

ОЦЕНКА ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МЕРИДИАНОВ У ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ОСНОВЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО НАКАТАНИ

Е.Е. Молчанова

ФГБОУ ВО Амурская государственная медицинская академия Минздрава России (г. Благовещенск)

Estimation of the energy condition of meridians among patients in the acute period of ischemic stroke based on electropunctural diagnostics of Nakatani

E.E. Molchanova

Amur State Medical Academy of the Ministry of Health of Russia (Blagoveshchensk, Russia)

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось изучение энергетического состояния классических меридианов по методу Накатани у пациентов в остром периоде ишемического инсульта в сравнении с аналогичными показателями больных, страдающих артериальной гипертензией, для индивидуализации подходов к рефлексотерапевтическому воздействию. Материалом для исследования послужили 50 пациентов, перенесших ишемический инсульт. В качестве 2-х групп сравнения обследованы 25 пациентов (первая группа сравнения), страдающих артериальной гипертензией, и 20 относительно здоровых лиц (вторая группа сравнения), репрезентативных по полу и возрасту. Выявлены наиболее значимые изменения по меридианам Печени (избыток), Сердца (дефицит, $p < 0,05$), Перикарда (дефицит, $p < 0,05$), Желудка (избыток, $p < 0,005$), Селезенки-поджелудочной железы (избыток, $p < 0,001$), Тройного обогревателя (дефицит, $p < 0,001$), Легких (дефицит, $p < 0,05$) и Мочевого пузыря (избыток, $p < 0,001$), что говорит о заинтересованности этих органов в патогенетических механизмах инсульта.

Ключевые слова: электропунктурная диагностика, Накатани, острый период ишемического инсульта.

RESUME

The purpose of this research was to study the energy state of the classical meridians by the Nakatani method among the patients in the acute period of ischemic stroke in comparison with similar indicators among the patients suffering from hypertension, in order to individualize approaches to reflexotherapy. 50 patients with ischemic stroke participated in this study. As two comparison groups, 25 patients (the first comparison group) with hypertension and 20 volunteers without clinically significant diseases (the second comparison group), representative by sex and age, were examined. The most significant changes were observed in the meridians of Liver (excess), Heart (deficiency, $p < 0.05$), Pericardium (deficiency, $p < 0.05$), Stomach (excess, $p < 0.005$), Spleen (excess, $p < 0.001$), Triple Warmer (deficiency, $p < 0.001$), Lungs (deficiency, $p < 0.05$) and the Bladder (excess, $p < 0.001$), which indicate the interest of these organs in the pathogenetic mechanisms of stroke.

Keywords: electropuncture diagnostics, Nakatani, acute period of ischemic stroke.

Высокая заболеваемость, достигающая 350–400 человек на 100 тысяч населения в Российской Федерации, смертность и высокий уровень инвалидизации выживших [1, 7, 10] обуславливают сохраняющуюся актуальность проблемы ранней реабилитации пациентов, перенесших церебральный инсульт. Применение только лекарственных препаратов не дает оптимального клинического результата, что требует поиска эффективно дополняющих

лекарственную терапию способов немедикаментозной реабилитации, среди которых в последние десятилетия достойное место заняли методы рефлексотерапевтического воздействия. Чтобы подобрать и скорректировать индивидуальную рецептуру точек акупунктуры для рефлексотерапии, контролировать результаты лечения возможно применение электропунктурной диагностики (ЭПД), которая через определение состояния класси-

ческих меридианов позволяет оценить функциональное состояние организма пациента как до начала лечения, так и в динамике [3]. На сегодняшний день во всем мире признан и является наиболее используемым не только специалистами по пунктурной терапии, но и врачами терапевтического профиля метод ЭПД по Накатани, основы которого были заложены в 50-х годах двадцатого столетия японским врачом-исследователем И. Накатани. На основе огромной эмпирической исследовательской базы он убедительно обосновал применение в диагностических целях тестирующего тока напряжением 12 В и силой тока 200 мкА в целях оценки так называемого «висцеро-кожного симпатического рефлекса» [11]. Мощность тестирующего тока достаточна, чтобы вызвать ответную реакцию ганглиев симпатического ствола с последующим анализом соотношений между показателями интенсивности ответных вегетативных реакций в дерматомах на стандартный тестирующий сигнал. Разработанный автором подход к интерпретации получаемых показателей заключается в оценке вегетативной регуляции дерматомов, которая коррелирует с вегетативной регуляцией соответствующих функциональных систем согласно учению восточной медицины о локализации наружных ветвей классических китайских меридианов [2].

В зарубежной и отечественной литературе крайне скудны сведения о результатах ЭПД при сердечно-сосудистых заболеваниях. При артериальной гипертензии (АГ), по сравнению с контрольной группой, использование компьютерного комплекса «Диакос» позволило выявить наиболее значительные изменения по меридианам Поджелудочной железы и Желчного пузыря [4], а аппаратно-программного комплекса «АРМ ПЕРЕСВЕТ» – гиперфункцию меридианов Толстого кишечника ($p < 0,05$), Тройного обогревателя ($p < 0,005$) и, в меньшей степени, меридиана Почек ($p > 0,05$), а также гипофункцию каналов Сердца ($p < 0,05$), Перикарда ($p < 0,05$), Селезенки ($p > 0,05$) и Тонкого кишечника ($p > 0,05$) [6], что говорит о возможном участии этих органов в патогенетических механизмах АГ как одной из главных причин инсульта. Что же касается сведений о применении ЭПД по Накатани у пациентов в остром периоде ишемического инсульта (ИИ), то в медицинской литературе они практически отсутствуют.

Целью исследования явилось изучение энергетического состояния классических меридианов по методу Накатани у пациентов в остром периоде ИИ в сравнении с аналогич-

ными показателями больных, страдающих АГ, для индивидуализации подходов к рефлексотерапевтическому воздействию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили 50 пациентов в остром периоде ИИ, проходившие курс ранней реабилитации в Первичном сосудистом отделении ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница», в возрасте от 40 до 85 лет (средний возраст $62,6 \pm 1,56$ года). Среди обследованных преобладали мужчины (60 %). У 27 пациентов диагностирован инсульт в бассейне правой или левой средней мозговой артерии, у 23 – в бассейне вертебробазилярных артерий. В качестве 2-х групп сравнения обследованы 25 пациентов (первая группа сравнения), страдающих АГ, в возрасте от 50 до 65 лет (средний возраст $60 \pm 2,5$ года), и 20 относительно здоровых лиц без клинически значимых заболеваний (вторая группа сравнения), репрезентативных по полу и возрасту (60 % мужчин, средний возраст $61,4 \pm 1,7$ года) (вторая группа сравнения) и не страдающих повышением артериального давления.

Диагностика по Накатани производилась на лечебно-диагностическом комплексе «АРМ ПЕРЕСВЕТ» путем измерения электропроводности в 24 репрезентативных точках, расположенных симметрично в области лучезапястных и голеностопных суставов. Программа вычисляет коридор индивидуальной нормы пациента. Каналы, находящиеся в гиперфункции (или «Полноты»), расположены выше коридора нормы. Меридианы в недостатке (или в состоянии «Пустоты») находятся ниже коридора нормы. Результатом диагностического исследования является определение функционального состояния меридианов. При этом используются не абсолютные значения чрескожной электропроводности репрезентативных точек, а их расположение относительно индивидуального коридора нормы на R-карте [3]. ЭПД проводилась в первые 3–5 дней пребывания пациентов в стационаре.

Статистический анализ выполнялся с помощью пакета программ Microsoft Office 2013 (Excel) и Statistica 10.0. Для данных с нормальным распределением вычисляли выборочное среднее (M), среднеквадратичное отклонение и стандартную ошибку выборочного среднего (m). При сравнении выборочных средних для двух групп данных с нормальным распределением использован критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении ЭПД выявлена гиперактивность в меридиане Печени у обследованных во всех трех группах, более выраженная у пациентов, перенесших инсульт ($p > 0,05$) (табл. 1). Также избыточное состояние диагностировано в каналах Желудка и Селезенки, достоверно превышающее аналогичные показатели пациентов, страдающих АГ ($p < 0,005$ и $p < 0,001$, соответственно). Во всех группах прослеживается тенденция к дефициту в меридианах Сердца и Перикарда, которая постепенно усугубляется у пациентов с АГ по сравнению с группой относительно здоровых лиц ($p < 0,05$), и еще более выражена у пациентов в остром периоде инсульта ($p < 0,05$). Достоверные различия также получены при сравнении энергетического состояния канала Тройного обогревателя (избыток у гипертоников, по сравнению с группой здоровых добровольцев ($p < 0,005$) и недостаток у пациентов с инсультом, по сравнению с пациентами с АГ ($p < 0,001$) и Мочевого пузыря (гиперфункция у пациентов, перенесших инсульт, на фоне гипофункции в обеих группах сравнения, ($p < 0,001$)). Также отмечена незначительная тенденция ($p > 0,05$) к гиперфункции в меридиане Почек у гипертоников и пациентов с ИИ. Во всех группах выявлено дефицитное состояние меридиана Легких, достоверно более выраженное в основной группе пациентов ($p < 0,05$) (табл. 1).

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Одна из основных причин развития синдрома чжун-фэн (инсульта) – АГ – выявлена у 100 % пациентов. Традиционная китайская медицина рассматривает АГ как «дисбаланс Инь и Ян в двух органах-накопителях (Печени и Почках), а также застой в теле Влаги и Слизи в результате поражения Ци Селезенки с дальнейшим снижением Ян. Ян Селезенки не получает питание от Почек, возникает нарушение контроля Селезенки над влагой, блокировка слизи закупоривает Ло-каналы, ток энергии по меридианам нарушается. Такие взаимные влияния приводят к возникновению Огня Печени или к крайнему усилению печеночного Ян, что вызывает образование внутри тела печеночного Ветра, что может привести к инсульту» [8]. В качестве подтверждения этого факта, обнаружена избыточность в меридиане Печени во всех группах, более выраженная у пациентов, перенесших инсульт. У контрольной группы гиперфункция Печени, возможно, явилась следствием напряжения адаптационных, умственных и эмоциональных резервов, не имея под собой органической основы (большинство обследованных отмечали хроническое психоэмоциональное перенапряжение).

Психоэмоциональные перегрузки, выявленные в анамнезе практически у всех пациентов и являющиеся причиной возникновения сердечно-сосудистых проблем, являются основными и в патогенезе болезней Селезенки,

Таблица 1

Энергетическое состояние меридианов на основе изучения показателей электропроводности по методике Накатани

Канал	Энергетическое состояние каналов			p1	p2
	1 группа сравнения n = 20	2 группа сравнения n = 25	Основная группа n = 50		
I легкие	-0,18 ± 0,11	-0,13 ± 0,17	-0,7 ± 0,16	0,873	0,034
II толстый кишечник	-0,05 ± 0,13	0,54 ± 0,15	-0,04 ± 0,19	0,006	0,031
III желудок	0,40 ± 0,15	0,46 ± 0,11	1,08 ± 0,16	0,996	0,002
IV селезенка	-0,11 ± 0,12	-0,54 ± 0,13	0,64 ± 0,19	0,073	< 0,001
V сердце	-0,03 ± 0,10	-0,54 ± 0,15	-1,1 ± 0,15	0,049	0,016
VI тонкий кишечник	0,11 ± 0,10	-0,27 ± 0,12	-0,52 ± 0,21	0,064	0,356
VII мочевого пузырь	-0,24 ± 0,10	-0,35 ± 0,15	0,7 ± 0,23	0,958	< 0,001
VIII почки	-0,16 ± 0,13	0,17 ± 0,14	0,38 ± 0,22	0,136	0,421
IX перикард	-0,03 ± 0,02	-0,60 ± 0,12	-1,0 ± 0,15	0,014	0,025
X тройной обогреватель	-0,29 ± 0,11	0,58 ± 0,21	-0,84 ± 0,22	0,001	< 0,001
XI желчный пузырь	-0,68 ± 0,13	-0,42 ± 0,21	-0,1 ± 0,23	0,261	0,266
XII печень	1,13 ± 0,21	1,04 ± 0,16	1,3 ± 0,17	0,713	0,282

Примечание:

1 группа сравнения – здоровые добровольцы

2 группа сравнения – пациенты, страдающие артериальной гипертензией

Основная группа – пациенты, перенесшие ишемический инсульт

p1 – достоверность разности между показателями у пациентов с гипертензией и контрольной группой

p2 – достоверность разности между показателями у пациентов, перенесших инсульт и пациентов, страдающих гипертензией

Печени и Сердца [9]. Нарушения в системе кровообращения вызывают пустоту Ян и (или) Инь Сердца, недостаток Шэнь, что может объяснить дефицит, выявленный в канале Сердца и связанном с ним Перикарде, который достоверно более выражен у пациентов, перенесших инсульт, по сравнению с больными, страдающими АГ. Психические перегрузки могут вызывать также пустоту Ци и слабость Ян Селезенки. А благодаря чрезмерному усилению Ян Печени Слизь и Влага в теле поднимаются вверх и в своем избыточном состоянии могут служить причиной развития инсульта [8]. Возможным подтверждением этого факта является выявленный выраженный избыток в меридианах Желудка и Селезенки (за счет накопления патогенной Влажности), достоверно превышающий подобные показатели в группе больных, страдающих АГ.

Недостаток Ци Сердца, возможно, является следствием энергетического дефицита в канале Легких, которые ведают Ци всего организма, помогая Сердцу в осуществлении его функции по обеспечению циркуляции крови [9]. Недостаток Ци Легких постепенно поражает Сердце и ведет к недостатку Ци Сердца [5], который достоверно усугубляется у пациентов в остром периоде ИИ. Нарушение тока Ци Легких вниз повреждает Печень и вызывает подъем Ян Печени [5], который и проявляется гиперфункцией в этом меридиане у большинства пациентов с ИИ.

Избыток в канале Мочевого пузыря, возможно, является следствием включения са-ногенетических механизмов в остром периоде инсульта, направленных на «очищение организма» на фоне проводимой инфузионной терапии, и является причиной имеющих у подавляющего большинства больных жалоб на боли в области спины (по ходу меридиана Мочевого пузыря).

Тройной обогреватель отвечает за правильность циркуляции всех типов Ци во всех частях тела, и если эта функция нарушается, то страдает нормальное перемещение Ци, Крови и Жидкостей тела [5]. Гипофункция в меридиане Тройного обогревателя, возможно, обусловлена нарушением Ян-Инь равновесия в сторону системного преобладания Инь над Ян, которое выявлено у большинства пациентов с дефицитом в меридиане Сань Цзяо.

Таким образом, на основе изучения показателей электропроводности меридианов у больных в остром периоде ИИ в сравнении с группой пациентов, страдающих АГ, и контрольной группой выявлены наиболее значимые изме-

нения по меридианам Печени, Сердца, Перикарда, Желудка, Селезенки-поджелудочной железы, Тройного обогревателя, Легких и Мочевого пузыря, что говорит о заинтересованности этих органов в патогенетических механизмах инсульта, и открывает возможности к оптимизации подходов к рефлексотерапевтическому воздействию. Некоторая противоречивость данных в сравнении с классическими представлениями традиционной китайской медицины о патогенезе синдрома чжун-фэн диктует необходимость дальнейших исследований в этой области.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. Успехи и проблемы российской кардиохирургии // *Здравоохранение*. – 2012. – №3. – С.24–33.
 2. Бойцов И.В. Основные принципы электропунктурной диагностики // *Рефлексотерапия*. – 2003. – №3(6). – С.51–55.
 3. Гаврилова Н.А., Коновалов С.В., Резаев К.А., Гаврилов А.П., Фадеев А.А., Дубова М.Н., Мейзеров Е.Е. Электропунктурная диагностика по методу И. Накатани Методические рекомендации № 2002/34. – М.: ФНКЭЦ ТМДЛ МЗ РФ, 2003. – 28 с.
 4. Лучина Е. В. Изучение диагностической эффективности метода электропунктурной диагностики по Накатани и компьютерного комплекса «Диакомс» при артериальной гипертензии // *Диссертация на соискание ученой степени к.м.н.* – М., 2003. – 151 с.
 5. Мачоча Д. Основы китайской медицины. Подробное руководство для специалистов по акупунктуре и лечению травмами. В 3 т. Т. 1,2. – М.: Рид Элсивер, 2011. – 440 с., 376 с.
 6. Молчанова Е.Е., Кравец И.А. Возможности акупунктурной коррекции артериальной гипертензии на основе изучения данных энергетического состояния меридианов по методике Накатани // *Тезисы и доклады. XXIII Международная конференция «Теоретические и клинические аспекты применения биорезонансной и мультирезонансной терапии»*. – М.: ИМЕДИС, 2017. – С.349–354.
 7. Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – №8-2. – С.424–427.
 8. Шнорренбергер К. Терапия акупунктурой т. 1-2. – Профит Стайл, 2012. – 528 с.
 9. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. Теоретические основы китайской акупунктуры и лекарственной терапии. – М.: Balbe, 2012. – 554 с.
 10. European Stroke organization. Guidelines for Management of Ischemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. – 2008. – P.104.
 11. Nakatani Y. // *Japanese Society of Ryodoraku Autonomic Nervous System*. – Tokyo. – 1972. – Cite by (208).
- Адрес автора**
К.м.н. Молчанова Е.Е., доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии
helendok@mail.ru