоэлемента Вода может быть скомпенсирована за счет активизации первоэлемента Огня., что в реальной жизни может потребовать значительных финансовых затрат и опять повлечь невротизацию. Была при-

менена рациональная психотерапия и сеансы гипноза в сочетании седативными антидепрессантами. Это значительно улучшило его состояние, панические атаки в метро прекратились.

№ 13. Женщина 72 лет, выглядела моложе своих лет, обратилась с жалобами на головные боли, тревогу, подавленное состояние и плохой сон. Поскольку 20 точек меридиана желчного пузыря находится на голове, то головные боли могут указывать на проблемы первоэлементом Дерево, который соответствует инстинкту познания. Подавленное состояние указывает на первоэлемент Металл, который соответствует родительскому инстинкту. Тревогу и плохой сон можно отнести к первоэлементу Вода, который соответствует инстинкту самосохранения. Понимая, что одна из проблем должна быть связана с родительским (материнским) инстинктом, который может сыграть решающую роль, сразу начал опрос с её детей. Она сообщила, что имеет сына и дочь, они образованы, хорошо устроены по жизни и успешны в работе. Я сам растерялся, неужели система У СИН дала сбой, и в это время пациентка воскликнула: «Дети в порядке, а вот внук окаянный». Выяснилось, что внуку, которого она самостоятельно воспитывает, основываясь на старых советских принципах воспитания, сейчас 17 лет. Он непослушный, поведение не совсем адекватное. На воспитание с трудом хватает сил. Назначен прием седативных антидепрессантов. Дан совет полностью или частично поручить воспитание внука его родителям. Принятые коллективные воспитательные меры улучшили поведение внука, и в течении месяца состояние больной улучшилось, назначенный препарат был отменен.

№ 14. Больная 38 лет обратилась с жалобами на снижение слуха, головокружение, тревогу за свое здоровье и пониженное настроение. Осмотр отоларинголога и невролога не выявил патологии. Снижение слуха и головокружение относятся к инстинкту самосохранения, а так как головокружение, как моносимптом при депрессии встречается крайне редко, поэтому трудно было его отнести к конкретному органу или системе. Отсутствие связи симптома без проекции на определенный орган или систему давал повод расценить состояние, как маскированную депрессию. Это тот случай, когда отсутствие объективного симптома (симптомов) дает нам выход к диагнозу, не подозревая больную в аггравации. Больная не работала, свое состояние связывала с заботами о дочери – школьницы младших классов. Поэтому другим

важным индикатором точности диагноза была гиперфункция материнского инстинкта. Интуитивно было назначено лечение антидепрессантом. Через 2-3 недели головокружение значительно уменьшилось с последующим полным регрессом. Р.С. Часто бывает подозрение врача к истерической наклонности больных (чаще женщин), поэтому клинический подход с помощью первоэлементов и инстинктов позволяет объективно оценивать диагноз на основе логического анализа столь необычных для врача категорий, как биологические и психологические системные проявления заболевания.

№ 15. Мужчина 65 лет, обратился с жалобой на металлический вкус во рту после завтрака в течение двух недель. Он сообщил, что недавно похоронил жену, с которой у них были очень теплые взаимоотношения. При беседе он рассказал, что живет один и на завтрак у него каша на воде и чай только с хлебом, т.к. занимаясь приготовлением пищи нет желания. Узнав, что ему также не хочется принимать медикаменты, решил посоветовать лечебную диету. Ситуацию можно расценивать как депрессивную, при которой характерно снижение пищевого и познавательного инстинктов. Питание, которое он получал на завтрак, было таким, что печень и желчный пузырь не выделяли желчь, необходимую для переваривания жиров, так как не получали нужных продуктов. Необходимо компенсировать вместе первоэлементы Землю и Дерево. Было рекомендовано варить кашу на молоке, а чай пить с бутербродом с маслом. Добавление молока и сливочного масла имели решающий эффект и через неделю металлический вкус полностью исчез.

№ 16. Женщина 56 лет, медсестра (акушерка), обратилась с жалобами на частые болезненные позывы к мочеиспусканию, нарушение сна из-за частых пробуждений по ночам, тревогу, снижение настроения, в связи с чем около 4 месяцев (с перерывами) находилась на лечении в урологическом отделении. Неоднократно проводились промывания мочевого пузыря антисептиками, получала курсы антибиотиков, однако после короткого периода незначительного улучшения дизурические симптомы (боль, жжение и частые позывы, плохой сон) вновь возвращались с прежней интенсивностью.

При первой беседе больная сообщила, что год назад у нее умер муж, который был для нее очень близким и родным человеком, горечь утраты остро переживает до сих пор. Опрос проводился с учетом китайской модели обследования с ис-

пользованием триады — окружающая среда, эмоциональное состояние, образ жизни. В психическом статусе — депрессивный фон настроения в виде тоски, постоянное чувство тревоги, непреодолимое чувство утраты близкого человека, ощущение «как будто осиротела». По характеру порядочная, обязательная, исполнительная, ответственная, на хорошем счету на работе. В целом её можно охарактеризовать как личность с чертами гиперсоциальной эпилептоидности.

Было заподозрено поражение первоэлемента Вода (30.4%) с Ян-синдромом с симптоматикой мочевого пузыря и психической реакцией в виде страха и тревоги. Поскольку симптомы мочевого пузыря не были первичными, связанные с самим органом, было предположено нарушение равновесия между первоэлементом Вода и противоположным уравнивающим первоэлементом Огонь (19.4%). На это указывало резкое «обрушение» первоэлемента Огня с утратой радости, постоянным ощущением одиночества. Согласно соответствию первоэлементов и инстинктов, у больной ведущим синдромом является повышение инстинкта самосохранения. Чрезмерная активность данного инстинкта ведет к патологическому возбуждению психовегетативной и психосоматической систем с гиперфункцией мочевого пузыря. Были назначены антидепрессанты, направленные на нормализацию сна в сочетании с психотерапией. Лечение проходило трудно. Поскольку она была человеком с несколько ригидным мышлением со склонностью к вязкости, более привычная к конкретной деятельности как медик, психотерапия шла трудно, медленно, но неуклонно. Больная после курса лечения полностью восстановилась.

Заключение

Из приведенных выше случаев, как и некоторых других публикаций [8, 9] следует что знание рефлексотерапии, основ традиционной китайской медицины и авторского метода анализа на основе У СИН и инстинктов наряду с западным медицинским образованием значительно расширяет возможности практического врача для выбора оптимальной стратегии лечения даже в тех случаях, когда стандартные методы уже себя исчерпали. Метод не только позволяет в сравнительно короткие сроки качественно улучшить состояние больных, которые уже отчаялись от длительных многолетних обследований и курсов лечения, так и не приведших к желаемым результатам, но иногда позволяет быстро переломить ситуацию, грозящую ле-

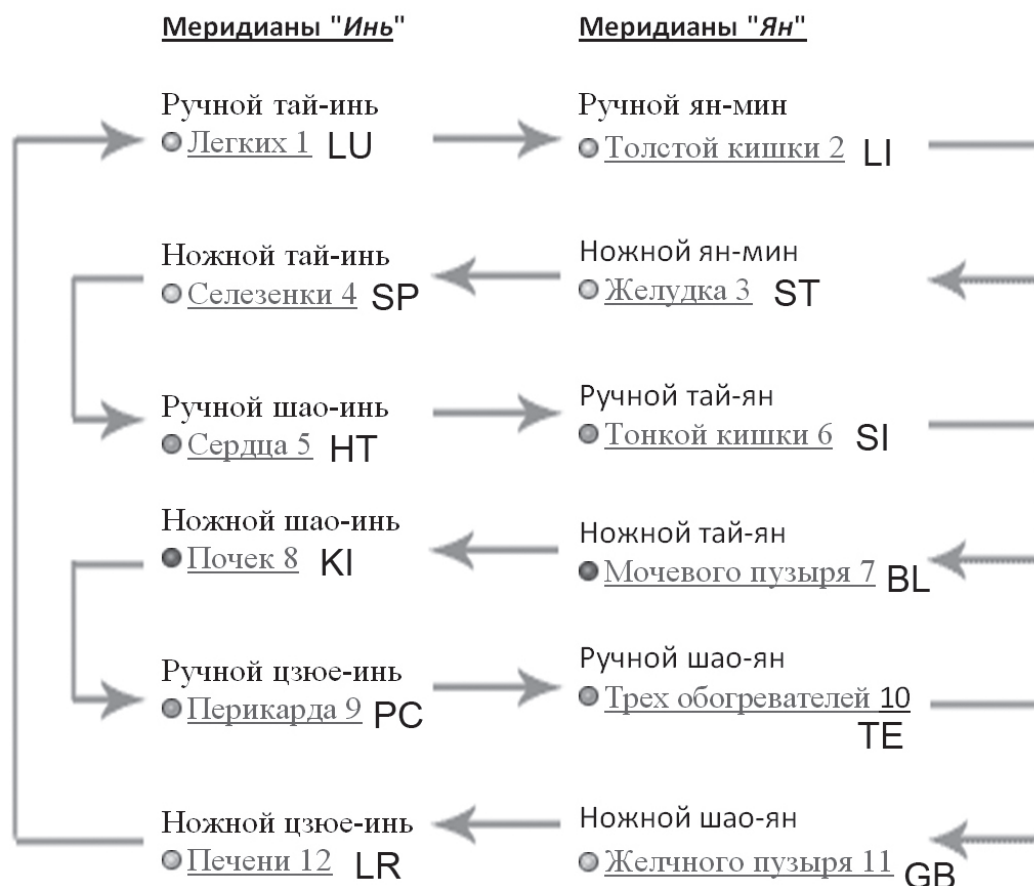


Рис. 2. Последовательность движения энергии Чи

тальным исходом при стандартном лечении. Автор выражает глубокую благодарность коллегам предоставившим ряд случаев для этой статьи.

У СИН в классическом варианте показывает статическую картину взаимосвязей элементов. Однако, для анализа динамического процесса при решении практических задач требуется схема, отражающая последовательность движения энергии Чи в 12 парных меридианах в живом организме. Это можно представить следующей схемой представленной на Рис. 2.

Считается, что если изменен поток энергии в одном из парных меридианов, то в другом из этой пары поток энергии нарушается.

Библиография

1. Мачоча. Д. Психикавкитайскоймедицине. Москва, Синофарм. 2013 год. Стр. 579-583
2. Кобзев А. И, Лян Нень/Лянь чжи. Духовная культура Китая, том 5. стр. 330-336. Восточная литература, Москва, 2011 год
3. Фалев А.И. Китайская классическая чжень-цзю терапия, Олимпия, Москва, 1999
4. Селье Г. От мечты к открытию. Москва, Прогресс, 1987 г.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. – М.: Издательство СГУ, 2007. – 528 с
6. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. АН СССР, 1954, Москва
7. Пат. №2168940, РФ. Способ оценки состояния психофизического здоровья человека./Абиев А.К. Зарегистрировано в Госреестре изобретений РФ. 20.06.2001
8. Абиев А. К, Кайков Ю.Н. Инстинкты человека как базисная, генетически детерминированная основа человеческой психики и поведения – способ оценки и использования в целях клинической диагностики и лечения. Рефлексотерапевт. 2011. № 2: 36-41.
9. Абиев А. К., Макаров Ю.П. Теория У-СИН и инстинкты человека в клинической практике. Рефлексотерапия и комплементарная медицина. 2016 № 1 (15)

СИСТЕМА СООТВЕТСТВИЯ ПЯТИ ФАЗАМ ПРЕВРАЩЕНИЯ КАК СОМАТОПСИХИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

J. Gleditsch

Расширенный реферат статьи Das Entsprechungssystem der fünf Wandlungsphasen als somatopsychischen Modell, опубликованной в журнале AKU № 4/1994, 288-292

*«Нельзя вылечить глаза без головы,
голову без тела, как нельзя исцелить
тело без души»*

Сократ

Традиционная китайская медицина (ТКМ) известна своей особой культуральной основой и феноменологической картиной мира и человека. Она отличается целостным восприятием, познает функциональные связи и акаузальные взаимоотношенности и использует их в диагностических и лечебных целях. Символом такой медицины можно считать пять «элементов», точнее и логичнее — «пять фаз превращения». Оценка западными и китайскими специалистами модели пяти элементов неоднозначна: с точки зрения практичности и эффективности, куда проще было бы использовать теорию цзан фу; в практике эта модель применяется гораздо реже, чем, например, правило «мать — сын». Однако знатокам и приверженцам традиционной акупунктуры (АП) известна ценность концепции кругооборота пяти элементов — гораздо больший вклад она вносит в силу своего дифференцированного психического содержания. В ТКМ физическое и психическое естественным образом неразрывно связаны между собой, как стороны одной медали; это обеспечивает единственно правильный подход к образу человека, который отсутствует в современной медицине. Соматопсихическое содержание теории пяти элементов можно расценивать как полноценный мостик к современной психосоматике. Предполагается, что содержательные принадлежности пяти элементов выводятся из феноменологии, аналоговых взаимодействий, поляризации и цикличности повторяющихся фаз, обобщаются, из них делаются дальнейшие выводы. Однако было бы ошибкой стремление компенсировать недостатки современной научной медицинской системы за счет обращения к чуждым культурам. Картина мира и человека только тогда становится убедительной и интегрируемой, если в ее основе лежит собственная медицинская традиция.

Физическое в человеке мы постигаем с помощью системно-теоретического, биоклибер-

нетического знания и сведений о собственной организации живого; в то же время психологию и теологию естествоиспытатели воспринимали как отдельную научную дисциплину, чьи интенциональные принципы толкования несовместимы с функционально-каузально-аналитическими подходами медицинского естествознания. Душа и дух еще ищут свое собственное место и находятся либо как волевые разумные ведущие инстанции на службе автономного развития или следования божественному, либо настроенные на трансценденцию органы чувств в процессе жизненного развития человека. В подходе к изучению духа медики на протяжении долгого времени руководствовались высказыванием Virchow о том, что у многих тысяч вскрытых им трупов он никогда не встречал души.

Итак, необходим образ человека, который включает в себе его конституциональные и психологические особенности и помогает врачу понять пациента. Таким образом, диагностика направлена не столько на физическое, психическое, либо на определенный метод, а скорее на общее сомато-психо-духовное понимание человека. Такой подход может дать врачу больше, чем множество диагностических и терапевтических приемов. Психология и психосоматика в западной медицине сегодня могут занять прочное научное место, но пока аналитико-каузально-редукционные подходы мало используются для душевных категорий. Психические качества и образцы поведения очевидно подчиняются другим законам, которые гораздо более соответствуют «а-логичным» процессам, узнаваемым правым полушарием мозга. Как раз в теории пяти элементов заложены эти «совсем другие» подходы, приведенные в систему, которая на место каузальных связей и статистических данных ставит в открытый регулируемый цикл феноменологические свойства и полярность. Такой цикл подразумевает прогресс, развитие и изменение: непрерывно сменяющие друг друга фазы «превращения» — не нечто, теряющееся в многообразии из-за произвольной хаотичной динамики, а означает всегда нацеленное на гомеостаз, гармо-

нию, исцеление. В то же время модель пяти фаз превращения могла бы послужить открытию глубоких тайн ауторегуляции, поскольку в итоге мы рассматриваем связанные друг с другом, взаимообусловленные и взаимодействующие функции, как это происходит в современной научной теории.

Какие особые условия способствуют взаимной организации множества функций и модальностей пяти фаз превращения?

Холистический путь познания в ТКМ включает следующие критерии.

1) На основании общей или сходной **феноменологической принадлежности** безошибочно выявляются параллели и сродства акаузальной природы. В теории пяти элементов для каждой соматической сферы провозглашаются и недвусмысленно характеризуются соответствующие психические свойства. Общность, которая покоится на феноменологическом соответствии, сложилась как всеохватывающая система и сделала возможным целостный подход.

2) **Связь и взаимодействие между аналогичными сферами.** Если феноменологическое касается скорее внешнего восприятия, аналогии внутри системы с ее сетью взаимопроникающих, компенсирующих взаимодействий приводят к взаимному компромиссу прежде всего между сомой и душой.

3) **Полярности** действуют как внутри отдельных элементов, так и между ними. В известной степени это первично для соматического — по традиционной теории, в каждом элементе выражена принадлежность меридианов к инь или ян- связям. В равной степени это должно иметь место и в психическом.

4) **Цикличность и фазность.** Цикличность указывает каждому из пяти элементов свое место в веренице времени, исходя из смены времен года. Здесь окончательно высвечивается характер элемента как фазы превращения, в котором отражается особенность процессов становления психического сознания.

5) **Сознательность — духовное измерение.** Эта вторгшаяся величина, которая превосходит психосоматическое, обнаруживается в особом положении одной из пяти сфер — функционального круга (ФК) сердца, связанного с элементом «огонь» и психическим качеством (эмоцией) «радость». Здесь теория пяти элементов перекидывает мост к соответствующей модели западной медицинской традиции и подтверждает ее.

С современной точки зрения, сущность пяти элементов — пяти фаз превращения — можно истолковать как пять соматопсихических регулирующих ФК организма.

Демонстрация критериев на примере наиболее соответствующих им ФК

Для демонстрации феноменологического подхода наиболее подходит ФК почки\мочевой пузырь и одноименные меридианы с отнесенными к ним урогенитальными органами и функциями. Уже внешний вид меридиана мочевого пузыря может служить «функциональным шифром», т. к. он отражает основной принцип всего ФК регуляции. Очевидно, что самый длинный среди всех, меридиан мочевого пузыря, словно оболочка, покрывает все тело: начинаясь от глаз, охватывая голову, далее — проходя с обеих сторон позвоночника и как бы «покрывая» всю спину, двигаясь вдоль нижних конечностей, он, наконец, достигает опорной поверхности — подошвы. Защита спины означает надежность, обеспеченную твердостью и стойкостью позвоночника. Это феноменологическое содержание подтверждают все другие принадлежности ФК почки\мочевой пузырь: скелет и кости — помост с его стойкостью и стабильностью, с поддерживающей защитой черепа и таза; функции половой сферы — поддержание вида; механизмы самосохранения и преодоления стресса, включая выделение надпочечниками адреналина и т. п. Кроме того, традиционная теория связывает с этим ФК волю — волю к выживанию как интенционально-движущую силу, а также страх, испуг и шок как дефицит уверенности, защищенности, безопасности. Е. Kubler — Ross утверждает, что существует только один «естественный» эндосоматический страх — тот, который угрожает сзади; причем, человек тем более подвержен страху, чем неожиданной угроза. Такие окружающие человека «внешние модальности», как холод, неподвижность, мороз и зима, в приложении к нашему ФК сами собой вызывают аналогию с фригидностью, импотенцией и сексуальной ущербностью. Ранние детские травмы — запугивание, угрозы, половое злоупотребление или шок и вообще опыт человеческой жестокости могут оставить на всю жизнь ощущение незащищенности, которое часто можно определить уже по осанке пострадавшего: такого рода переживания сродни вторжению холода, который прямо «замораживает» тело. Здесь мало помогает разговорная терапия, тело само хочет высказаться и быть «понятым». Вызывают доверие невербально подаренное человеческое тепло, любящее обращение и сочувствие; рекомендуются особые упражнения, которые вырабатывают опыт физической защищенности

(например, упражнение, рекомендуемое биоэнергетикой Reich'a: заставить себя падать назад в готовый подхватить круг группы). Идеальной терапией при слабости урогенитальной сферы являются тепловые полынные аппликации; оптимальной профилактикой — методы закаливания, например, лечение по Кнепп.

Принципиальная аналогия между соматическими и психическими функциями объясняет

их взаимозаменяемость и взаимодействие; пожалуй, лучше всего это проявляется в ФК печень\желчный пузырь. Как известно, к этому ФК относят динамическое двигательное действие и вызываемую им реакцию, причем в физическом смысле это мышечно-сухожильная двигательная игра, подразумевающая силу и действие, адаптацию и пластичность. Психическая аналогия состоит в энергичном проявлении аффекта и вообще в двигательной и эмоциональной возбудимости; ТКМ относит сюда ярость и гнев. В силу переплетения соответствующих физических и психических функций психическое напряжение и раздражительность непременно отражаются в соматическом и наоборот, например, в нарастающем образовании «кислого». Эта взаимная игра служит компенсации, происходит компенсаторно синхронно без причинной последовательности. Но замещение означает также, что разрядка в одной сфере содействует расслаблению в другой, независимо от того, было ли первичное нарушение физическим или психическим. Физическое и душевное равнозначны, в условиях колебаний и чрезмерных реакций каждое двигательное и эмоциональное действие должно быть соразмерным и в конце концов качнуться назад к свободному от напряжения исходному состоянию. Период времени, необходимый для возвращения, не должен быть долгим, например, для упрямого ребенка — не более 30 секунд (E. Kubler-Ross). Мы, европейцы, можем многому научиться у азиатов, в частности, как с помощью расслабляющих физических упражнений выравнивать душевные изгибы. Западные виды спорта нацелены на состязание и победу, мышечное напряжение и результат. Для традиционных китайских двигательных упражнений тай цзи и медитативной ци гун, напротив, расслабление, достигающее душевного уровня, становится эффективным благодаря ощущению непривычного символического типа движений: гармонизация аффекта с помощью осознанных двигательных импульсов. Здесь взаимодействие motio и emotio очевидно и терапевтически оправдано.

Принцип поляризации демонстрируем на примере ФК селезенка\желудок.

Ключевая функция этого ФК — переработка чуждого. Человек постоянно противостоит вызовам: в физическом смысле — питанию, которое нужно переварить, в психическом тоже — информации, учебному предмету, проектам, проблемам, социальным и межчеловеческим обязательствам.

Любой процесс переработки состоит из двух фаз: сначала разрушить, разобрать, проверить, — это относится к ян-функции; второе как инь-дополнение — конкретное восстановление и встраивание, т. е. интеграция в виде особой субстанции — запоминание («темогу»). В органическом процессе различают катаболическую и анаболическую фазы, аналогичное этому есть и в психическом. В теории пяти элементов термин «раздумье» подразумевает претензию и чрезмерную требовательность к процессу мышления как ментальной переработке. То, что «понято», т. е. проанализировано и постигнуто, можно классифицировать и запомнить. Аналогия между физическим и душевным учит нас, как важна добросовестная отработка обеих фаз. Однако в нашей современной цивилизации нередко переоценивается ян — фаза. В то же время только терпеливая и последовательная реализация — «доведение до конца» как классический компонент инь — приводит процесс к завершению, к сатисфакции. Подобно аллергии в соматике, в психическом решении проблем и социальной интеграции препятствуют ментальные предубеждения, критика и сомнение. Толерантность означает иммунитет и целостность в буквальном и переносном смысле.

Пример ФК легкие\толстая кишка помогает понять, как отдельные фазы превращения можно объединить общим циклом, чьи временные закономерности позволяют отдельным отрезкам стать фазами всей жизненной дуги. Как известно, в органическом мире периоду внутри круга пяти элементов понимают как энергетический кругооборот, который в непрерывной смене периодов устанавливает новые акценты и актуальности. Психическое содержание тоже оказывается встроенным в общий процесс: даже в более или менее коротких циклах существует аналогия с жизненным циклом, сначала восходящим, затем — нисходящим. Право называться «фазами превращения» признается только за этапами душевного состояния и развития, которые постигают свое предназначение в процессе всего пути. Печаль, которую считают психическим соответствием ФК легкие\толстая кишка, надо понимать не просто как расположение

духа, «печальную работу» рассматривают как заданную душевную концепцию: прощание и освобождение от полюбившегося и достигнутого. К тому же соответствующее время года — осень обещает зрелость, соби́рание плодов, а также постепенное увядание и умирание. Дело идет к концу, но с высоты всего цикла становится ясно, что предстоит не окончательное завершение, а достижение цели, т. к. конечный момент содержится в истине поворотного момента. Исходя из своей соматопсихической модели теории АП гарантирует энергию, соответствующую каждому периоду времени, а невыплаканные слезы в крайнем случае приведут к неизбежному катарсису. Во всем есть элемент фазности, точно как в дыхании с его «двойкой милостью» (В. Гете).

В контексте общего процесса причину болезни не всегда можно считать следствием предшествующей погрешности, но ее можно объяснить целенаправленно выявленным определенным отклонением чаще всего психического характера. Paracelsus говорил о «созревании» в здоровье и болезни; С. G. Jung — о частом «развороте» — внезапных колебаниях в середине жизни от экстремальной экстравертированности к интроверсии и — наоборот. Описанный Jung'ом индивидуальный цикл созвучен сменяемости психического содержания в цикле пяти фаз превращения.

Сознательность — духовное измерение.

Пример ФК сердце\тонкая кишка помогает понять, что с психосоматикой резонирует духовное измерение, только оно делает образ человека совершенным, а холистический взгляд позволяет оценить его по достоинству. С физически-энергетической точки зрения, ФК сердце\тонкая кишка включен в цикл пяти элементов как полноправный участник. Однако тради-

ционная теория указывает на особенность психического соответствия сердца: если для остальных четырех ФК даны негармоничные типы поведения (страх, ярость, размышление, печаль), то сердцу приписывают единственный, наполненный гармонией, — радость. Даже время года, относящееся к сердцу, — лето с его теплом обещает кульминацию. Исходя из этого, некоторые традиционные источники присуждают сердцу качество «шэнь», что означает дух, более высокую сознательность. Таким образом, истинной моделью психического пятизначия пяти элементов является четыре — плюс — один. Этот же вывод мы находим в теории пяти сущностей Paracelsus, который рядом с четырьмя «светскими» сущностными сферами ставил пятую — «Ens Dei». Модель четырех темпераментов Гиппократ точно также дополнена «Quinta Essentia». Наконец, С. G. Jung добавил к своим четырем психическим основным функциям в качестве дополнения «Coniunctio». На основании соответствия можно было бы говорить почти о «совместимости» перечисленных выше систем. Общий культуральный взгляд позволяет сделать вывод о том, что вне ТКМ и АП модель пяти элементов тоже имеет значение. Выработанные параллели вместе с их интерпретацией могли бы дать в руки современной психосоматики доселе неизвестные прямые соматические выходы.

Таким образом, предлагается «недостающее звено» («missing link») для всего понимания физически — душевно — духовных взаимосвязей и взаимодействий, необходимого для образа человека, объединяющего традиционные и современные данные как опыт различных культур.

Референт: Татьяна Григорьевна Тихонова.
tg_tihonova@mail.ru

ПСИХОСОМАТИКА В ТЕОРИИ ПЯТИ ЭЛЕМЕНТОВ

G. Guberner

Расширенный реферат статьи *Psychosomatik in der 5-Elementenlehre*, опубликованной в журнале *Deutsche Zeitschrift für Akupunktur* № 4\1995, 88-92

В последнее время в центре внимания медицинской общественности находятся психические проблемы как источник функциональных или органических расстройств. Формирование законов психотерапии дало совершенно новые возможности в обеспечении пациентов, нуждающихся в такой психологической помощи. Однако на пути решения этой задачи по-прежнему остаются серьезные препятствия, во-первых, пациенты нередко не могут или не хотят понять, насколько это им необходимо, во-вторых, врачи не всегда находят отправную точку, чтобы их убедить.

Издавна мыслители и ученые пытались понять, что на самом деле происходит в сердце, мозге и остальном организме. К теме отношений тела и души как психосоматической сущности существуют различные подходы. Европейские модели либо противопоставляют тело и душу, либо допускают их сосуществование; наиболее жесткий подход предлагает один из элементов, а именно душу, недолго думая, элиминировать. В традиционной китайской медицине (ТКМ) такой проблемы не существует, поскольку здесь с самого начала определенные органические области идентифицируются с определенными психическими областями, так что это может приводить к воздействиям внутри области и даже — с большой вероятностью — к биполярным или мультиполярным взаимодействиям между различными областями.

Поскольку, по мнению многих авторов, отсутствует сколько-нибудь корректный перевод китайского термина *Wu Xing*, то, о чем идет речь, скорее можно обозначить как энергетические поля или органы области, которые находятся между собой в сложных отношениях благодаря мультиполярным связям. Между тем в сложных

отношениях теории пяти элементов скрыты все ответы на вопросы о влиянии эмоций на физическое тело. Система пяти элементов является исключительным практическим инструментом для диагностики и лечения любых болезней, в проявлении которых играет роль психический фактор, а это почти все известные заболевания. Составные части каждого из пяти элементов (пяти фаз превращения) представляются следующим образом

1. Орган — анатомический или функциональный
2. Меридиан, соответствующий определенной области:
 - а) наружный ход меридиана
 - в) внутренний ход меридиана
3. Эмоция или область психики.

Было бы неправильно приписывать одному элементу одну эмоцию, подобно одному времени года; необходимо принимать во внимание различные эмоции, соответствующие состояниям, в которых находится элемент, а именно — полноты, гармонии или пустоты. Исходя из этого, получаем пять эмоций гармонических, пять соответствующих патологической полноте и пять соответствующих патологической пустоте (см. таблицу 1)

В результате хронического патологического влияния на орган\элемент извне или изнутри там может сформироваться поле повреждения, оно может быть невральным-, соединительнотканно-фиксированным или носить эмоциональный характер. Поля повреждения могут оказывать влияние в месте своего возникновения, но их влияние может распространяться отдаленно, они могут перемещаться. При определенных обстоятельствах целостная единица поля повреждения, состоящая из боли, нарушенной

Таблица 1

Элемент	Полнота	Гармония	Пустота
Печень	гнев*	способность добиваться	бессильная ярость
Сердце	изнурение	радость*	лживость
Селезенка	забота (тревога) *	предусмотрительность	легкомыслие
Легкие	истерия	печаль*	равнодушие
Почки	страх*	предосторожность	заносчивость

*Наиболее часто приводимые эмоции; здесь видно, что они частично соответствуют состоянию полноты, частично — нормальному состоянию; пустота не фигурирует совсем.

функции и эмоции, может переходить на другую органную область. Груз нерешенных проблем, конфликтов и стрессовых ситуаций формирует у человека поле повреждения прежде всего в психической сфере – патогенное силовое поле («стресс-пакет»), которое, становясь однажды автономным, способно перемещаться. В соответствии с силой или слабостью пораженного организма, заданными генетически или актуально, этот «стресс-пакет» двигается туда и обратно, как в органической, так и в психической сфере. Может показаться, что странствия этого «стресс-пакета» неожиданным образом строго следуют закономерностям мультиполярных отношений пяти элементов.

По ТКМ, существует порядок следования воздействий от одного элемента на последующий по ходу часовой стрелки (физиологический процесс): LR\GB – HT\SI – SP\ST – LU\LI – KI\BL.

Если, например, печень находится в состоянии «полноты» (рис. 1), она взаимодействует с другими органами следующим образом: печень содействует сердцу, контролирует селезенку, пренебрегает (не уважает) легкими, угнетает почки – действие направлено антероградно. Если печень находится в пустоте (рис. 2), мы видим обратную картину: почки ей содействуют, легкие ее контролируют, селезенка ею пренебрегает, сердце ее угнетает – направление действия, следующее против хода часовой стрелки, – ретроградно. Итак, действуя антероградно, каждый элемент содействует следующему и контролирует следующий за ним (через один); в ретроградном направлении – угнетение от следующего и пренебрежение от следующего за ним. При этом в нашем примере нарушение может относиться к энергетическому

полю печени и в нем оставаться, либо при ее полноте распространяться далее и слишком содействовать сердцу, слишком контролировать селезенку, угнетать почки и пренебрегать легкими; при пустоте печени, как указывалось, мы находим обратные отношения: слишком много влияния от почек и контроля от легких и угнетения или пренебрежения от сердца и селезенки. За обратным направлением в круге обращения энергии, т.е. против часовой стрелки, стоит патологический процесс: содействие сменяется угнетением, контроль – пренебрежением.

В острых случаях процесс, как правило, распространяется антероградно, т.е. патологический фактор прежде всего воздействует на пораженный элемент, затем – в области спаренного меридиана, потом на элемент «сын» и, наконец, на контролируемый элемент. Для диагностики это означает, что сначала симптомы и возможные причины болезни пытаются связать с пораженным органом; если этого сделать не удастся, далее причину следует искать в острых случаях в предшествующем элементе – «мать», а затем – в контролирующем; при хронических состояниях, с которыми мы часто имеем дело, внимание обращают на оба следующих элемента – угнетающий и пренебрегающий

Для того, чтобы эти размышления перевести в плоскость практического применения, прежде следует установить:

1. Какой элемент страдает больше всего
2. Находится ли этот элемент в состоянии полноты или пустоты
3. Является ли нарушение в страдающем элементе первичным или импортировано от другого энергетического поля.

Место возникновения «стресс-пакета» зависит, с одной стороны, от генетической предрас-

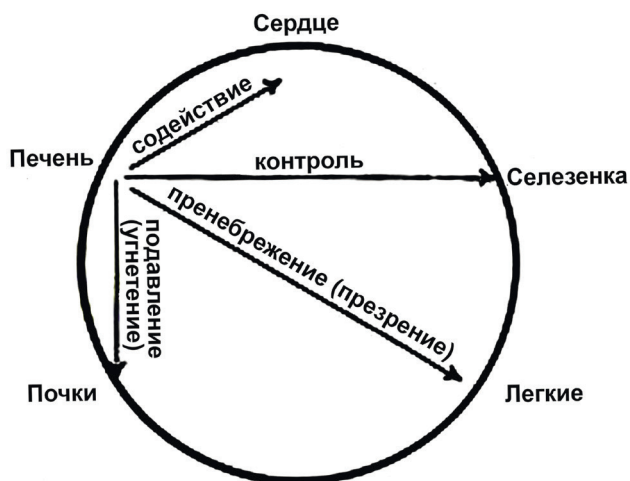


Рис. 1.



Рис. 2.

положенности пациента (т.н. места наименьшего сопротивления), с другой стороны, от его актуальной ситуации (преморбидный фон, сопутствующие заболевания). У энергичного и уравновешенного пациента патологический симптом появляется, но, как правило, через некоторое время опять компенсируется; ослабленный пациент может продуцировать целый каскад симптомов.

Пример возможного распространения патологического процесса отдельной энергетической области — сердце\тонкая кишка.

Патологическая психическая энергия (изнурение) поражает функциональную область сердца. Организм пытается, во-первых, эту патологическую энергию поэтапно нейтрализовать посредством перемещения

1. Если возможно, приведение к гармонии с помощью сознательного приема и планомерного включения в соответствующую область (сердца) >> радость, позитивная активность.

2. Если это невозможно или нельзя сделать сознательно, следует сначала ее перемещение в область спаренного меридиана >> тонкую кишку >> возникает понос.

3. Если индивидуальная область тонкой кишки достаточно сильна, ее дальнейшее направление — антероградно на «сына» >> SP\ST, что приводит к изжоге, даже вообще к поражению желудка или далее — на LU\LI — к поносу, запору, нарушению пищеварения. Если острая ситуация не разрешившись перешла в хроническое состояние, тогда организм передвигает «стресс-пакет» представленной области, дело доходит до угнетения сердцем печени/желчного пузыря или презрения «почек\мочевого пузыря, что приводит к хроническим заболеваниям позвоночника.

Тот же процесс по отношению к энергетической области селезенка\желудок будет выглядеть следующим образом.

Патологическая эмоциональная энергия — забота (тревога) поражает орган — селезенку.

Энергетически сильный и эмоционально устойчивый пациент справляется с этим вмешательством.

Если этого не происходит, сначала страдает сопряженный орган — желудок; поскольку «тревога лежит в желудке», то возникают соответствующие симптомы — от изжоги до язвы. Если желудок достаточно силен, атака направляется далее — на орган легкие, мы наблюдаем диспноэ, астму и т.д. При хронизации процесса селезенка угнетает сердце и пренебрегает печенью\желчным пузырем с возникновением жалоб со стороны сердца и желчного пузыря.

В общей практике часто встречаются жалобы пациентов, которые можно отнести к функциональному кругу почек\мочевого пузыря; чаще всего это сильные хронические боли в пояснично-крестцовой области, при которых тщательное обследование не выявляет никакого органического субстрата. Ответ можно найти в закономерных связях пяти элементов, если помнить о том, что хроническая эмоциональная нагрузка на орган «сердце» (изнурение или лживость) может привести к пренебрежению им почек\мочевого пузыря; хроническая нагрузка на орган «печень» (гнев или бессильная ярость) — к подавлению почек\мочевого пузыря. В этих случаях безвыходные ситуации — профессиональные, партнерские или семейные — из-за хронически претерпеваемого дурного настроения по обходному пути осаждаются в области позвоночника. Казалось бы нет никакой логики в том, что человек, отягощенный тревогой, должен получить сначала изжогу, потом одышку и, наконец, боли в суставах. При подходе к диагнозу следует иметь в виду, что установленное актуальное функционально — органическое нарушение может иметь эмоциональную причину. Этим занимается клиническая психосоматическая медицина, и помочь ей могут многополярные связи, заимствованные у теории пяти элементов. ТКМ на протяжении многих столетий тщательно наблюдала и приводила в систему эти и многие другие «причинные» процессы; использование этих знаний там, где мы заходим в тупик, приводит к расширению наших диагностических и терапевтических возможностей. За предложенным диагнозом должно следовать лечение:

1. сначала симптоматическое лечение актуального нарушения — фармако- или акупунктура;

2. энергетически: с помощью тестирования пульса или биоэлектронной функциональной диагностики устанавливают состояние энергетики и проводят лечение с помощью АП или, например, биорезонансной терапии;

3. последнее, но не меньшее по значению, — психотерапия — иногда с помощью осторожно проведенной разъяснительной беседы в рамках обычно проводимого лечения можно стабилизировать пациента настолько, чтобы он сам мог взять свою дальнейшую судьбу в свои руки, иногда необходимо вмешательство специалиста по психотерапии.

На рисунках 3-5 представлен концептуальный подход к психосоматике (J. Kingelhofer «12 лет практики в психосоматической клинике», АКУ № 1, 1997, 61-65)



Рис. 3. Категории физико (телесно) – психического здоровья



Рис. 4. Категории физико-психической болезни



Рис. 5. Краеугольные камни психотерапии

На рис. 3 в двух верхних квадрантах показаны аспекты душевных, в нижних — физических переживаний. Если эти аспекты на протяжении жизни осуществляются в среде обитания и человек находится в открытом обмене с окружающим его миром, мы принимаем это как признак здоровья. Практическая сущность этой теоретической конструкции состоит в том, что энергия тела может оказывать большое влияние на все переживания, является ли она физической или психической.

Сегодня обычное прагматическое определение психосоматической болезни схематически можно представить как дефицит обмена между отдельными сферами переживаний без объяснения каузальных взаимосвязей — рис. 4. Рис. 5 представляет основные составляющие терапии, входящие в лечебные планы в меняющихся существах у психосоматических больных.

Таким образом, в подходе к лечению этих пациентов необходим диалог всех психосоматических дисциплин; при многочисленных болезнях, которые мы лечим, на первый план, естественно, выходит психотерапия. Родоначальник медицины Гиппократ рекомендовал врачам «смотреть на пациента приветливо и не выказывать нетер-

пения». Если говорить о конкретных рекомендациях, то врачи любого направления не должны ограничиваться своим сиюминутным симптоматическим лечением, например, пациента с сердечным приступом или явлениями стенокардии, его необходимо отослать к специальному психотерапевтическому лечению невротического страха, лежащего в основе состояния. Специалистам также известно, что тяжелое депрессивное состояние можно улучшить с помощью телесной энергии (например, гомеопатией высоких потенциалов или акупунктурой), но нельзя вылечить без психотерапии. Исцелить астматика без медицины психотерапевты не могут, если только приступ удушья не купируется у него на фоне душевного расслабления.

Такой совместный подход показал воодушевляющие результаты: на фоне уменьшения «душевных» симптомов (страха, депрессии, социальной дезадаптации) у психосоматиков появилось удовлетворение физическим здоровьем; уменьшилось число обращений к врачу, значительно сократилось время нетрудоспособности.

Референт: Татьяна Григорьевна Тихонова.
tg_tihonova@mail.ru

СОСТОЯНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСИСТЕМНОЙ, МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ НАТУРОПАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Stephen P. Myers , Vanessa Vigar

Расширенный реферат статьи: «The State of the Evidence for Whole-System, Multi-Modality Naturopathic Medicine: A Systematic Scoping Review»

Опубликованной в : The Journal of Alternative and Complementary Medicine Vol. 25, No. 2, 20.02.2019 <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0340>

Аннотация

Цель: обобщить текущее состояние научных данных по комплексной, мультимодальной натуропатической медицине.

Дизайн: Систематический поиск научных статей со всего мира проводился с использованием региональных индексов MEDLINE, Embase, CINAHL, AMED и ВОЗ. Натуропатические журналы и серая литература подвергались ручному поиску. Языковые ограничения не были наложены. Все исследования на людях, оценивающие эффективность натуропатической медицины, когда натуропатические клиницисты проводят два или более натуропатических метода, были включены в обзор.

Результаты: Тридцать три опубликованных исследования ($n = 9859$) соответствовали критериям включения (11 американских, 4 канадских, 6 немецких, 7 индийских; 3 австралийских; 1 Великобритания и 1 японский) по ряду преимущественно хронических клинических состояний. Исследования в основном показали доказательства эффективности натуропатической медицины для условий, в которых они были проведены.

Выводы: На сегодняшний день исследования комплексной натуропатической мультимодальной медицины показывают, что она эффективна для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, скелетно-мышечной боли, диабета 2 типа, синдрома поликистозных яичников, депрессии, тревоги и ряда сложных хронических состояний.

Введение

Натуропатическая медицина - это эклектичная практика здравоохранения, объединенная основными философиями, теорией и принципами. Центральным принципом натуропатической философии является *vis medicatrix naturae* (целительная сила природы), древняя

концепция, часто приписываемая Гиппократу, которая относится к врожденному, самоорганизующемуся процессу исцеления в живых системах, который устанавливает, поддерживает и восстанавливает здоровье.

Определения для ключевых компонентов исследования

Натуропатическая медицина. Всемирная натуропатическая федерация (ВНФ) определяет профессию натуропата на основе двух основных принципов медицины (витализм и холизм) и семи принципов практики (целительная сила природы; лечить человека целиком; лечить причину; во-первых, не навредить; врач как учитель; укрепление здоровья) и профилактика заболеваний и благополучия). Философия, теория и принципы воплощаются в клиническую практику с помощью ряда терапевтических методов. ВНФ определила семь основных методов: (1) клиническое питание и изменение / консультирование по питанию; (2) прикладное питание (использование пищевых добавок, традиционных лекарств и натуральных пищевых продуктов; (3) фитотерапия; (4) консультирование по вопросам образа жизни; (5) гидротерапия; (6) гомеопатия, в том числе комплексными препаратами и (7) физические условия (основанные на методах лечения, которые преподаются и разрешены в каждой юрисдикции, включая йогу, натуропатические манипуляции и методы освобождения мышц). Это обзорное исследование ограничено натуропатической медициной, как определено и включено в ВНФ.

Мультимодальности. В контексте этого систематического обзорного обзора «мультимодальная натуропатическая практика» была определена как включающая минимум две модальности как часть единого клинического подхода к лечению индивида. Практика единой модальности считалась более показательной для

этой конкретной модальности, нежели эклектическая натуропатическая общая практика.

Целостная система. Относится к практике натуропатической медицины как к комплексному вмешательству в здравоохранении, которое одновременно затрагивает различные аспекты (физическое, психическое, духовное, семейное, общественное и окружающее) отдельного пациента, как это практически применяют натуропатические клиницисты.

ВОЗ определяет натуропатию как часть традиционной и комплементарной медицины (Т & СМ) и рекомендует собрать доказательства, подтверждающие ее безопасное и эффективное использование. Стремление к разработке научной базы доказательств для натуропатической медицины несколько противоречиво. Некоторые утверждают, что доказательная медицина (ДМ) противоположна натуропатии из-за опасений, что традиционная натуропатическая философия и практика будут маргинализированы или исключены в процессе принуждения к неортодоксальным системам здоровья и исцеления, чтобы они вписались в основную научную парадигму. Другие утверждают, что, хотя существуют неизбежные противоречия между эпистемологиями Т & СМ и ДМ, эти противоречия и их решения также могут содержать ключ к более продуктивному пониманию между традиционными и научными знаниями.

Группа американских исследователей натуропатии получила грант от Национального центра комплементарного и интегрального здоровья Национального института здравоохранения (ранее Национальный центр комплементарной и альтернативной медицины) в 2006 г. для разработки программы натуропатических медицинских исследований (NMRA). Основная рекомендация NMRA состояла в том, чтобы исследования проводились по всей практике натуропатической медицины, а не на отдельных препаратах (таких как отдельные травяные или пищевые добавки). В 2015 г. был опубликован систематический обзор, включающий 15 клинических исследований. Авторы пришли к выводу, что, хотя размеры выборки были небольшими, результаты показали, что получение всей системы натуропатических лекарств было связано с улучшением результатов в отношении здоровья и улучшением качества жизни у пациентов с хроническим заболеванием или с риском для него, включая сердечно-сосудистые заболевания, диабет 2 типа, хроническая боль, беспокойство, рассеянный склероз, гепатит С и симптомы менопаузы.

Анализ результатов проведенных исследований показал, что натуропатическое лечение дает клинически значимое преимущество для лечения гипертонии, снижения параметров метаболического синдрома и улучшения результатов сердечной деятельности после кардиохирургических операций. дает значительную пользу для лечения диабета. Натуропатическое лечение снижало показатели боли до степени, сравнимой или лучше, чем стандартное лечение или другие контроли активного лечения мышечно-скелетной боли. Положительные результаты получены у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, страдающих астмой, гепатитом С, рассеянным склерозом, синдромом поликистозных яичников и климактерическим синдромом.

Разные страны, разные дизайны, похожие выводы

В Канаде натуропатическое лечение включало иглоукалывание, методы релаксации и диету с высоким содержанием омега-3 жирных кислот, магния и кальция). В Германии классическое натуропатическое лечение принято для использования в стационарных условиях с минимальным требованием применения пяти из восьми методов лечения: (1) диетотерапия; (2) гидротерапия / термотерапия; (3) другие физические условия; (4) фитотерапия; (5) терапия, регулирующая образ жизни; (6) лечебная физкультура; (7) процедуры детоксикации; или (8) дополнительная процедура (мануальная терапия, иглоукалывание / китайская медицина, гомеопатия, невральная терапия или художественная / музыкальная терапия).

В обоих исследованиях использовался индекс инвалидности Освестри в качестве основного показателя результата и было продемонстрировано, что комплексная натуропатическая мультимодальная медицина значительно отличалась от контрольной группы. Канадское исследование показало, что натуропатическое лечение более эффективно, чем обучение и физические упражнения при хронической боли в пояснице. Немецкое исследование показало, что оно сопоставимо с основным ортопедическим лечением, когда боль в спине настолько остра, что требует стационарного лечения, и что она потенциально лучше, чем обычное ортопедическое лечение для женщин. Вместе эти два очень разных исследования демонстрируют более убедительные аргументы в пользу эффективности комплексной натуропатической мультимодальной терапии хронической боли в пояснице.

Существуют специфические региональные различия в натуропатической практике в отношении таких модальностей, как добавление иглоукалывания в Канаде или фармацевтических назначений в некоторых районах США. В некоторых юрисдикциях существуют основные методы, лежащие в основе натуропатической практики, такие как йога в Индии или комбинация остеопатических техник с натуропатической практикой в Великобритании. Чтобы предоставить более всеобъемлющий метод оценки эффективности натуропатической медицины, существует реальная необходимость в новом типе обзора эффективности. Такой обзор будет систематически оценивать доказательства для конкретных терапевтических агентов, используемых врачами-натуропатами, в сочетании с результатами прагматических клинических испытаний всей системы натуропатической практики, в конкретных условиях или популяции. Недостаточно и не уместно полагаться только на один из аспектов в качестве единственного метода оценки эффективности натуропатической медицины.

Выводы и будущие направления.

Спектр натуропатических исследований содержит небольшой, но расширяющийся набор основанных на практике, комплексных, мультимодальных исследований. На сегодняшний день исследования с более высоким методологическим качеством показывают, что комплексная натуропатическая мультимодальная медицина эффективна для лечения целого ряда со-

стояний, включая сердечно-сосудистые заболевания, скелетно-мышечные боли, диабет 2 типа, синдром поликистозных яичников, депрессию и тревогу. Исследования с более низким методологическим качеством также показывают, что натуропатические препараты эффективны для лечения хронической боли, гепатита С, симптомов менопаузы, биполярного расстройства и астмы, а также для увеличения времени выживания рака. Результаты были положительными во всех регионах мира для аналогичных условий, которые, вероятно, отражают глобальную последовательность в применении основных концепций натуропатической практики с использованием общего набора натуропатических модальностей.

Существует необходимость в прагматических, реальных испытаниях, в которых комплексное натуропатическое лечение сравнивается с обычным лечением, чтобы создать высококачественную доказательную базу по эффективности общесистемной, мультимодальной натуропатической практики. Эта потребность в последнее время привела к созданию исследовательского консорциума академических клиник натуропатии в четырех странах и во многих регионах мира для развития прочного международного многоцентрового сотрудничества. Этот консорциум был одобрен Всемирной натуропатической федерацией с целью значительного увеличения количества и качества глобальных натуропатических исследований всей системы.

Референт А.М. Василенко.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



Зайцев С.В. «Сокровищница китайской медицины. Конституциональные типы»

Книга посвящена важнейшему разделу традиционной китайской медицины (ТКМ) — конституциональным типам.

Она является первой научно-популярной работой по данной проблематике на русском языке. В книге подробно разбираются девять базовых конституциональных типов китайской медицины, их особенности и диагностика. Для каждого типа приводится целый комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включающий диетотерапию, применение лекарственных растений, воздействие на биологически активные точки.

Дополнительная информация по телефону: +7 (499) 922 06 17

www.cinofarm.ru

www.acupro.ru

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ С ПОМОЩЬЮ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ АУРИКУЛЯРНОЙ И ОРАЛЬНОЙ АКУПУНКТУРЫ

Perschke O., Perschke W.

Расширенный реферат статьи: Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei Kopfschmerzen durch gezielten Einsatz von Ohr- und Mundakupunktur, Perschke O., Perschke W., AKU 21 (1993), S. 173-182.

В условиях применения аурикулярной и оральной соматотопических систем, представляющих наиболее короткий путь воздействия на ретикулярную формацию, повышается эффективность акупунктуры (АП) прежде всего при острой головной боли (ГБ). У пациентов с хронической, чаще всего вертеброгенной ГБ, возникающей на фоне блокирования или локальной гипермобильности в области позвоночника, для получения суммарного эффекта оба метода можно комбинировать между собой, а также — с корпоральной АП. Цель сообщения — поделиться десятилетним опытом применения стальных игл для аурикулярной акупунктуры (ААП), представляющей синтез китайской и французской школ, дополненной элементами оральной АП по J. Gleditsch (IX сессия общества акупунктуры и невралной терапии- 11.1989 — г. Gera).

При выборе метода руководствуются наличием триггерных точек, иногда — психическим состоянием и выбором пациента — одни предпочитают АП на ушной раковине, другие — на слизистой рта. С другой стороны, полезно «гасить» триггерную точку на слизистой оболочке посредством ААП и — наоборот. Дополнительно рекомендуется мануальная терапия, чаще всего в виде постизометрической релаксации с противоположным препятствием — мягкий метод, не имеющий противопоказаний. Упражнения сопровождаются фиксацией взора, движениями языка и дыханием. Например, для шейного отдела позвоночника: при ограничении ротации вправо пациент должен повернуть голову в этом направлении так далеко, пока не возникнет боль, затем терапевт давит при сопротивлении пациента в свободном направлении, на вдохе и при фиксации взора, на протяжении 7, 14 или 21 секунды с последующей паузой такой же продолжительности для расслабления мышц. Этот процесс повторяют 3-5 раз, причем полученный при этом дополнительный объем движения в направлении повреждения не должен сокращаться.

Блокирование I и II ребра

ГБ часто сопровождается блокированием I или II ребра. Врачи, не владеющие навыками мануальной терапии, могли бы оказать влияние на такие блоки, обратившись к аурикулярной АП — к точке, соответствующей g. stellatum, расположенной вблизи полости раковины между «C7» и «Th1» в зоне симпатических ганглиев противозавитка, к зоне симпатических первичных ядер «Th1\Th²» в ладьевидной ямке и соответствующей точке по краю завитка (рис. 1).

Однако сначала надо ликвидировать реберный блок, который приводит к нарушению равновесия в симпатико-парасимпатической системе, а раздражение g.stellatum препятствует действию АП в области головы, шеи и верхних конечностей (во французской аурикулотерапии это явление обозначается как инверсия или обратный рефлекс).

Блокирование в шейном и верхнегрудном отделах позвоночника

При блокировании в шейном и верхнегрудном отделах позвоночника надо воздействовать на аурикулярные точки, соответствующие сегментам шейного и верхнегрудного отделов позвоночника (который до Th4 ведет себя так же, как и шейный отдел позвоночника), расположенные как вблизи раковины в виде зоны ганглиев, так и в канавке завитка (C3/C4). Поскольку головная боль часто возникает на фоне атлanto-окципитального блока, в болезненной зоне проекции атланта — в хрящевой бороздке между противокозелком и противозавитком часто находят активную точку, на которую надо воздействовать. Далее мы пунктируем возможные активные точки на завитке, соответствующие чувствительным спинальным ганглиям, а также — точки на задней кромке уха, относящиеся к моторным спинальным ганглиям. При нарушении ротации укалываем ушную точ-

ку 104 контралатерально, поддерживая точкой ВМ108 (ло-чжэнь) на руке, и дополнительно проводим постизометрическую расслабляющую мобилизацию. Всякое нарушение ротации сопровождается нарушением бокового сгибания шеи, поэтому добавляем ушную точку 82 – тоже контралатерально (по французской номенклатуре нулевая точка) (рис. 2) с последующей постизометрической расслабляющей мобилизацией.

При нарушениях ротации предлагаем оральную АП по J. Gleditsch в виде точек ян-ян связи ТЕ/GB – в щечной ретромолярной области верхней и нижней челюсти, в заключение –

во всех случаях – постизометрическую расслабляющую мобилизацию. При затруднении наклона головы кпереди помогает укол в верхнюю уздечку, соответствующую корпоральной точке GV28, при нарушении заднего сгибания – укол в нижнюю уздечку, соответствующую CV-26 (рис. 3). Информативные, подлежащие воздействию точки определяются методом «Very-Point»- по J. Gleditsch.

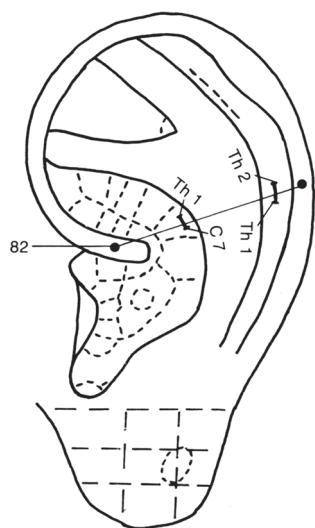


Рис. 1. Точки ААП при блокаде I ребра:
82 – нулевая точка, C7/Th1, Th1/Th2,
точка на кромке завитка

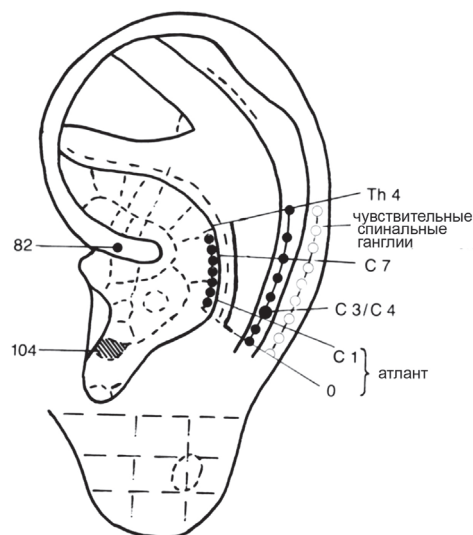


Рис. 2. Точки ААП при нарушении ротации шейного отдела позвоночника:

- чувствительные спинальные ганглии,
- ганглионарная зона,
- мышечная зона
- C3/C4/Th4,
- 0 затылок
- C1 атлант

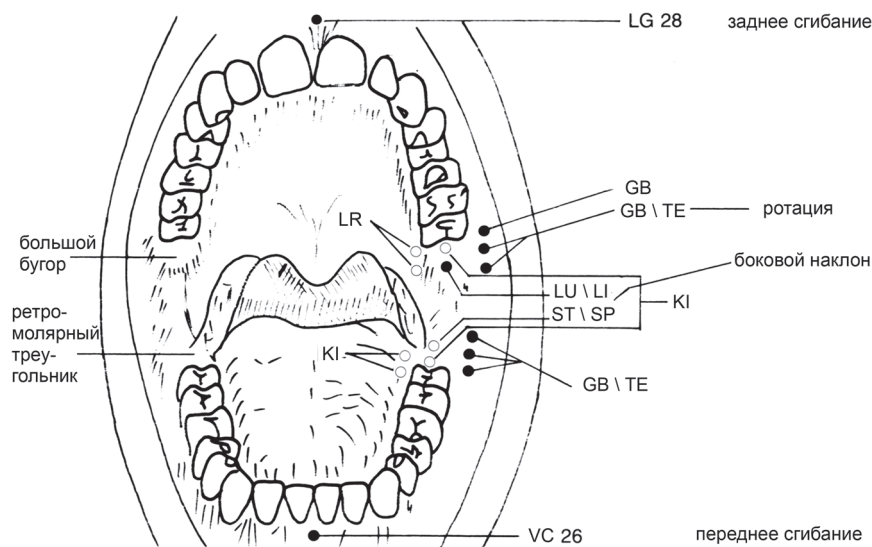


Рис. 3. Шейный отдел позвоночника – ОАП

Указания для острой ГБ

Острая ГБ почти всегда возникает на фоне атланта-окципитального блока. ААП при острой ГБ — для расслабления можно уколоть точку верхушки уха (кит.78; по Konig и Wancura — Pa10; по французской номенклатуре — т.н. гистаминовая точка) с обеих сторон с кровопусканием и \или ушную точку 72\6 на нижнем полюсе мочки симметрично. При острой ГБ или травматической мигрени рекомендуют ушные точки 33,35 и 29 — точки передней, боковой и задней ян — ян — осей, а также сенсорную точку, лежащую чуть ниже точки 35, которая находит при-

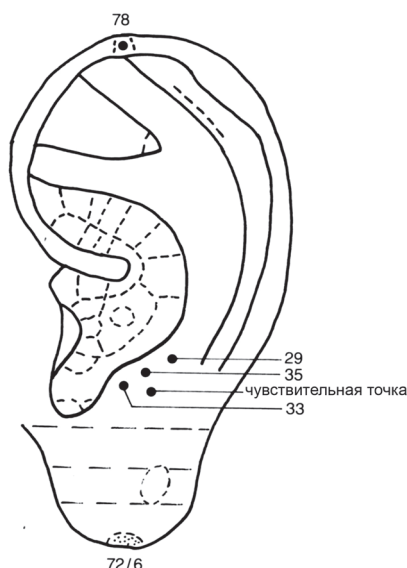


Рис. 4. Острые головные боли — ААП: 29 подушка, 35 солнце, чувствительная точка, 33 лоб, 78 верхушка уха=PaM 10, точка аллергии — гистаминовый пункт

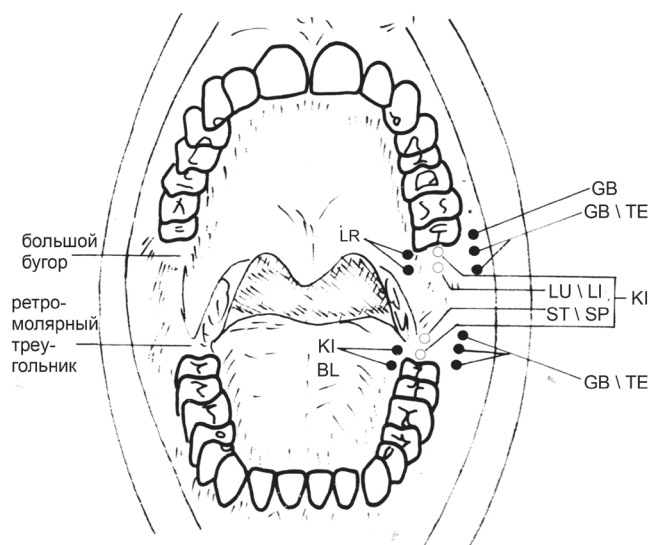


Рис. 5. Острые головные боли — ОАП

менение при головных болях в сочетании с шумом в ушах (рис. 4).

Оральная АП при острых ГБ: часто укалываем ретромолярную область верхней челюсти со стороны неба и щеки или на нижней челюсти — лингвально-дистально-каудально (рис. 5). Вслед за J. Gleditsch можем подтвердить, что после лингвально — дистально — каудальной пункциры ретромолярной области уменьшаются не только ГБ, но и явления блокирования в крестцово-подвздошном сочленении и кокцигодинии. Если этого не происходит, то причину в виде поля повреждения надо искать либо в области лица, либо у женщин в подчревной области, а у мужчин в зоне предстательной железы.

НЕСКОЛЬКО ЗАМЕЧАНИЙ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ЛОКАЛИЗАЦИЯМ ГБ.

Цервико-краниальный синдром и почечная мигрень

ААП — при этой локализации кроме приведенных точек, соответствующих сегментам шейного и грудного отделов позвоночника, нужно пунктировать точку 29 («подушка») на наружной поверхности противокоселка (по своему действию она соответствует точке классической АП GV17-нао-ху — на protuberantia occipitalis externa); ее укалывают в направлении точки таламуса («серая субстанция», по Konig и Wancura — 26a, в новой номенклатуре — 34). При внутренних — «Li»-заболеваниях и болезненных точках тревоги — GB25 и сочувствия — BL23 почек, берем ушную точку 95 (почки) в верхней части раковины, к ней добавляем вегетативную точку сердца 100, соответствующую оси шао-инь, расположенную в центре нижней части раковины. Ее можно сочетать с корпоральной CV17 — точкой тревоги меридиана перикарда, обладающей аналогичным действием. Эта точка респираторного этажа тройного обогревателя в сочетании с CV20 эффективно улучшает состояние иммунной системы. При сопутствующем страхе и «замороженных» — не вполне развернутых аффектах можно добавить точку 7a на мочке и точку «радости» сердца, лежащую латерально и каудально от точки Jerome, — обе справа (по Gunter Lange — стр.78, рис.15). При сопутствующих коронарных расстройствах показана точка антиагрессии, которую применяют для борьбы со стрессом (на коронарное сопровождение указывает «коронарная диагональная бороздка» на мочке уха). Для выравнивания энергетики

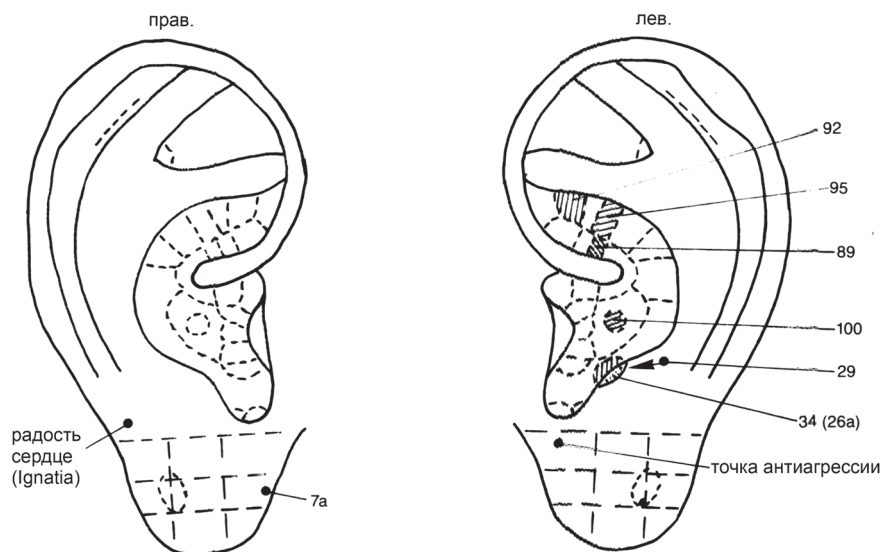


Рис. 6. Цервикокраниальный синдром и почечная мигрень – ААП.
радость\сердце (Ignatia), 7a неосознанный страх, = точка почек, неврастении, 92
мочевой пузырь, 89 тонкая кишка, 95 почки, 100 сердце, 29 подушка

при острых нарушениях к оси шао-инь добавляем точки оси тай-ян – ушные 89 (кит.) – «тонкая кишка» и 92 (кит.) – «мочевой пузырь» (рис. 6).

Оральная АП. Для лечения почечной мигрени можно использовать оральную пунктуру ретромолярной области нижней челюсти лингвально-дистально-каудально (соответствующей BL\KI) и медиальную ретромолярную зону BL\KI верхней и нижней челюсти. Если после этого «Very Point» все еще «звучит», можно добавить воздействие на область резцов верхней и нижней челюсти (соответствующих BL\KI) и на VIII зуб верхней челюсти со стороны щеки (соответствует SI\HT) (рис. 7).

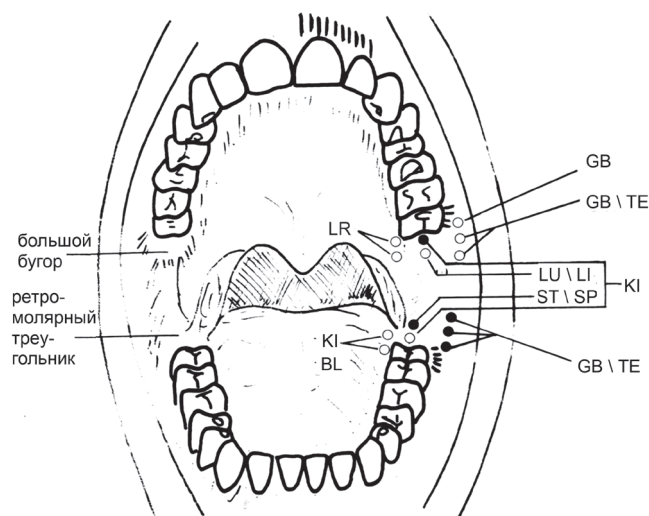


Рис. 7. Цервикокраниальный синдром и почечная мигрень – ОАП

Фронтальная ГБ и желудочная мигрень

ААП – при фронтальной ГБ важнейшей является ушная точка 33, соответствующая передней ян – ян – оси; ее тоже укалывают в направлении точки 34 («серая субстанция») по König и Wap-siga. В случае часто сопутствующего психовегетативного синдрома укалываем «точку синтеза» или ДНК-пункт – на задней поверхности чуть краниальнее нижнего места приращения ушной раковины к черепу (биотическая или антипатологическая точка, по Mastalier; биотические точки указывают на слабые места в организме – участки ранее протекавших заболеваний). Точка синтеза оказывает влияние на функциональные нарушения всех трех зародышевых листков, влияет и на фронтальные зоны. Далее – расслабляющая точка Jerome в конце ладьевидной ямки помогает при нарушениях области челюстного сустава. При выраженном вегетативном компоненте дополнительно укалываем точку таламуса, оказывающую успокаивающее, анальгетическое, противовоспалительное действие (рис. 8).

При желудочной мигрени, как правило, определяется болезненность в точке тревоги желудка – CV12 или ST21 с обеих сторон (по Manaka\Romoli), а при застое в толстой кишке – ST25 слева. Для лечения органических заболеваний желудка выбирают наиболее болезненные из аурикулярных точек: 86 (кардия), 87 (желудок) и \или 88 (пилорус); при функциональных психосоматических заболеваниях желудка используют точку 82, расположенную на границе

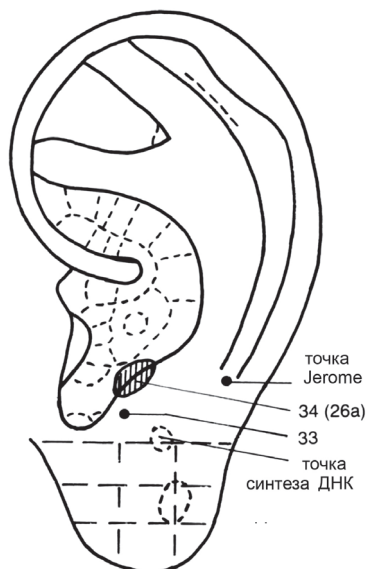


Рис. 8. Фронтальная головная боль – ААП

корня завитка и его восходящей ножки (здесь хорошо пальпируется хрящ). Эта – нулевая точка и одновременно – начальная точка зоны солнечного сплетения (pl. solaris), оказывает уравновешивающее действие, поскольку имеет симпатическую и парасимпатическую иннервацию; в тяжелых случаях ее следует укалывать в начале или в конце каждого сеанса АП. Конечная точка зоны pl. solaris – 83 – «точка страха» располагается на корне завитка (точка осознанного страха в виде чувства стеснения), используется для лечения желудочной мигрени, при сопутствующем запоре к ней добавляют точку ствола ян-мин – 91 (толстая кишка). При недостаточном эффекте можно добавить точки ствола тай-инь – 101 (легкие) и 98 слева (селезенка). Для грустных и печальных пациентов подхо-

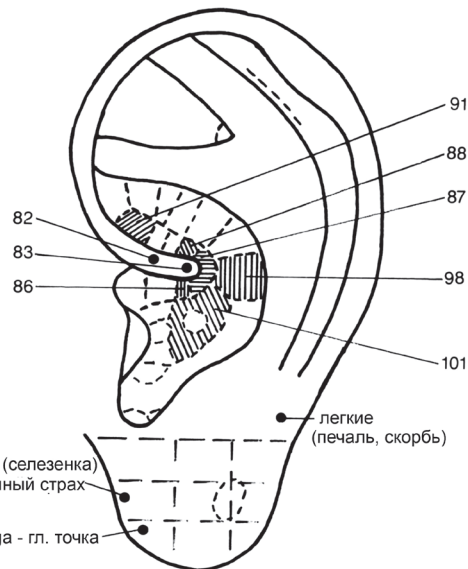


Рис. 9. Желудочная мигрень – ААП

точка Jerome, 34 (26a) т. таламуса, 33 лоб, точка синтеза ДНК, 82 0-пункт pl.solaris, 83 pl. solaris, 7а тревога (селезенка), легкие (печаль, скорбь), = осознанный страх, точка. неврастении, Омега-гл. точка, 86 кардия, 91 толстая кишка, 88 пилорус, 87 желудок, 98 селезенка, 101 легкие

дит т.н. психическая точка – латерально и каудально от т. Jerome, озабоченным – точка неврастении 7а – на передней поверхности мочки уха, – обе слева (Gunter Lange – стр. 79 рис.16), а также – Омега главная – точка мыслительной активности (рис. 9)

Оральная АП при фронтальной ГБ и желудочной мигрени – в ретромолярной области верхней челюсти медиально-дистально (соответственно LI-LU), при желудочной мигрени также – в ретромолярной области нижней челюсти тоже медиально – дистально (соответственно ST – SP) и относящиеся к ним зубные зоны (рис. 10).

Височная ГБ

ААП – важнейшей точкой при височной ГБ является 35-я, лежащая в центре основания противокоселка, ее укалывают в направлении т. таламуса. Кроме того, при всех гемикраниях используют точку 104 – саныцзяо (соответствует ручной ветви шао-ян), для психического расслабления служит т. Jerome. При внутренних (Li) заболеваниях с болезненными точками тревоги GB24 и LR14 добавляют точку желчного пузыря на правом ухе – 96 (соответствует ножной ветви шао-ян), в резистентных случаях – правые ушные точки 98\97 – печень и 100 – вегетативную точку сердца и кровообращения (соответствуют

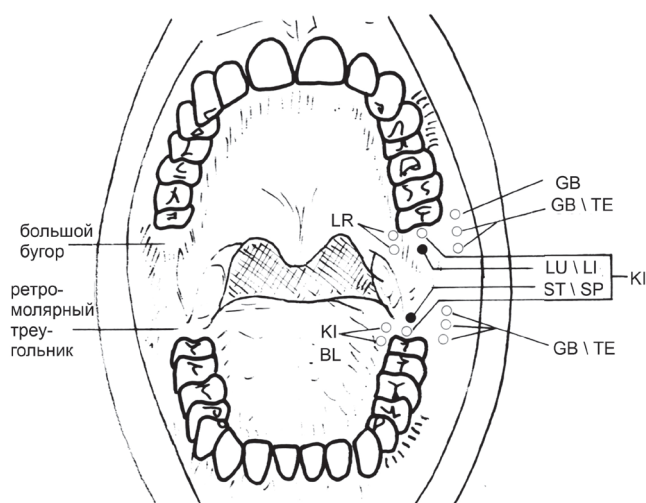


Рис. 10. Фронтальная головная боль и желудочная мигрень – ОАП

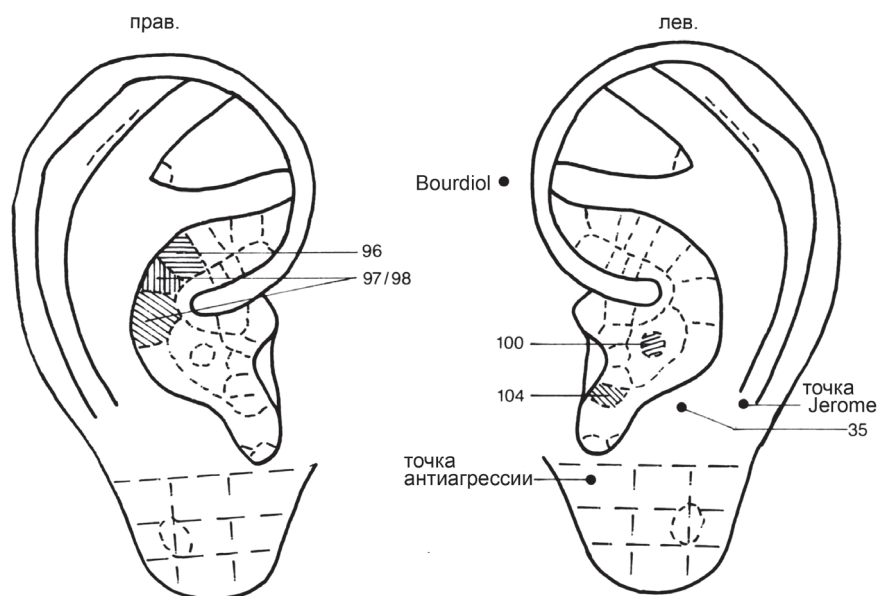


Рис. 11. Височная головная боль – ААП.

96 желчный пузырь, 97/98 печень, 100 сердце, 104 ТЕ, Bourdiol, точка Jerome, 35 солнце, точка антиагрессии

оси цзюе-инь). Поскольку аффективные состояния связывают с функциональным кругом печени, при височной ГБ на фоне аффекта показаны точка антиагрессии и психосоматическая точка по Bourdiol в зоне АП черепа по Yamamoto, относящейся к печени – желчному пузырю, на высоте аурикулярной точки 51, лежащей на конце нижней ножки противозавитка (рис. 11)

Для оральной АП подходят верхняя и нижняя ретромолярные области со стороны щеки (соответственно оси ТЕ\GB), если они после пунктирования остаются чувствительными, нужно добавить зоны III зубов (рис. 12).

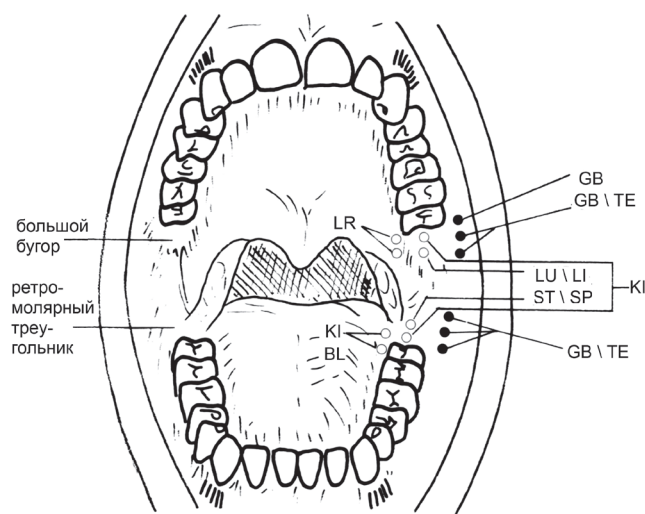


Рис. 12. Височная головная боль и гормональная мигрень – ОАП

Теменная ГБ

ААП – важная точка для лечения теменной ГБ – 36 расположена латерально и каудально от аурикулярной точки 29. Для усиления инь рекомендуют точки оси цзюеинь (98\97 справа и 100), при боковой ГБ – точки оси шаоян, как при височной ГБ (104, 35; 96 справа); при более медиальной локализации – точки оси тай-ян, как при цервико-краниальном синдроме (92, 89, 29) (рис. 13).

Оральная АП в этих случаях часто достигает невиданного рода вторичного феномена при применении ретромолярной области верхней челюсти со стороны нёба, вероятно, попадая на важную «Very Points» вблизи тонзиллярного полюса. При локализации боли по ходу меридиана мочевого пузыря (BL2 – BL10) добавляют зоны, соответствующие почечной мигрени; если боль соответствует ходу меридиана желчного пузыря (GB8 – GB20), лечение проводят как при височной ГБ, добавляя зону клыка (рис. 14).

Гормональная мигрень

ААП – гормональную мигрень лечат при помощи аурикулярных точек 22 (эндокринная, точка гипофиза, точка СТГ), 23 (яичник), берут точки по краю межкозелковой вырезки, а также – точку гонадотропина на наружной стороне противокзелка. Важная точка – 13 (надпочечник) лежит в центре нисходящей стороны

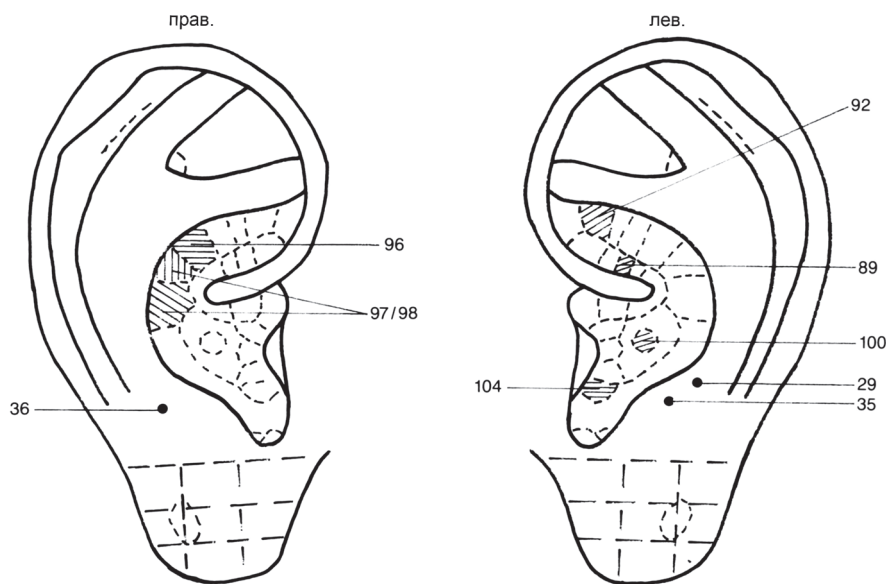


Рис. 13. Теменная головная боль – ААП.

36 темя, 97\98 печень, 92 мочевого пузыря, 89 тонкая кишка, 29 подушка, 35 солнце, 100 сердце, 104 ТЕ

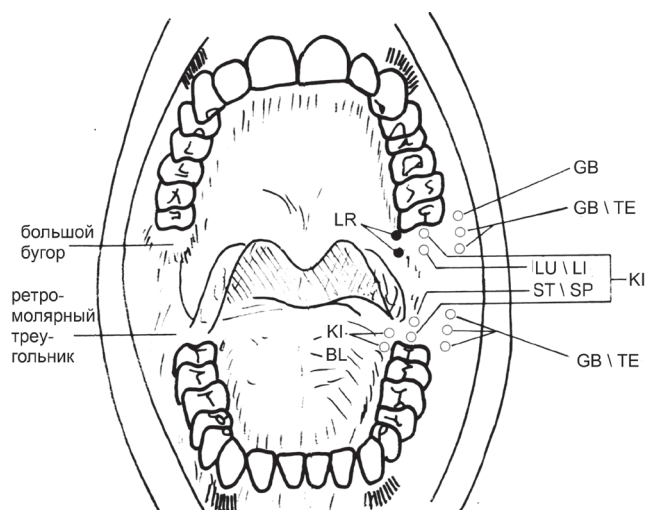


Рис. 14. Теменная головная боль: печень, кровообращение – ОАП

козелка; ее действие сходно с корпоральной «кортикотропной» точкой по Bischko – BL52 (47 – по Bachmann). Зона АКТГ лежит в межкозелковой вырезке напротив гонадотропной точки. При гормональной мигрени могут быть актуальны половые точки, лежащие на восходящей ножке завитка, прежде всего связанные с влагалищем\клитором\половым членом, а также относящийся к яичнику\яичкам эстрогенный пункт; гестагенная точка лежит на высоте верхней ножки противозавитка под завитком, а также аурикулярная точка 79 (наружные гениталии или точка Bosch) образует терапевтическую зону, лежит на высоте т. 51 или крани-

альнее. В трехсторонней ямке лежит точка 58 (матка) на высоте 93 (простата) под краем завитка. При гормональной мигрени мы находим болезненную точку 95 (почка), лежащую, по классическим канонам, в центре верхней половине раковины. При участии надпочечников воздействуем сегментарно на ганглионарную зону Th 11\Th 12, при участии почечных сегментов – на зону L1\L2 или S4\S5. При гормональной мигрени с метеочувствительностью добавляют соответствующую точку по краю завитка, лежащую краниально от точки клитора; при психо-генных компонентах показана точка фрустрации, находящаяся перед восходящей ножкой завитка (рис. 15). Оральная АП – как при височной ГБ (рис. 12).

Офтальмическая (наследственная) мигрень

ААП – для лечения офтальмической мигрени берем аурикулярные точки – 8 (глаза), 35 (висок), а также – точки печени, желчного пузыря (98, 97, 96) и почек (92/95) (рис. 16). При гормональном компоненте добавляем болезненные точки, как при гормональной мигрени.

Для оральной АП при офтальмической мигрени используем зоны печени – ретромолярную область со стороны неба и щеки, область ТЕ\GB (связь ян-ян) на верхней и нижней челюсти, а также область BL\KI лингвально-дистально-каудально на нижней челюсти и медиально на верхней и нижней челюсти (рис. 17).

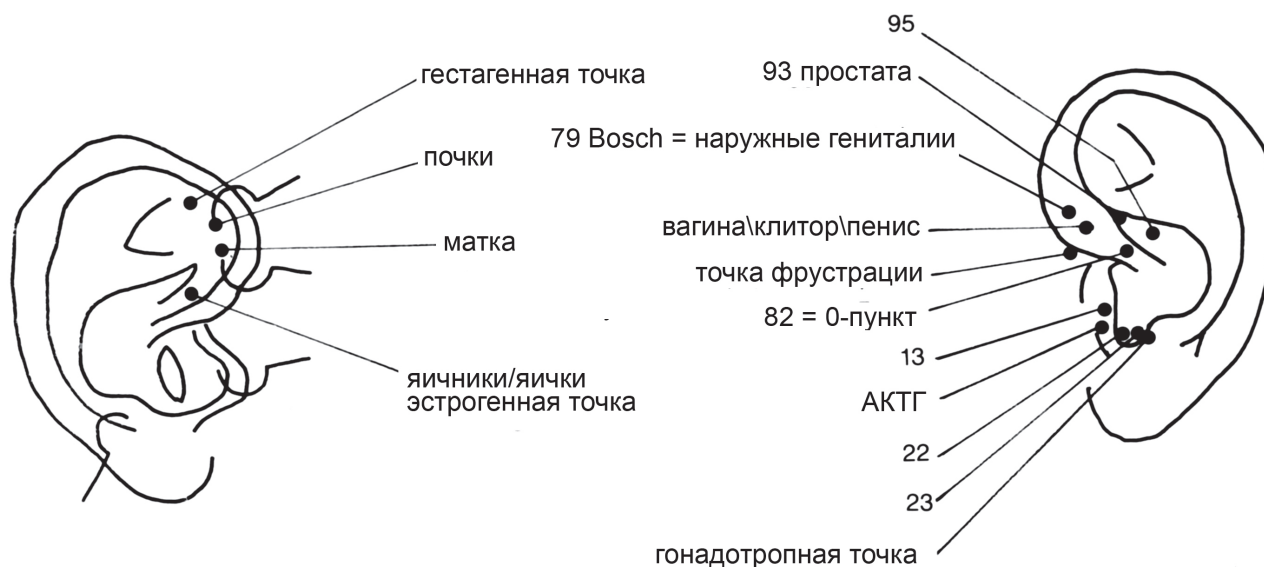


Рис. 15. Гормональная мигрень – ААП.

гестагенная точка, почки, матка, яичники/яички, = эстрогенная точка, 79 Bosch = наружные гениталии, вагина\клитор\пенис, точка фрустрации, 82 = 0-пункт, 13 надпочечник, АКТГ, 22 эндокринная, 23 яичник, гонадотропная точка, 95 почки = надпочечники, 93 простата

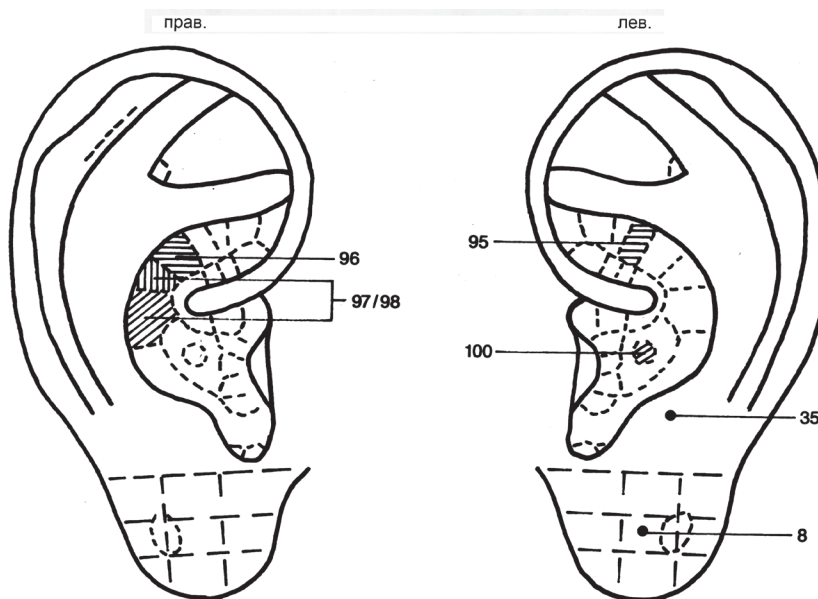


Рис. 16. Офтальмическая (наследственная) мигрень – ААП.

97/98 печень, 96 желчный пузырь, 95 почки, 100 сердце, 35 солнце, 8 глаза

Закключение

Аурикулярная АП более эффективна у пациентов типа полноты («shi») и состояниях, обозначаемых как «ян», чем у пациентов типа пустоты (Xi) и при «инь» – состояниях. Аурикулярная и оральная АП улучшают результаты лечения даже в случаях упорной ГБ, их можно применять по-отдельности, вместе, а также в сочетании с корпоральной АП; при этом можно добиться не только энергетической коррекции,

но и восстановления психовегетативного равновесия и всей личности, избежать побочного действия медикаментозной терапии.

Литература

1. Bischko, J.: Akupunktur für Fortgeschrittene. 2. Auflage, Haug-Verlag, Heidelberg, 1974.
2. Bischko, J.: Einführung in die Akupunktur. 6., verbesserte Auflage, Haug-verlag, Heidelberg, 1975.

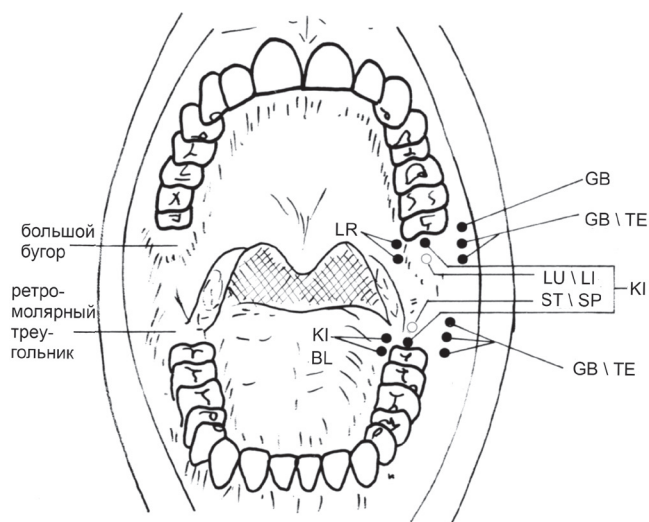


Рис. 17. Офтальмическая (наследственная) мигрень – ОАП

3. Gleditsch, J.: Mundakupunktur. WBV, Schorn-dorf, 1979, 2. Auflage, 1981.
4. Konig, G., I. Wancura: Praxis und Theorie der Neuen Chinesischen Akupunktur, Band 1 (Die Akupunkturbehandlung bei Krankheiten des Bewegungsapparates), Maudrich-Verlag, Wien, Munchen, Bern, 1979; Band 2, verfasst von Ingrid Wancura (Anleitung zur Akupunkturtherapie bei Kopfschmerzen, bei vegetativen Storungen, bei inneren Krankheiten), gleicher Verlag, 1983; und Band 3 (Ohrakupunktur), gleicher Verlag, 1987.
5. Konig, G., I. Wancura: Neue Chinesische Akupunktur (Lehrbuch und Atlas). Maudrich-Verlag, Wien, Munchen, Bern, 1975, 4., uberarbe-itete Auflage, 1985.

6. Konig, g., I. Wancura: Einfuhrung in die Chi-nesische Ohrakupunktur. Haug-verlag, Heidel-berg, 1973, 3. Auflage, 1975.
7. Lewit, K.: Manuelle Medizin im Rahmen der medizinischen Rheabilitation, 5. Auflage, J.A. Bahrt, Leipzig, 1987.
8. Manaka, Y., M. Romoli: Die diagnostische Be-wertung des Abdomens in der Akupunktur: Die Untersuchung der Mo-punkte. Akupunktur – Theorie und Praxis 4 (1978) 169-181.
9. Mastalier, O.: Reflextherapien in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Quintessenz-Ver-lag-GmbH, Berlin, 1987.
10. Nogier, P.: Praktische Einfuhrung in die Au-rikulotherapie. Maisonneuve, Sainte-Ruffine, 1978.
11. Perschke, O.: Akupunktur bei Kopfschmerzen in der Praxis. Akupunktur – Theorie und Praxis 2 (1989) 237-249 und 1 (1990) 25-67.
12. Yamamoto, T.: in Kursen uber Schadelaku-punktur.

Референт: Татьяна Григорьевна Тихонова.
tg_tihonova@mail.ru

Примечание редактора. Несмотря на приня-тую в 2013 г. Всемирной Ассоциацией Обществ Акупунктуры и Моксатерапии (WFAS) обнов-лённую номенклатуру аурикулярных точек, представленные выше сведения остаются акту-альными. Однако при публикации результатов своих исследований авторам следует использо-вать современную номенклатуру аурикулярных точек.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Джованни Мачоча

«ОСНОВЫ КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ» в трех томах



Джованни Мачоча — один из наиболее авторитетных специалистов на Западе в области традиционной китайской медицины (ТКМ). Уже более 30 лет он является практикующим доктором ТКМ и постоянно выступает с лекциями в учебных заведениях по всей Европе и Америке. Его книги, в частности «Основы китайской медицины», — одни из наиболее популяр-ных книг по ТКМ на Западе. В данное издание входят описания базовой теории ТКМ, методов традиционной диагностики, включая диагностику по языку и пульсу, патогенеза отдельных симптомов и признаков, функций акупунктурных точек и принципов лечения иглами и травами. Книга написана понятным для за-падного читателя языком и может быть использована как для самостоятельного изучения теории, так и быть пособием для практического применения ТКМ в повседневной врачебной практике.

Дополнительная информация по телефону: +7 (495) 981 42 19, +7 (800) 333 95 53 (для регионов)
www.cinofarm.ru

ВЛИЯНИЕ ПОЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ СУСТАВА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НА ВЕСЬ ОРГАНИЗМ

Wander R

Расширенный реферат статьи Storfeld Kiefergelenk – Wirkung auf den Gesamtorganismus, опубликованной в журнале DZA. 2004. №4. 28-33

По мнению Р. Nogier, любая болезнь может быть вызвана своим полем повреждения (ПП) как источником патологической импульсации. В результате трансфера места раздражения образуется функциональная цепочка, по которой можно проследить путь от источника возникновения — ПП до зоны проявления болезни.

В процессе эмбрионального развития человека из верхних сомитов образуется затылочная кость, с другой стороны, в процессе оппозиционного роста возникает весь позвоночный столб. Из метамеров C1 и C2 происходят нервы, которые обеспечивают преимущественно висцеральную, сердечно-легочную, частью — пищеварительную и мочеполовую системы. Из этих же сегментов осуществляется вегетативная регуляция всего организма. Особое значение имеет верхний шейный симпатический узел. Поперечными связями он соединен с блуждающим нервом, его волокна связаны с системой тройничного нерва и проецируют на область головы все функциональные нарушения. На уровне C1-C2 расположен nucleus trigeminocervicalis, от которого отходит тройничный нерв, симпатические волокна и волокна, регулирующие общий мышечный тонус. Мышцы сегментов C1-C2 — глубокие — прямая и косая затылочные мышцы являются скорее чувствительными, чем двигательными, поскольку реагируют на раздражение только повышением своего тонуса. В связи с особым анатомическим строением и особенностями афферентации информация, исходящая от затылочных мышц, в 1000 раз важнее, чем от других мышечных групп. Таким образом, мотонейроны сегмента C2, расположенные в subst. alba, оказывают влияние на мышечный тонус всего организма.

Известно, что в области головы имеются ПП, источником которых являются нарушения в суставах, расположенных в области головы. Речь идет о нижнечелюстном суставе, суставах основания черепа, сегментах C1-C2 верхне-шейного отдела позвоночника. Нижняя челюсть подвижно соединена с височной костью черепа с помощью шарнирного сустава. Область сустава нижней челюсти с височной костью черепа представляет сложное анатомическое образова-

ние, состоящее из костей, мышц, связок с четкой нервной регуляцией. Мышцы, приводящие в движение челюстной сустав, иннервируются тройничным нервом, который нервными путями через nucleus trigeminocervicalis тесно связан с глубокими мышцами затылка. Положение челюстного сустава зависит исключительно от положения зубов; позиция мышечков определяет наличие окклюзии. Любое смещение в челюстном суставе из-за нарушения прикуса даже на десятую долю миллиметра ведет к изменению его положения и окклюзии, может сопровождаться головной болью, мигренью, головокружением, шумом в ушах, внезапной потерей слуха или отдаленными нарушениями. При повышении давления в челюстном суставе смещение косо-височного шва приводит к верхне-наружному смещению височной кости, повышению напряжения в области височно-затылочного шва и окклюзии в области foramen jugularae, через которое проходят IX — XI пары черепно-мозговых нервов (glossopharyngeus, vagus, accessorius). Их раздражение приводит к нарушению глотания, торакальным или абдоминальным нарушениям, а также — к напряжению поверхностных мышц затылка, — возникает порочный круг, который можно разорвать только с помощью кранио-сакральных техник. Специальные функциональные пробы с мобилизацией челюстного сустава и фиксацией челюсти в определенном положении на фоне разнонаправленных движений головой помогают подтвердить, что источником возникновения функциональной цепи является челюстной сустав. В этом случае прибегают к стоматологической коррекции его положения.

Источником образования функционального ряда с симптомами люмбалгии или ишиалгии может быть т.н. немое ПП — ущемленный зуб мудрости; при длительном его существовании, как правило, развиваются дегенеративные изменения в отдаленных сегментах позвоночника. Если у пациентов с люмбоишиалгией мы находим изменяющуюся разницу в длине ног и феномен гиперабдукции (симптом Patrik'a), которые не поддаются ни невральная терапии, направленной на ПП, ни мануальной коррек-

ции в области таза, источник ирритации нужно искать в нарушении шейно-тригеминальных проприоцептивных отношений. Проприоцепторы верхне-шейного отдела позвоночника реагируют на положение суставов головы, откуда патологическая импульсация распространяется вдоль позвоночника, почти всегда образуя функциональную цепь вплоть до тазовой области.

Причиной формирования ПП, расположенных в области головы (придаточные пазухи носа, зубы, миндалины, уши), является нарушение положения в верхне-шейном отделе позвоночника, вызванное изменением тонуса в глубоких затылочных мышцах. При боковом смещении atlas'a происходит последующая ротация в противоположную сторону axis'a, что почти всегда приводит к кранио-сакральному смещению таза и неправильному положению ног.

Разрушение блоков в области суставов головы приводит к исправлению осанки и коррекции положения ног (их наружной и внутренней ротации). Для диагностики указанных нарушений используют ряд триггерных точек, распо-

ложенных в шейно-затылочной области. Обнаружение чувствительных точек Adler-Langer'a на фоне блока в зоне верхне-шейного отдела позвоночника указывает на необходимость проведения невральнoй терапии, направленной на ПП: при твердом блоке с высоким уровнем ирритации возбудимость можно уменьшить, используя инъекции прокаина. С уменьшением возбудимости достигается возможность применения легких мануальных техник для разрешения мягких блоков, поэтому перед каждым сеансом мануальной терапии необходимо проводить инъекции местных анестезирующих средств.

Для диагностики используют также приемы кинезиологии, при необходимости — кранио-сакральное вмешательство. Долговременного положительного результата можно ожидать только при совместной деятельности стоматологов, неврологов, мануальных и игло-терапевтов, имеющих необходимое образование.

Референт: Татьяна Григорьевна Тихонова.
tg_tihonova@mail.ru

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТОВ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «СИНОФАРМ»

*обучение рефлексотерапии и
традиционной китайской медицине*



Тематика учебных циклов:

- Основы традиционной китайской медицины (ТКМ)
- Применение иглотерапии и фитотерапии в лечении различных нозологий
- Техники иглоукалывания
- Методика назначения классических фитопрепаратов серии «Формула Пяти Элементов»
- Традиционная диагностика по языку, лицу и др.
- Иридодиагностика и цветоимпульсная терапия
- Миниakupунктурные системы кистей и стоп (Су Джок терапия), аурикулотерапия
- Различные виды массажа: точечный, баночный, Гуа Ша массаж, массаж стоп и др.

Стажировка в Китае (Хэйлунцзянский университет ТКМ, Тяньцзиньский университет ТКМ и др.)

Обучение проводят специалисты по ТКМ из лучших университетов Китая
и опытные отечественные врачи-рефлексотерапевты

www.acupro.ru www.cinofarm.ru

Адрес: Москва, ул. Летниковская, д. 5

Тел.: +7 (495) 981 42 19 +7 (499) 922 06 17

ДОКТОРСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ

*26 ноября 2017 г. на заседании
диссертационного совета Д 208.060.01
при ФГБУ «Российский научный центр
медицинской реабилитации и курортологии»
Минздрава России по специальности 14.03.11 —
Восстановительная медицина, спортивная
медицина, лечебная физкультура,
курортология и физиотерапия состоялась
защита докторской диссертации*

Аль Замил Мустафа Кхалил М. Дауд

Комплексная немедикаментозная терапия диабетической дистальной полиневропатии

Работа выполнена в лаборатории по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов Научного исследовательского центра ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» МЗ РФ

Научные консультанты:

Божко Семен Андреевич доктор медицинских наук

Миненко Инесса Анатольевна доктор медицинских наук, профессор.

Официальные оппоненты

Полунина Виктория Валерьевна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры реабилитации, спортивной медицины и физической культуры ФГБОУ ВО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. И. М. Пирогова» МЗ РФ.

Левин Александр Владимирович, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры клинической медицины частного образовательного учреждения высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» (г. Самара).

Шнайдер Наталья Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ.

Ведущая организация: ФГБУ ДПО Центральная государственная медицинская академия

Управления делами президента Российской Федерации.

Цель исследования

Научное обоснование, разработка и оценка клинической эффективности комплексного, индивидуально ориентированного метода лечения диабетических полиневропатий, с включением акупунктуры и транскожной электростимуляции различной модальности.

Задачи исследования

1. Разработать и научно обосновать применение прямой транскожной электростимуляции малоберцовых и большеберцовых нервов при лечении пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей и сравнить эффективность разработанной методики с диадинамическими токами в регрессии негативных сенсорных симптомов, моторного дефицита и нейропатического болевого синдрома.

2. Провести сравнительный анализ между лабильным и стабильным способами фиксации электродов при применении низкочастотной и высокочастотной транскожной электростимуляции с определением динамики сенсорных и моторных нарушений и нейропатического болевого синдрома при лечении пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей.

3. Оценить эффективность применения отдельных курсов транскожной электростимуляции различной модальности и акупунктуры в сочетании со стандартной медикаментозной терапией в снижении выраженности негативных и позитивных сенсорных симптомов по сравнению с исключительным применением стандартной медикаментозной терапии.

4. Изучить динамику сенсорного и моторного дефицита на фоне комплексного применения транскожной электростимуляции и акупунктуры по сравнению с применением отдельных курсов транскожной электростимуляции и акупунктуры.

5. Провести сравнительный анализ анальгезирующего эффекта транскожной электростимуляции различной модальности и акупунктуры при лечении нейропатического болевого синдрома.

6. Сравнить динамику выраженности дистальной полиневропатии нижних конечностей

у пациентов с отсутствием болевого синдрома и у пациентов с выраженным нейропатическим болевым синдромом на фоне комплексного применения транскожной электронейростимуляции и акупунктуры по сравнению с применением отдельных курсов транскожной электронейростимуляции и акупунктуры.

7. Изучить динамику негативных и позитивных сенсорных симптомов, моторного дефицита и нейропатического болевого синдрома в отдаленном периоде на фоне применения транскожной электронейростимуляции и акупунктуры.

8. Определить влияние транскожной электронейростимуляции и акупунктуры при их применении в комплексе и в отдельности на улучшение качества жизни пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей при сахарном диабете второго типа. 8. Разработать алгоритм применения транскожной электронейростимуляции различной модальности и акупунктуры в сочетании со стандартной медикаментозной терапией в зависимости от выраженности клинических проявлений дистальной полиневропатии нижних у пациентов с сахарным диабетом второго типа.

Положения, выносимые на защиту

1. Разработанная оптимизированная система комплексного лечения пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей при сахарном диабете второго типа, включающая в себя применение соответствующей стандартной медикаментозной терапии в комбинации с прямой лабильной монофазной транскожной электронейростимуляцией малоберцовых и большеберцовых нервов различной модальности и акупунктурой, позволяет существенно повысить клинические и электрофизиологические показатели измененных периферических нервов, а также уменьшить риск развития инвалидизации при сахарном диабете второго типа и улучшить качество жизни страдающих пациентов.

2. Применение прямой лабильной монофазной транскожной электронейростимуляции и акупунктуры в сочетании со стандартной медикаментозной терапией существенно повышает клиническую эффективность лечения пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей и нейропатическим болевым синдромом при сахарном диабете второго типа, по сравнению с исключительным применением стандартной медикаментозной терапии. А также, способствует сохранению положительного эффекта в отдаленном периоде, что объясняется

воздействием на различные звенья патогенеза и потенцированием лечебного эффекта используемых методов лечения.

3. Разработанный алгоритм применения прямой лабильной монофазной транскожной электронейростимуляции и акупунктуры в сочетании со стандартной медикаментозной терапией обеспечивает возможность их дифференцированного назначения в зависимости от исходных клинико-функциональных показателей периферических нервов, степени и характера течения заболевания, что позволяет существенно повысить результаты лечения.

4. Эффективность разработанного метода «прямая лабильная монофазная транскожная электронейростимуляция» у пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей и нейропатической болью в отдаленные сроки реализуется в виде стабилизации достигнутого улучшенного состояния функций сенсорных и моторных волокон периферических нервов и их поддержания на существенно более высоком уровне по отношению к исходным показателям в сроки до 6 месяцев.

Научная новизна

Впервые клинически доказано, что прямая лабильная монофазная транскожная электронейростимуляция малоберцовых и большеберцовых нервов при лечении пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей при сахарном диабете второго типа усиливает эффективность стандартной медикаментозной терапии в снижении негативных сенсорных симптомов в 1,5 раза, позитивных сенсорных симптомов в 2,1 раза и нейропатического болевого синдрома на 40%.

Впервые выявлено, что при проведении прямой транскожной электронейростимуляции, степень регрессии неврологических проявлений дистальной полиневропатии нижних конечностей зависит от модальности применяемого тока: позитивные сенсорные симптомы и нейропатический болевой синдром больше регрессируют на фоне высокочастотной низкоамплитудной электронейростимуляции по сравнению с низкочастотной высокоамплитудной на 23,9%, а негативные сенсорные симптомы — на фоне низкочастотной высокоамплитудной электронейростимуляции по сравнению с высокочастотной и низкоамплитудной на 37,9%.

Впервые установлено, что у пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей при сахарном диабете второго типа, применение акупунктуры более эффективно снижает

выраженность аффективного аспекта нейропатического болевого синдрома, чем транскожная электронейростимуляция на 13,4%, а комплексное применение различных модальностей прямой транскожной электронейростимуляции малоберцовых и большеберцовых нервов в сочетании с акупунктурой оказывает более выраженный терапевтический эффект, чем применение отдельных курсов высокочастотной низкоамплитудной транскожной электронейростимуляции, низкочастотной высокоамплитудной транскожной электронейростимуляции и акупунктуры на 33,2%.

Впервые сформулирован алгоритм лечения дистальной полиневропатии нижних конечностей с комплексным применением различных модальностей транскожной электронейростимуляции и акупунктуры.

Теоретическая значимость

Научно-теоретическое обоснование разработки оптимизированной системы сочетанного применения прямой монофазной транскожной электронейростимуляции, акупунктуры и стандартной медикаментозной терапии при реабилитации пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей и нейропатической болью при сахарном диабете второго типа.

Практическая значимость. На основании анализа результатов проведенного исследования разработан и предложен алгоритм дифференцированного применения различных модальностей прямой монофазной транскожной электронейростимуляции и акупунктуры в сочетании со стандартной медикаментозной терапией для лечения пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей, нейропатической болью при сахарном диабете второго типа:

- Высокочастотную электронейростимуляцию с частотой 100 Гц и длительностью 100 мкс рекомендуется применять при наличии выраженных позитивных сенсорных симптомов и выраженного нейропатического болевого синдрома.

- Низкочастотная электронейростимуляция со средней частотой 1 Гц и длительностью 200 мкс является методом выбора при лечении пациентов с выраженными негативными сенсорными симптомами или моторным дефицитом.

- Акупунктуру следует применять при наличии аффективных реакций на нейропатический болевой синдром при сочетании выраженных негативных и позитивных сенсорных симптомов.

- Комплексное применение электронейростимуляции с частотами 100 Гц и 1 Гц в сочетании

с акупунктурой необходимо применять при лечении пациентов с тяжёлым течением дистальной полиневропатии нижних конечностей.

Разработанный метод лечения пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей и нейропатической болью при сахарном диабете второго типа является эффективным и безопасным и может применяться в практическом здравоохранении в амбулаторных, стационарных и санаторно-курортных условиях.

Выводы

1. Прямая транскожная электронейростимуляция малоберцовых и большеберцовых нервов доказала свою эффективность, по сравнению с диадинамическими токами, в снижении негативных сенсорных симптомов в 2,2 раза и нейропатического болевого синдрома на 36% при лечении пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей при сахарном диабете второго типа. При этом регрессия моторного дефицита регистрировалась после применения прямой транскожной электронейростимуляции на 31,4% при парезе разгибателей стопы и на 17,9% при парезе сгибателей стопы и не наблюдалась при применении диадинамических токов.

2. Результаты проведенных исследований позволили доказать и научно обосновать высокую эффективность лабильной низкочастотной транскожной электронейростимуляции (1 Гц, 200 мкс), по сравнению со стабильной низкочастотной транскожной электронейростимуляцией, в регрессии негативных сенсорных симптомов на 70,5% и моторного дефицита в 1,7 раз при лечении пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей.

3. Клинически доказано, что лабильная высокочастотная транскожная электронейростимуляция (100 Гц, 100 мкс) превышает по своему анальгезирующему эффекту стабильную высокочастотную электронейростимуляцию на 83,3% и предупреждает развитие толерантности опиоидных рецепторов к электростимуляции при лечении пациентов с выраженным нейропатическим болевым синдромом.

4. Применение отдельных курсов низкочастотной транскожной электронейростимуляции, высокочастотной транскожной электронейростимуляции и акупунктуры приводит к существенному усилению эффективности стандартной медикаментозной терапии в виде снижения негативных сенсорных симптомов в среднем в 1,4 раза и позитивных сенсорных симптомов в 2,2 раза.

5. Комплексное применение, по сравнению с применением отдельных курсов, высокочастотной электронейростимуляции, низкочастотной электронейростимуляции и акупунктуры, приводит к достоверному снижению выраженности сенсорного и моторного дефицита на 87,4% и 93,6% соответственно при лечении безболевого формы дистальной полиневропатии нижних конечностей и на 44,2% и 77,2% при лечении дистальной полиневропатии нижних конечностей с выраженным нейропатическим болевым синдромом.

6. Высокочастотная транскожная электронейростимуляция превышает по своему анальгезирующему эффекту низкочастотную транскожную электронейростимуляцию на 26,3% и акупунктуру на 14,0% и уступает по эффективности применения ее в комплексе с низкочастотной электронейростимуляцией и акупунктурой на 9,90%.

7. Снижение аффективных реакций на нейропатический болевой синдром на фоне акупунктуры, по сравнению с применением транскожной электронейростимуляции, составляет 13,9% и достоверно не отличается от результатов лечения при комплексном применении акупунктуры вместе с транскожной электронейростимуляцией.

8. Комплексное применение транскожной электронейростимуляции и акупунктуры приводит к снижению признаков дистальной полиневропатии нижних конечностей, по сравнению с применением отдельных курсов высокочастотной ТЭНС, низкочастотной ТЭНС и акупунктуры, по шкале нейропатического счета и шкале неврологических симптомов в среднем на 15,8% и 60,3% соответственно при отсутствии нейропатического болевого синдрома и на 24,3% и 41,3% при наличии выраженного нейропатического болевого синдрома.

9. Положительная динамика показателей качества жизни (SF-36) пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей с выраженным нейропатическим болевым синдромом отмечается на фоне комплексного применения транскожной электронейростимуляции и акупунктуры в шкалах физического функционирования на 19,4%, боли — на 26,3%, общего здоровья — на 18,0%, энергичности — на 15,8%, социального функционирования — на 15,1%, ролевого эмоционального функционирования — на 20,5% и психического здоровья — на 14,1%. При применении отдельных курсов транскожной электронейростимуляции и акупунктуры положительная динамика наблюдается в шкалах боли на 10,4%, общего здоровья — на 17,9%

и ролевого эмоционального функционирования — на 14,5%. Положительная динамика после прохождения курса исключительно стандартной медикаментозной терапии у пациентов не регистрировалась.

10. Улучшение в сенсорной и моторной сферах на фоне применения транскожной электронейростимуляции и акупунктуры имеет пролонгированное действие и сохраняется без отрицательной динамики в течение первых 2-х месяцев отдаленного периода. В конце 6-го месяца отдаленного периода негативные и позитивные сенсорные симптомы, моторный дефицит разгибателей стопы и болевой синдром оказались ниже на фоне комплексного применения ТЭНС и акупунктуры, по сравнению с применением отдельных курсов низкочастотной ТЭНС, высокочастотной ТЭНС и акупунктуры, в среднем на 24,1%, 32,9%, 13,4% и 24,0%, а по сравнению с исходными показателями до лечения на 43,9%, 52,7%, 26,7% и 48,6%. При этом показатели сенсорной и моторной сферах при исключительном применении стандартной медикаментозной терапии достоверно не отличались от исходных показателей до лечения.

11. Разработанный алгоритм применения прямой транскожной электронейростимуляции и акупунктуры при лечении пациентов с дистальной полиневропатией нижних конечностей позволяет на основании совокупного анализа клинических и электромиографических показателей пораженных нервов с учетом выраженности сенсорных и моторных нарушений обеспечить персонифицированный подход к выбору наиболее эффективной методики лечения пациента.

Практические рекомендации

1. Показаниями для применения прямой лабильной монофазной высокочастотной низкоамплитудной транскожной электронейростимуляции малоберцовых и большеберцовых нервов при лечении дистальной полиневропатии нижних конечностей является выраженный нейропатический болевой синдром и выраженные позитивные сенсорные симптомы.

2. Прямая лабильная монофазная низкочастотная высокоамплитудная транскожная электронейростимуляция рекомендована при наличии моторного дефицита и негативных сенсорных симптомов в клинической картине диабетической полиневропатии.

3. Акупунктура является методом выбора при наличии выраженных аффективных реакций на хронические нейропатический и ноцицептив-

ный болевые синдромы и при сочетании негативных и позитивных сенсорных симптомов.

4. Созданный алгоритм рекомендован для лечения дистальной полиневропатии нижних конечностей с применением прямой монофазной транскожной электростимуляции и акупунктуры в сочетании со стандартной медикаментозной терапией. Если количество баллов в шкале неврологических симптомов превышает 7 баллов или при наличии болевого синдрома в 5 баллов и больше по визуальной аналоговой шкале, показано применение высокочастотной низкоамплитудной транскожной электростимуляции или акупунктуры. При количестве баллов, превышающем 14, в шкале нейропатического дисфункционального счета или при наличии моторного дефицита показано применение низкочастотной высокоамплитудной транскожной электростимуляции или акупунктуры (при наличии непереносимости электропроцедур).

5. Рекомендованный метод — прямая монофазная низкочастотная транскожная электростимуляция осуществляется следующим образом: катод площадью 1 см^2 фиксируется над проксимальным отделом нерва. Анод с формой, напоминающей ручку с контактной площадью 1 см^2 , оставляют не фиксированным и перемещают по ходу стимулируемого нерва от проксимального отдела в дистальное направление каждые 10 см. В каждой точке стимуляция проводится в течение 15 секунд. Стимуляцию нерва повторяют 3 раза. Экспозиция первых 3 процедур 10 мин, с 4 по 15 процедуру — 15 минут. Процедуру проводят в положении на спине при стимуляции малоберцового нерва, на животе при стимуляции большеберцового нерва. Курс составляет 15 процедур, проводимых через день. Для контроля стимуляции нерва одновременно проводится регистрация М-ответа в активных точках короткого разгибателя пальцев при стимуляции малоберцового нерва и отводящего большого пальца стопы при стимуляции большеберцового нерва с последующим переключением полярности в стимулирующих электродах.

6. Характеристика тока при проведении прямой монофазной высокочастотной низкоамплитудной транскожной электростимуляции: ток монофазный, прямоугольный с частотой 100 Гц и длительностью 100 мкс. Прерывистый в виде циклов с длительностью 300 мс и частотой 1 Гц. Регуляция амплитуды тока начинается с минимального значения тока с постепенным его увеличением до достижения ощутимого безболезненного ощущения. При развитии при-

выкания к току можно увеличивать амплитуду или удлинять паузу между точками стимуляции.

7. Характеристика тока при проведении прямой монофазной низкочастотной ТЭНС: ток монофазный, прямоугольный с частотой 1 Гц, с длительностью 200 мкс и амплитудой 5–75 мВ. Регуляция амплитуды тока начинается с минимального значения тока с постепенным его увеличением до достижения безболезненного мышечного сокращения. При возникновении болезненных ощущений можно уменьшить амплитуду тока, а при недостаточном мышечном сокращении можно увеличить амплитуду тока.

*28 сентября на заседании
диссертационного совета Д 208.060.01
при ФГБУ «Российский научный центр
медицинской реабилитации и курортологии»
Минздрава России по специальности 14.03.11 —
Восстановительная медицина, спортивная
медицина, лечебная физкультура,
курортология и физиотерапия состоялась
защита докторской диссертации*

Никишова Татьяна Владимировна

Технологии комбинированной немедикаментозной терапии алиментарно- конституционального ожирения у женщин и их оптимизация на основе мониторинга нейрогуморального профиля

Работа выполнена в Казанской государственной медицинской академии — филиале Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научные консультанты:

Курникова Ирина Алексеевна, доктор медицинских наук

Ваганова Гульнара Рифатовна, доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Михайлова Анна Андреевна — профессор кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии ФГБОУ высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» МЗ РФ доктор медицинских наук, профессор.

Шарафетдинов Хайдерь Хамзярович, доктор медицинских наук, заведующий отделением болезней обмена веществ ФГБУН «Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи»

Радченко Сергей Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, начальник Медико-социального управления Государственно-общественного объединения «Московский Дом ветеранов (пенсионеров) войн и Вооруженных Сил».

Ведущая организация: ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

Цель исследования

Разработка и научное обоснование комплексной технологии немедикаментозной терапии алиментарно-конституционального ожирения у женщин в зависимости от состояния показателей вегетативной регуляции и гормонально-метаболического контроля.

Задачи исследования

1. Изучить динамику клинико-антропометрических изменений у женщин с различным типом и степенью тяжести алиментарно-конституционального ожирения у женщин под влиянием немедикаментозной терапии.

2. Изучить особенности гормонально-метаболических нарушений и показатели микроэлементного профиля (хром Cr, цинк Zn, медь Cu) у женщин с алиментарно-конституциональным ожирением в динамике проспективного наблюдения.

3. Разработать оптимальные критерии длительного мониторинга показателей метаболического контроля (в течение 8-10 месяцев), оценить прогностическую ценность метода длительного наблюдения уровня гормонов (инсулин, лептин) и перспективность использования этого метода в динамическом наблюдении, прогнозировании терапевтического эффекта от немедикаментозного воздействия и профилактике рецидивов заболевания.

4. Изучить динамику показателей вегетативной регуляции (нарушения функции ствола

головного мозга, лимбико-ретикулярного и гипоталамо-гипофизарного комплексов), показатели тревожности (по шкале Спилберга-Ханина), акцентуации личности (по опроснику Шмишека) и депрессии (по шкале Бека) у пациентов с различным типом и тяжестью ожирения в процессе медицинской реабилитации.

5. На основании результатов, полученных в процессе длительного мониторинга показателей вегетативной регуляции, гормонально-метаболического контроля, сохранности функциональных резервов и психофизиологических тестов, разработать технологию комплексной этапной немедикаментозной терапии для женщин с алиментарно-конституциональным ожирением для реализации стойкого и длительного эффекта.

6. Оценить эффективность применения разработанной технологии и сформулировать научно обоснованную концепцию терапии больных с алиментарно-конституциональным ожирением с позиций персонифицированного подхода.

Научная новизна

Впервые разработана комплексная поэтапная (базовый этап и этап поддерживающей терапии) технология немедикаментозного лечения алиментарно-конституционального ожирения, основанная на применении рефлексотерапии и диетотерапии под контролем мониторинга гормонального профиля для индивидуализации параметров терапевтического воздействия и определения сроков для начала этапа поддерживающей терапии, что обеспечило значительное снижение риска рецидивов заболевания (приоритетная справка на изобретение № 2016124881 от 21.06.2016 г.).

Впервые выделены наиболее значимые критерии и разработана система мониторинга гормонального профиля для прогнозирования тяжести течения и прогрессирования процесса при алиментарно-конституциональном ожирении, контроля эффективности применяемой терапии и профилактики рецидивов.

Впервые на основании индивидуализированной оценки гормонально-метаболических параметров, показателей вегетативной регуляции и психоэмоционального состояния предложен дифференцированный подход к составлению лечебного комплекса для пациенток с алиментарно-конституциональным ожирением.

В процессе исследования получены данные, подтверждающие активацию и системные нарушения патофункционального состояния супрасегментарных отделов ЦНС, вегетативный дисбаланс и психоэмоциональные нарушения у пациентов с алиментарно-конституциональным

ожирением, и оценен их вклад в развитие патогенетических механизмов. Разработаны оригинальные (авторские) технологии рефлексотерапии.

Теоретическая значимость

Сформулирована концепция лечения алиментарно-конституционального ожирения. В предложенной системе общенаучная методологическая концепция представлена как целостное, сложноорганизованное единство средств и методов, последовательно реализующих перестройку установившихся неадекватных стереотипов пищевого поведения, коррекцию нарушений гуморально-метаболической и вегетативной регуляции, увеличение функциональных резервов организма. Показано, что предлагаемое лечение способствует интеграции и оптимизации деятельности ЦНС, усилению пластичности и является базовым условием для восстановления оптимальных форм пищевого поведения, включая вегетативные, эмоциональные и когнитивные функции.

Практическая значимость работы

Предложен метод этапной немедикаментозной терапии алиментарно-конституционального ожирения, позволяющий обеспечить эффективный (результаты получены у 98% пациентов, снижение массы тела составляло в среднем на 10-18%) и длительный (10 месяцев) результат. В структуру предложенной технологии лечения включены: мониторинг гормонального профиля, определяющий общую стратегию терапевтического процесса, раскрывающий скрытые от физикального обследования резервы и определяющий индивидуально-дифференцированную стратегию использования методов рефлексотерапии, и этапную терапию (базальный терапевтический комплекс и поддерживающая терапия). Разработаны оригинальные авторские технологии на основе немедикаментозной терапии, включающие адаптированные схемы рефлексотерапии для лечения алиментарно-конституционального ожирения. Составлены алгоритмы отбора пациентов для применения немедикаментозных технологий и алгоритмы дифференцированного подхода к выбору немедикаментозной технологии.

Положения, выносимые на защиту

1. Долговременный мониторинг гормонального профиля, отражающий вариабельность нейроэндокринной регуляции, позволяет более глубоко, целостно и системно охарактеризовать

состояние больных с алиментарно-конституциональным ожирением, строить общую стратегию и уточнять индивидуально дифференцированную тактику для выбора средств и методов медицинской реабилитации.

2. Эффективность лечения больных с алиментарно-конституциональным ожирением зависит от выраженности нарушений состояния нервной системы, включая дисфункцию супраспинальных систем, снижение функциональных резервов организма, расстройства в психоэмоциональной сфере и требует персонифицированного и этапного подхода в назначении комплекса немедикаментозного воздействия.

3. Комплексная поэтапная технология немедикаментозного лечения алиментарно-конституционального ожирения, основанная на применении рефлексотерапии и диетотерапии под контролем мониторинга гормонального профиля, имеет большую результативность по сравнению со стандартными общепринятыми схемами, обеспечивает получение устойчивых результатов на протяжении длительного периода времени, в четыре раза уменьшает количество рецидивов заболевания.

Выводы

1. Эффективность немедикаментозной терапии, основанной на применении комбинации диеты и рефлексотерапии, у пациенток с алиментарно-конституциональным ожирением определялась типом ожирения только у пациенток с I степенью тяжести (при гиноидном типе — 100%, при андроидном — 76,8%). По мере прогрессирования степени ожирения (II и III степень тяжести) различия в эффективности медицинской реабилитации у пациентов с различным типом нивелировались, и значение имела только степень ожирения (II — эффективность медицинской реабилитации 90,9%, III — 91,6%).

2. У больных с алиментарно-конституциональным ожирением выявлены нарушения нейроэндокринной регуляции, характеризующиеся изменением нейрогуморального профиля в виде стойкого и длительного повышения уровня инсулина ($17,4 \pm 1,5$ мкед/мл при андроидном типе и $15,3 \pm 1,4$ мкед/мл при гиноидном типе. В контроле — $8,4 \pm 0,9$ мкед/мл, лептина ($43,4 \pm 2,1$ нг/мл при андроидном типе и $32,4 \pm 1,9$ нг/мл при гиноидном типе. В контроле — $9,8 \pm 0,9$ нг/мл, грелина ($82,4 \pm 3,1$ нг/мл при андроидном и $106,4 \pm 2,7$ нг/мл при гиноидном. В контроле — $115,5 \pm 9,3$ нг/мл, серотонина ($145,3 \pm 1,9$ нг/мл при андроидном типе и $154,2 \pm 1,9$ нг/мл при гиноидном. В контроле — $175,5 \pm 2,7$ нг/мл в плазме крови, которые различались у пациентов с абдоминаль-

ным и гиноидным типами ожирения. Установлены значимые изменения биохимических показателей перекисного окисления липидов и микроэлементного профиля (цинк, селен, медь), подтверждающие изменения метаболизма у больных с алиментарно-конституциональным ожирением с преобладанием анаболических процессов: малоновый диальдегид ($3,86 \pm 0,3$ мкмоль/л при андронидном и $3,3 \pm 0,2$ мкмоль/л при гиноидном). В контроле — $1,5 \pm 0,1$ мкмоль/л, диеновые конъюгаты ($7,9 \pm 0,5$ отн.ед/мл при андронидном и $6,88 \pm 0,5$ отн.ед/мл при гиноидном). В контроле — $3,73 \pm 0,4$ отн.ед/мл, цинк — ($0,829 \pm 0,009$ мг/л при андронидном типе и $0,857 \pm 0,009$ мг/л при гиноидном). В контроле — $0,981 \pm 0,017$ мг/л, хром ($0,017 \pm 0,001$ мг/л при андронидном и $0,02 \pm 0,002$ мг/л при гиноидном типе). В контроле — $0,034 \pm 0,002$ мг/л, медь ($1,212 \pm 0,028$ мг/л при андронидном и $1,19 \pm 0,03$ мг/л при гиноидном). В контроле — $0,99 \pm 0,02$ мг/л)

3. Прогностическое значение для определения эффективности медицинской реабилитации имели уровни гормонов инсулина и лептина. При значениях показателей инсулина выше 14 мкЕд/мл и лептина выше 30 пг/мл прогнозируется ребаунд-эффект и пациенты нуждаются в повторном курсе рефлексотерапии.

4. При алиментарно-конституциональном ожирении имеет место дисфункция супраспинальных систем, участвующих в организации программ адаптивного поведения и вегетативной регуляции, о чем свидетельствует увеличение полисинаптической рефлекторной возбудимости, в частности, наблюдается рост длительности R2 компонента мигательного рефлекса у пациентов с андронидным типом ($44,1 \pm 1,5$ мс у пациентов с андронидным и $38,1 \pm 1,7$ мс у пациентов с гиноидным типом). В контрольной группе — $35,1 \pm 0,9$ мс). В процессе применения разработанной технологии лечения различия по показателю R2 через 9 месяцев после завершения терапии между группами с абдоминальным и гиноидными типами ожирения были ничтожны, а различия в динамике между показателем пациентов группы сравнения и наблюдения отмечены только у пациентов с III степенью ожирения ($P < 0,05$), а в динамике — только у пациентов группы наблюдения с III степенью ожирения ($49,5 \pm 1,8$ мс до начала лечения, после лечения — $45,1 \pm 1,7$ мс, $P_{1-2} < 0,05$).

5. Установлено снижение адаптационных ресурсов (показатель адаптационного соответствия увеличивался) у больных с алиментарно-конституциональным ожирением у пациентов с гиноидным типом ожирения на начало наблюдения составил $0,43 \pm 0,03$, с андронидным типом — $0,51 \pm 0,07$, что свидетельствовало о снижении функциональ-

ных резервов организма. В процессе лечения наибольший эффект был достигнут у пациентов с I степенью ожирения (у 100% пациентов ПАС $< 0,3$). У пациентов со II степенью ожирения положительная динамика по ПАС достигнута у 98% пациентов, при III степени — у 67%. При значениях ПАС $> 0,3$ риск неблагоприятного прогноза (прогнозируемая низкая эффективность медицинской реабилитации $RR = \dots$, $p < 0,001$).

6. Показатель адаптационного соответствия — эффективность на уровне физической регуляции.

7. Эмоционально-аффективные расстройства у больных с алиментарно-конституциональным ожирением представлены депрессивной реакцией, реактивной и личностной тревожностью, преобладают при наличии таких особенностей характера и темперамента, как дистимия, истеричность, эмотивность, экзальтированность, циклотимия. В процессе медицинской реабилитации наблюдалось снижение уровня депрессии только у пациентов группы наблюдения. В группе с абдоминальным типом у пациентов со II (с $12,8 \pm 1,2$ балла до $9,8 \pm 1,3$ балла, $P < 0,01$) и III степенью ожирения (с $14,4 \pm 1,6$ балла до $10,8 \pm 1,7$ балла, $P < 0,05$), а в группе с гиноидным типом в группе пациентов с III степенью тяжести ожирения ($11,6 \pm 1,3$ балла до $8,8 \pm 1,3$ балла, $P < 0,05$). В группе сравнения не по одному из приводимых показателей в динамике наблюдения достоверных различий выявлено не было, что свидетельствует об эффективности использования предложенной технологии на психоэмоциональной регуляции.

8. Предложенная система лечения на основе длительного мониторинга гормонального профиля позволяет на основе целостной и системной оценки состояния больных с алиментарно-конституциональным ожирением эффективно строить общую стратегию и уточнять индивидуально дифференцированную тактику терапии с применением гипокалорийной диеты и поддерживающих курсов рефлексотерапии. Увеличение уровня лептина на 1,5% от предыдущего значения в процессе мониторинга свидетельствовало о неблагоприятном течении заболевания и являлось показанием для проведения повторного курса лечения.

9. Немедикаментозная терапия больных с алиментарно-конституциональным ожирением на основе длительного применения гипокалорийной диеты при поддержке рефлексотерапии способствует интеграции деятельности ЦНС на супраспинальном уровне, включая сенсорную, вегетативную и эмоционально-личностную сферы, ведет к усилению нейропластичности и формированию компенсаторных и адаптивных

программ пищевого поведения, что способствует длительному и устойчивому поддержанию оптимального веса (продолжительность периода стойкого снижения показателя индекса массы тела в группе наблюдения составила $10 \pm 1,7$ месяца, в группе сравнения — $6 \pm 0,8$ месяца).

Практические рекомендации

1. Комплексная оценка нейроэндокринной регуляции у больных с алиментарно-конституциональным ожирением должна включать определение уровня лептина, инсулина, показатель адаптационного соответствия и индекс массы тела. Регулярность контроля названных показателей должна осуществляться в течение не менее 10 месяцев после завершения курса лечения и проводиться 1 раз в месяц (долговременный лабораторный мониторинг гормонального профиля).

2. Все пациентам проводится диагностика психоэмоционального состояния по методу Бека для оценки нарушений пищевого поведения с последующим контролем показателей после завершения курса лечения. При выявлении тревожных и депрессивных состояний пациент направляется на подготовительный этап к психотерапевту и только после восстановления переводится на базовый этап терапии.

3. Лечебный комплекс состоит из трех этапов:

- Подготовительный этап — коррекция психоэмоциональных нарушений;
- Базовый этап — гипокалорийная диета и рефлексотерапия в соответствии с разработанной технологией (курс 2-3 месяца);
- Этап поддерживающей терапии — регулярный мониторинг уровня лептина (1 раз в месяц) в течение 10 месяцев.

4. Гипокалорийная диета подбирается индивидуально в зависимости от индекса массы тела и уровня повседневной физической и умственной активности. Она составляет от 1500 до 2000 ккал в сутки. Диета включает 50% углеводов с исключением легкоусвояемых углеводов, 20% белка (по 10% животного и растительного) и 30% жиров (по 15% животного и растительного происхождения).

5. Диетический комплекс предусматривает один «голодный» день в неделю (разрешено только употребление жидкости).

6. Рефлексотерапия в виде иглоукалывания в биологически активные точки должна осуществляться специалистом в соответствии с прилагаемой схемой.

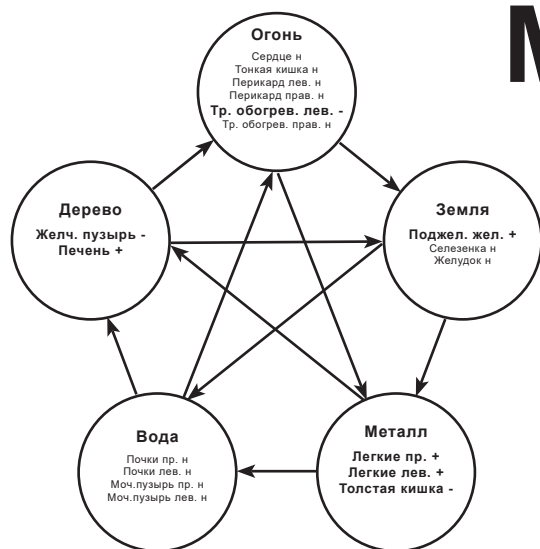
7. Повторный курс рефлексотерапии назначается при повышении уровня инсулина свыше 14 мкЕД/мл и лептина свыше 30 нг/мл.

* * *

Редколлегия поздравляет Аль Замил Мустафа Кхалил М.Дауд и Никишову Т. В. с успешной защитой диссертации.

МЕДИСКРИН

www.mediscreen.ru



- Компьютерная рефлексодиагностика по методу Накатани за 2 минуты.
- Индивидуальный план рефлексорного лечения и оценка его эффективности

Гарантия 24 месяца.
Полное сопровождение 24/7.
Обучение, тренинги, вебинары

КАНДИДАТСКИЕ ДИССЕРТАЦИИ

*30 ноября 2017 г. на заседании
диссертационного совета Д 208.060.01
при ФГБУ «Российский научный центр
медицинской реабилитации и курортологии»
Минздрава России по специальности 14.03.11 –
Восстановительная медицина, спортивная
медицина, лечебная физкультура,
курортология и физиотерапия состоялась
защита кандидатской диссертации*

Данилов Алексей Георгиевич

Гирудотерапия в комплексном лечении гипертонической болезни

Работа выполнена в Бюджетном учреждении высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет».

Научный руководитель:

Живогляд Райсе Нурлыгаяновна доктор медицинских наук.

Официальные оппоненты:

Михайлова Анна Андреевна доктор медицинских наук, профессор кафедры интегративной медицины ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет).

Гильмутдинова Лида Талгатовна доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской реабилитации, физиотерапии и курортологии ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, директор НИИ восстановительной медицины и курортологии БГМУ.

Ведущая организация: ФГБУ дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации.

Цель исследования

Изучить механизмы гирудотерапии и научно обосновать ее применение как метода немедикаментозного лечения гипертонической болезни в составе комплексной терапии.

Задачи исследования

1. Изучить состояние вегетативной нервной системы, гематологические показатели и психоэмоциональный статус больных гипертонической болезнью в сочетании с дислипидемией на Севере РФ.

2. Оценить влияние гирудотерапии, применяемой в сочетании с фармакотерапией, на параметры вегетативной нервной системы, вариабельности сердечного ритма, показатели крови, психоэмоциональное состояние пациентов с гипертонической болезнью.

3. Проследить динамику клинического течения гипертонической болезни и нарушений липидного обмена у наблюдаемых пациентов при комплексном лечении с применением гирудотерапии на фоне стандартной медикаментозной терапии и оценить клиническую эффективность по непосредственным и отдаленным результатам.

Научная новизна

Впервые проведена сравнительная оценка параметров вариабельности сердечного ритма, показателей артериального давления и крови у больных гипертонической болезнью в сочетании с нарушениями липидного обмена, проживающих на Севере РФ, на фоне стандартной терапии и комплексного лечения с применением гирудотерапии.

Установлено, что гирудотерапия в комплексном лечении гипертонической болезни вызывает наиболее устойчивую стабилизацию артериального давления в течение последующих 6 месяцев, значительно уменьшает личностную и реактивную тревожность, эндотелиальную дисфункцию, снижает активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, корректирует нарушения липидного обмена, уменьшает частоту гипертонических кризов в течение последующих 6 месяцев после курсового лечения. Применение гирудотерапии позволило усовершенствовать программу восстановительного лечения больных гипертонической болезнью за счет значительного снижения фармакологической нагрузки на пациента в отношении дозы (в 1,5-2 раза) и количества используемых синтетических лекарств (в 2 раза), что повысило комплаентность пациентов к терапии.

Установлено, что гирудотерапия на 20-25% увеличивает гипотензивный эффект медикаментозного лечения, значительно снижает личностную и реактивную тревожность соответственно на 15 и 18%. Научно обоснована целесообразность применения гирудотерапии на фоне стандартной фармакотерапии для достижения выраженного и стойкого терапевтического эффекта за счет многофакторного лечебно-управляющего воздействия медицинской пиявки.

Практическая значимость

Доказана целесообразность применения гирудотерапии в лечении гипертонической болезни в сочетании с дислипидемией. Гирудотерапия в сочетании со стандартной медикаментозной терапией обладает наиболее выраженным влиянием на механизмы дисрегуляции артериального давления и нарушения липидного обмена, уменьшает симпатотонию, снижает общий сердечнососудистый риск. Эффективность включения гирудотерапии в схему лечения гипертонической болезни и дислипидемии превышает стандартную медикаментозную терапию на 25-44% по результатам непосредственных и отдаленных наблюдений. А также позволяет снизить фармакологическую нагрузку на пациента в отношении дозы (в 1,5-2 раза) и количества используемых синтетических лекарств (в 2 раза), тем самым решая проблему полипрагматии при лечении коморбидной патологии. Высокая терапевтическая эффективность, ограниченные противопоказания и отсутствие побочного действия, хорошая переносимость процедур, длительный лечебный эффект после курсового лечения позволяют рекомендовать гирудотерапию на фоне медикаментозного стандарта, как метод немедикаментозной терапии, реабилитации больных гипертонической болезнью и профилактики развития сердечно-сосудистых катастроф в различных лечебно-профилактических учреждениях (стационары, поликлиники, а также санаторно-курортные учреждения).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Полученные результаты применения курса гирудотерапии у больных гипертонической болезнью в сочетании с дислипидемией свидетельствуют о его высокой лечебной эффективности.

2. Включение гирудотерапии в комплексное лечение гипертонической болезни позволяет, кроме нормализации артериального давления, корректировать сопутствующую дислипидемию, уменьшить агрегацию тромбоцитов, коагуля-

цию крови, тем самым снизить общий сердечно-сосудистый риск.

3. Сочетание курса гирудотерапии и стандартной фармакотерапии определяет сохранение стабильно нормального уровня артериального давления, вегетативного баланса и психологического статуса через 6 месяцев у 70,4%; тогда как при стандартной терапии только у 40,6% пациентов. Гипотензивный эффект удерживается 6 месяцев.

Выводы

1. Применение курсового лечения методом гирудотерапии на фоне стандартного лечения в 1-й (основной) группе при оценке клинических данных приводит к достоверной стабильной нормализации артериального давления, вегетативного и психологического статуса, гематологических показателей в 84,1% наблюдений, во 2-й группе (сравнения) (стандартное лечение: диета, лечебная физкультура, многокомпонентная гипотензивная терапия) – 55,6%.

2. Гирудотерапия в комплексном лечении гипертонической болезни обуславливает нормотензивное действие, влияет на вегетативный дисбаланс, снижая активность симпатического отдела вегетативной нервной системы. А также обладает липидкорректирующим, антиагрегантным эффектами, тем самым уменьшает дисфункцию эндотелия и общий кардиоваскулярный риск. Стабильный гипотензивный эффект удерживается 6 месяцев.

3. При оценке клиническо-анамнестических параметров больных гипертонической болезнью в 1-й группе с применением метода гирудотерапии в комплексе с общепринятой схемой лечения отмечена стабилизация клинического состояния через 6 месяцев после проведенной терапии у 70,4% пациентов, а во 2-й группе с применением только медикаментозного стандарта – у 40,6% пациентов.

4. Установлено, что непосредственно после лечения статистически значимо ($p=0,001$) все показатели липидного спектра скорректировались у 100% пациентов в 1-й группе с включением гирудотерапии, а во 2-й группе только показатель общего холестерина. По отдаленным результатам после лечения через 6 мес. дислипидемия выявлена в 1-й группе у 36,9%, а во 2 группе – у 70,3% пациентов.

5. Лечебная эффективность курса гирудотерапии на фоне стандартного лечения доказывается длительной стабилизацией клинико-лабораторных показателей у пациентов до 6 месяцев наблюдений. Имеет место ухудшение клинико-лабораторных параметров через 12 месяцев после проведения курсового лечения, что требует

проведения повторных курсов гирудотерапии кратностью 1 курс в 6 месяцев в условиях стационара, санаторно-курортных и амбулаторных учреждениях здравоохранения.

6. Гирудотерапия, действуя многофакторно при сочетанной патологии, активизирует механизмы саморегуляции, самоорганизации и самоадаптации и оказывает пато- и саногенетическое стабилизирующее влияние на биосистему в целом, способствуя оптимизации лечения коморбидной патологии, в частности, больных гипертонической болезнью с нарушениями липидного обмена.

Практические рекомендации

1. Лечебный курс гирудотерапии в сочетании с антигипертензивной терапией (ренитек, конкор, амлодипин, индапамид) рекомендован пациентам, страдающим гипертонической болезнью в сочетании с дислипидемией. В большинстве случаев применение гирудотерапии способствует уменьшению дозы и количества применяемой медикаментозной терапии, корригирует сопутствующие факторы риска (дислипидемия, повышенная свертываемость крови, атеросклероз и т.д.), что помогает избежать излишней фармакологической нагрузки на организм и решить проблему полипрагмазии.

2. С целью вторичной профилактики клинических проявлений и осложнений гипертонической болезнью необходимо проведение повторных курсов гирудотерапии на фоне стандартной

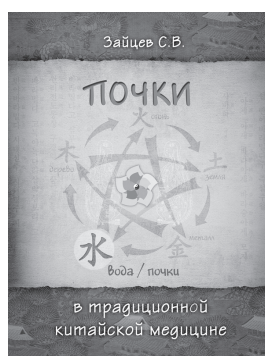
терапии 1 раз в 6 месяцев. Методика лечения основана на применении системного метода гирудотерапии, в основе которого лежит принцип малых доз (первые пять сеансов, с последующим увеличением количества особей). Основные области, зоны постановки пиявки, применяемые нами при лечении гипертонической болезни: сосцевидная область, височная область, рефлексогенная зона каротидного синуса (зона бифуркации общей сонной артерии), паравертебрально в областях C1-C7 (анатомические зоны расположения ганглиев парасимпатической вегетативной нервной системы), крестцово-копчиковая зона, перианальная область, область мечевидного отростка грудины, III-V межреберья по левой передней подмышечной и срединноключичной линиям. В лечении мы также использовали точки меридианов почек и мочевого пузыря (V10 тянь-чжу, R10 инь-гу, VG19 хоу-дин), меридианов печени и желчного пузыря (VB20 фэн-чи, VB21 цзян-цзин, F2 син-цзянь), меридианов трех обогревателей и перикарда (TR10 тянь-цзин, MC7 да-лин), меридианов легких (P5 чи-цзэ, P9 тай-юань, V25 да-чан-шу).

3. Для коррекции повышенного артериального давления и дислипидемии рекомендуется применять комплексное лечение с применением гирудотерапии, направленное на нормализацию гемодинамических параметров, вегетативного гомеостаза и психологического статуса больных гипертонической болезнью в условиях лечебно-профилактических, амбулаторно-поликлинических и санаторно-курортных организаций.

НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

Зайцев С.В.

«Почки в традиционной китайской медицине»



Вышла новая книга Зайцева С.В. «Почки в традиционной китайской медицине». Зайцев Сергей Владимирович, кандидат медицинских наук, специалист по китайскому языку и традиционной китайской медицине (ТКМ). Является одним из самых авторитетных специалистов по традиционной китайской медицине в России. Постоянно повышает свой профессиональный уровень в лучших университетах ТКМ Китая. Автор ряда книг и статей по китайской культуре и традиционной медицине.

В книге в четкой и доступной форме излагается представление о Почках в китайской медицине, описываются паттерны поражения Почек, даются конкретные рекомендации по иглотерапии и назначению фитопрепаратов. Благодаря живому языку, клиническим примерам, историческим справкам, богатому иллюстративному материалу книга будет интересна как врачам, практикующим методы традиционной медицины, так и всем, кто интересуется восточной философией и медициной.

Дополнительная информация по телефону: +7 (495) 981 47 67
www.cinofarm.ru

ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ

1. ПОДПИСКА ПО ОБЪЕДИНЕННОМУ КАТАЛОГУ «ПРЕССА РОССИИ»



В 2019 году подписку на научно-практический журнал
«РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ И КОМПЛЕМЕНТАРНАЯ МЕДИЦИНА»
 можно произвести во всех почтовых отделениях Российской Федерации
 по объединенному каталогу **«ПРЕССА РОССИИ»**
 (стоимость подписки на журнал указана в каталоге)

Подписной индекс: **34107**

2. РЕДАКЦИОННАЯ ПОДПИСКА НА ЖУРНАЛ

Подписаться на научно-практический журнал «Рефлексотерапия и комплементарная медицина» также можно непосредственно в редакции журнала, используя редакционную подписку. Это позволит вам сэкономить средства и выбрать любой удобный период подписки, начиная с одного квартала, а так же заказать вышедшие ранее номера.

Для оформления редакционной подписки необходимо отправить на E-mail редакции info@acupro.ru письмо с указанием следующих данных: фамилия, имя, отчество для частного лица или юридическое название организации, если подписчиком будет организация, почтовый адрес с индексом, на который будет отправляться журнал, контактный телефон и E-mail, на который будет выслан счет.

Также необходимо перечислить номера журнала, которые вы хотите получить или периоды подписки, на которые вы хотите подписаться. Редакция вышлет на ваш E-mail счёт на оплату.

Для этого необходимо указать отдельные номера, в соответствии со списком, через запятую, а несколько номеров выходящих подряд через тире, указав первый и последний или указав период подписки.

Номер журнала состоит из порядкового номера журнала в текущем году, общего номера журнала с начала его издания (указано в скобках) и года издания.

	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год
Первое полугодие		№ 1(3)2013 № 2(4)2013	№ 1(7)2014 № 2(8)2014	№ 1(11)2015 № 2(12)2015	№ 1(15)2016 № 2(16)2016	№ 1(19)2017 № 2(20)2017	№ 1(23)2018 № 2(24)2018	№ 1(27)2019 № 2(28)2019
Второе полугодие	№ 1(1)2012 № 2(2)2012	№ 3(5)2013 № 4(6)2013	№ 3(9)2014 № 4(10)2014	№ 3(13)2015 № 4(14)2015	№ 3(17)2016 № 4(18)2016	№ 3(21)2017 № 4(22)2017	№ 3(25)2018 № 4(26)2018	№ 3(29)2019 № 4(30)2019

Цена одного номера при редакционной подписке (включая доставку по России) составляет 270 руб.

При единовременной оплате более двух различных номеров предоставляются следующие скидки:

Кол-во номеров	3-4	5-8	9-20	Более 20
Скидка	10 %	15 %	20 %	25 %