

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ РОЛИ МЕРИДИАНОВ АКУПUNKТУРЫ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ОСНОВЕ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПО НАКАТАНИ

Е.Е. Молчанова

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

The study of the pathogenetic role of acupuncture meridians in the development of ischemic stroke based on electropunctural diagnostics by Nakatani

E.E. Molchanova

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

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось изучение особенностей энергетического состояния классических меридианов с помощью электропунктурной диагностики по методу Накатани у пациентов в остром периоде ишемического инсульта в зависимости от пораженного бассейна и клинической симптоматики, для индивидуализации подходов к рефлексотерапевтическому воздействию. Материалом для исследования послужили две группы пациентов: первая ($n = 27$) – с инсультом в бассейне внутренней сонной артерии, вторая ($n = 23$) – в вертебробазилярной системе. В качестве контрольной группы обследованы 20 относительно здоровых лиц, репрезентативных по полу и возрасту. Исследование выявило ряд общих особенностей в отличие от контрольной группы: «Пустоту» в меридианах Легких ($p < 0,05$), Сердца ($p < 0,001$), Тонкого кишечника ($p < 0,05$), Перикарда ($p < 0,001$) и Тройного обогревателя ($p < 0,05$) и «Полноту» в каналах Печени, Селезенки ($p < 0,01$), Желудка ($p < 0,01$), Мочевых пузырей ($p < 0,005$) и Почек ($p = 0,050$). У пациентов, перенесших инсульт в вертебробазилярной системе, отмечен более выраженный дефицит в меридианах Толстого и Тонкого кишечника ($p < 0,05$), а также более значимый избыток в каналах Почек ($p < 0,001$) и Желчного пузыря ($p < 0,001$).

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

RESUME

The aim of the study was to investigate the characteristics of the energy state of classical meridians by the electropuncture diagnostics according to the method of Nakatani among the patients in acute period of ischemic stroke, depending on the affected vascular basin and clinical symptoms for the individualization of approaches to reflexotherapy. The material for the study is based on two groups of patients: the first ($n = 27$) – with a stroke in the internal carotid artery, the second ($n = 23$) – in the vertebrobasilar system. As a control group, 20 volunteers without clinically significant diseases, representative by sex and age, were examined. The study revealed a number of common features in contrast to the control group: Deficiency in the meridians of the Lungs ($p < 0,05$), Heart ($p < 0,001$), Small intestine ($p < 0,05$), Pericardium ($p < 0,001$) and Triple warmer ($p < 0,05$) and Excess in the Liver, Spleen ($p < 0,01$), Stomach ($p < 0,01$), Bladder ($p < 0,005$) and Kidney ($p = 0,050$) channels. Patients who had a stroke in the vertebrobasilar system showed a more pronounced Deficiency in the meridians of Small and Large intestine ($p < 0,05$), as well as a more significant excess in the channels of the Kidney ($p < 0,001$) and the Gall bladder ($p < 0,001$).

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

Церебральные инсульты продолжают оставаться серьезной социально-экономической проблемой современного общества, будучи лидирующей причиной инвалидизации российского населения и значительно снижая

трудовой потенциал членов семьи больного. Проблема совершенствования методов ранней реабилитации инсультов сохраняет свою актуальность, поскольку лишь 8 % выживших больных способны вернуться к прежней работе,

20 % не могут самостоятельно передвигаться, а 31 % перенесших инсульт больных нуждаются в посторонней помощи [3]. Клиническая картина ишемического инсульта (ИИ) зависит от того, бассейн какой артерии пострадал. В отличие от очагов в полушариях головного мозга в зоне кровоснабжения внутренней сонной артерии (ВСА), наиболее часто проявляющихся контралатеральными гемипарезом и (или) гемигипестезией, гомонимной гемианопсией, а также афазией при поражении доминантного полушария, для острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в вертебробазилярной системе (ВБС) более типичны нарушения равновесия и ипсилатеральные расстройства функций черепных нервов (в структуре альтернирующих синдромов) с жалобами на головокружение, тошноту с рвотой и нарушение координации [3]. Поэтому логично предположить, что с позиции традиционной китайской медицины особенности клинических проявлений могут быть связаны с поражением разных меридианов и Цзан Фу органов. Однако в литературе крайне недостаточно информации, касающейся именно синдромальной терапии инсульта методами рефлексотерапии. Так, Н.А. Дробышева [2] предлагает дифференцированное лечение, выделяя синдромы дефицитного Огня Сердца и избыточной Влажности (при недостаточном типе) и избыточной Слизи-Жара и гиперактивности Ян Печени и Сердца (при избыточном типе) более тяжелого варианта синдрома Чжун-фэн, имея в виду преимущественно неотложную помощь в острейшем периоде церебрального инсульта. Подавляющее большинство авторов описывают схемы иглоукалывания, основываясь только на имеющемся неврологическом дефиците [6, 7, 9], тогда как возможность воздействовать также и на каналы Цзан-Фу органов, вовлеченных в патогенез инсульта, после предварительной оценки их энергетического состояния представляется актуальной.

Целью исследования явилось изучение особенностей энергетического состояния классических меридианов с помощью электропунктурной диагностики (ЭПД) по методу Накатани у пациентов в остром периоде ИИ в зависимости от пораженного бассейна и клинической симптоматики для индивидуализации подходов к рефлексотерапевтическому воздействию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужили 50 пациентов в остром периоде ИИ, проходившие курс ранней реабилитации в неврологическом отделении для больных с ОНМК Первичного сосудистого отделения 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 %). В качестве контрольной группы обследованы 20 относительно здоровых лиц, репрезентативных по полу и возрасту (60 % мужчин, средний возраст $61,4 \pm 1,7$ года), без клинически значимых заболеваний, не имеющие в анамнезе болезней со стороны сердечно-сосудистой системы.

Особенности энергетического состояния меридианов в зависимости от пораженного сосудистого бассейна исследовались в двух группах, достоверно не отличающихся по возрастным и гендерным показателям. Первую группу сравнения составили 27 больных (средний возраст $64,4 \pm 2,45$ года, 59 % мужчин), у которых диагностирован инсульт в бассейне правой или левой средней мозговой артерии, вторую группу сравнения – 23 пациента (средний возраст $60,6 \pm 1,8$ года, 61 % мужчин) с подтвержденным ИИ в ВБС.

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. Каналы, находящиеся в гипер- или гипофункции, расположены, соответственно, выше или ниже коридора индивидуальной нормы пациента, вычисляемой программой комплекса. Для определения функционального состояния меридианов используются не абсолютные значения чрескожной электропроводимости репрезентативных точек, а их расположение относительно индивидуального коридора нормы на R-карте [1]. 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 распределе-

нием использован критерий Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При проведении ЭПДв обеих группах сравнения выявлена Пустота в меридиане Легких ($p < 0,05$) (табл. 1, рис. 1), несколько более выраженная у пациентов, перенёсших инсульт в ВБС ($p > 0,05$) (табл. 1, рис. 2). По сравнению с контрольной группой достоверный дефицит обнаружен также в меридиане Тонкого кишечника ($p < 0,05$), более значимый ($p < 0,05$) у пациентов 2-й группы сравнения, сочетающийся у последних с Пустотой Толстого кишечника ($p < 0,05$). В каналах Желудка и Селезенки диагностировано избыточное состояние, достоверно превышающее аналогичные показатели

контрольной группы ($p < 0,01$) и несколько более выраженное у пациентов с инсультом в ВБС ($p > 0,05$). В обеих группах пациентов прослеживалась общая тенденция к выраженному дефициту в каналах Сердца ($p < 0,001$), Перикарда ($p < 0,001$) и Тройного обогревателя ($p < 0,05$), и избыток в меридиане Печени ($p > 0,05$), который был также значителен и в контрольной группе (табл. 1, рис. 1).

Общая тенденция к гиперфункции Почек у пациентов с ИИ ($p = 0,050$) преимущественно была обусловлена избыточным состоянием в этом меридиане у пациентов с инсультом в ВБС ($p < 0,001$). У пациентов, перенесших инсульт в бассейне ВСА, отмечена тенденция к дефицитному состоянию этого канала (табл. 1, рис. 2).

Таблица 1

Энергетическое состояние меридианов на основе изучения показателей электропроводности по методике Накатани

Канал	Энергетическое состояние каналов				p1	p2
	Контрольная группа n = 20	Основная группа n = 50	Группа сравнения 1 n = 27	Группа сравнения 2 n = 23		
I легкие	-0,18 ± 0,16	-0,7 ± 0,16	-0,6 ± 0,22	-0,87 ± 0,24	p = 0,027	p = 0,333
II толстый кишечник	-0,05 ± 0,15	-0,04 ± 0,19	0,37 ± 0,3	-0,57 ± 0,25	p = 0,977	p = 0,021
III желудок	0,34 ± 0,21	1,08 ± 0,16	0,93 ± 0,18	1,26 ± 0,28	p = 0,007	p = 0,317
IV селезенка	-0,11 ± 0,12	0,64 ± 0,19	0,59 ± 0,25	0,7 ± 0,28	p = 0,008	p = 0,789
V сердце	-0,03 ± 0,10	-1,1 ± 0,15	-1,0 ± 0,21	-1,2 ± 0,22	p < 0,001	p = 0,576
VI тонкий кишечник	0,11 ± 0,10	-0,52 ± 0,21	-0,20 ± 0,29	-0,83 ± 0,29	p = 0,013	p = 0,025
VII мочевой пузырь	-0,24 ± 0,10	0,7 ± 0,23	0,67 ± 0,33	0,74 ± 0,33	p = 0,003	p = 0,878
VIII почки	-0,20 ± 0,13	0,38 ± 0,22	-0,33 ± 0,25	1,22 ± 0,3	p = 0,050	p < 0,001
IX перикард	-0,03 ± 0,02	-1,0 ± 0,15	-0,96 ± 0,18	-1,0 ± 0,24	p < 0,001	p = 0,796
X тройной обогреватель	-0,29 ± 0,11	-0,84 ± 0,22	-0,52 ± 0,28	-1,22 ± 0,33	p = 0,040	p = 0,164
XI желчный пузырь	-0,68 ± 0,13	-0,1 ± 0,23	-0,78 ± 0,26	0,78 ± 0,34	p = 0,256	p < 0,001
XII печень	1,13 ± 0,18	1,3 ± 0,17	1,33 ± 0,26	1,26 ± 0,23	p = 0,505	p = 0,836

Примечание:

Контрольная группа – здоровые добровольцы.

Основная группа – пациенты, перенесшие ишемический инсульт.

Группа сравнения 1 – пациенты, перенесшие инсульт в каротидном бассейне.

Группа сравнения 2 – пациенты, перенесшие инсульт в вертебробазилярном бассейне.

p1 – достоверность разности между показателями пациентов, перенесших инсульт, и показателями здоровых добровольцев (контрольной и основной группой).

p2 – достоверность разности между показателями пациентов, перенесших инсульт в каротидном и вертебробазилярном бассейне (между группами сравнения 1 и 2).

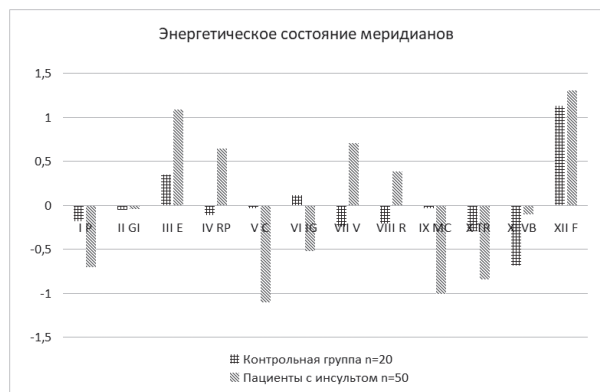


Рис. 1. Энергетическое состояние меридианов.

Отличительной особенностью пациентов с инсультом в ВБС также явилось избыточное состояние в меридиане Желчного пузыря ($p < 0,001$) и несколько более выраженная гиперфункция Мочевых пузыря ($p > 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Все пациенты, перенёвшие ИИ, страдали артериальной гипертензией (АГ), которая наравне с атеросклерозом считается одной из основных причин инсульта. Поэтому выраженная гиперфункция в меридиане Печени, выявленная в обеих группах пациентов, в виде Огня Печени и крайне усиленного печеночного Ветра в большинстве случаев и приводит кразвитию АГ и синдрома чжун-фэн [7]. У контрольной группы также диагностирована Полнота в канале Печени, что, возможно, объясняется выраженным психоэмоциональным напряжением, на которое указывало большинство обследованных, и не имеет под собой органической основы.

В качестве еще одной причины АГ и инсульта рассматривается застой в теле Влаги и Слизи в результате поражения Ци Селезенки ввиду недостаточного питания от Почек, нарушения контроля над Влагой, блокировки Слизи, которая закупоривает Ло-каналы и вызывает нарушение тока энергии по меридианам [7]. Достоверно более выраженный дефицит в меридианах Тонкого и Толстого кишечника также может объяснить нарушение выведения патогенной Влажности, и, соответственно, усугубление ее застоя, проявляющегося избытком в каналах Желудка и Селезенки, более выраженным у пациентов с инсультом в ВБС. Этим фактом можно объяснить преобладающие (в 65 %) у этой группы больных жалобы на тошноту, рвоту, шаткость, головокружение и выраженные нарушения в координационной

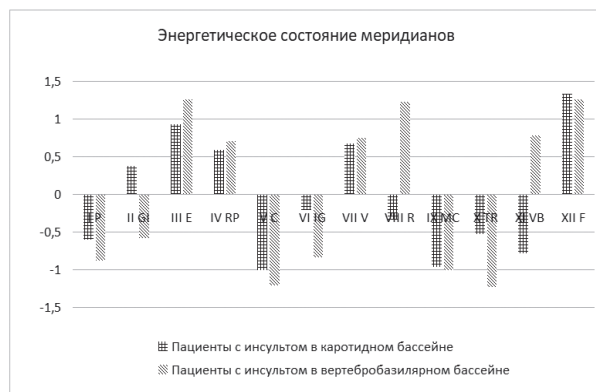


Рис. 2. Энергетическое состояние меридианов.

сфере (симптомы статической и динамической атаксии).

Легкие управляют Ци всего организма, помогают Сердцу в осуществлении его функции по обеспечению циркуляции Крови [8], поэтому вполне логично ожидать энергетический дефицит в этом меридиане, который достоверно усугубляется у пациентов в остром периоде ИИ. Когда Ци Легких не может течь вниз, это повреждает Печень и вызывает подъем Ян Печени [4], который и проявляется гиперфункцией в этом меридиане у большинства пациентов с ИИ. Недостаток Ци Легких также постепенно поражает и Сердце, приводя к недостатку Ци Сердца [4], что и наблюдалось в обеих группах сравнения.

Основными в патогенезе болезней Селезенки, Печени и Сердца также являются психические перегрузки [8], выявленные в анамнезе практически у всех пациентов и являющиеся причиной возникновения сердечно-сосудистых проблем, а нарушения в системе кровообращения вызывают пустоту Ян и Инь Сердца, недостаток Шэнь, что также может объяснить дефицит, выявленный в канале Сердца и связанном с ним Перикарде, который достоверно более выражен у пациентов, перенесших инсульт, по сравнению с контрольной группой. 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 [7]. Возможным подтверждением этого факта является выявленный выраженный избыток в меридианах Желудка и Селезенки, достоверно превышающий подобные показатели в группе контроля.

Отличительной особенностью пациентов с инсультом в ВБС явилось избыточное состоя-

ние в меридиане Желчного пузыря ($p < 0,001$) и несколько более выраженная гиперфункция Мочевоего пузыря ($p > 0,05$), что, возможно, объясняет преобладающие жалобы на головные боли в теменно-затылочной области (у 65 %), зрительные нарушения (у 26 %) в группе больных, перенёсших инсульт в бассейне позвоночных артерий, а также наиболее часто встречающиеся (в 85 %) жалобы, связанные с неврологическими проявлениями остеохондроза, которые чаще ассоциируются с клиникой поражения меридианов Мочевоего и Желчного пузыря. Избыток в канале Мочевоего пузыря, возможно, объясняется не только имеющимися у подавляющего большинства больных жалобами на боли в области спины (по ходу меридиана Мочевоего пузыря), но и включением саногенетических механизмов в остром периоде инсульта, направленных на «очищение» организма, на фоне проводимой инфузионной терапии.

Недостаток энергии Желчного пузыря у пациентов с инсультом в бассейне ВСА может служить причиной развития депрессивных расстройств и других нарушений в психической сфере, одновременно усиливая симптомы избытка в канале Печени [5].

Тройной обогреватель отвечает за правильность циркуляции всех типов Ци во всех частях тела, и если эта функция будет нарушена, Ци, Кровь и Жидкости тела не будут нормально перемещаться [4]. Гипофункция в меридиане Трёх частей тела, возможно, связана с нарушением Ян - Инь равновесия в сторону системного преобладания Инь над Ян, которое выявлено у большинства пациентов с дефицитом в меридиане Сань Цзяо. Недостаток энергии в меридиане Трёх полостей тела также может быть обусловлен последствиями инсульта и связан с системным головокружением [5].

Общая тенденция к гиперфункции Почек у больных с инсультом преимущественно обусловлена избыточным состоянием в этом меридиане у пациентов с вертебробазилярным инсультом и, возможно, является причиной шума в ушах и системного головокружения, часто возникающих у таких больных [5]. Возможно, эти изменения носят компенсаторный характер и направлены на усиление выведения патогенной Влажности, застой которой и проявляется более выраженным избытком в каналах Желудка и Селезенки у этой группы больных. У пациентов, перенесших инсульт в бассейне ВСА, отмечена тенденция к дефицитному состоянию канала Почек.

Таким образом, изучение показателей электропроводности точек меридианов у больных в остром периоде ИИ выявило ряд общих особенностей в отличие от контрольной группы относительно здоровых лиц, а именно: Пустоту в меридианах Легких, Сердца, Тонкого кишечника, Перикарда и Тройного обогревателя и Полноту в каналах Селезенки, Желудка, Мочевоего пузыря и Почек. ЭПД по Накатани, проведенная в двух группах сравнения показала значимые отличия энергетического состояния меридианальной системы в зависимости от локализации инфаркта мозга. У пациентов, перенесших инсульт в ВБС, отмечен более выраженный дефицит в меридианах Толстого и Тонкого кишечника, а также более значимый избыток в каналах Почек и Желчного пузыря, тогда как при инсульте в бассейне ВСА отмечена тенденция к дефицитному состоянию этих меридианов. Полученные данные позволяют индивидуализировать подходы к проведению процедур рефлексотерапии в процессе ранней реабилитации пациентов с ишемическим инсультом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова Н.А., Коновалов С.В., Резаев К.А., Гаврилов А.П., Фадеев А.А., Дубова М.Н., Мейзеров Е.Е. Электростимуляционная диагностика по методу И. Накатани Методические рекомендации № 2002/34. – М.: ФНКЭЦ ТМДЛ МЗ РФ, 2003. – 28 с.
2. Дробышева Н.А. Практическое руководство по рефлексотерапии. Рефлексотерапия при различных заболеваниях. Кн. 7. Ч. 1. – М.: 1997. – 120 с.
3. Инсульт: Руководство для врачей / Под ред. Л.В. Стаховской, С.В. Котова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2013. – 400 с.
4. Мачоча Д. Основы китайской медицины. Подробное руководство для специалистов по акупунктуре и лечению травмами. В 3 т. Т. 1,2. – Рид Элсивер, 2011. – 440 с., 376 с.
5. Молостов В.Д. Иглотерапия и мануальная терапия. Практическое руководство по лечению заболеваний. М. – Эксмо, 2008. – 784 с.
6. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА. 2004. 528 с.
7. Шнорренбергер К. Терапия акупунктурой. Т. 1-2. – Профит Стайл, 2012. – 528 с.
8. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. Теоретические основы китайской акупунктуры и лекарственной терапии. М. – Balbe, 2015. – 560 с.
9. Чжу Лянь Руководство по современной чжэнь-цзю терапии – СПб.: Комета, 1992. – 316 с.

Адрес автора

К.м.н. Молчанова Е.Е., доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии
helendok@mail.ru