

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

А.А. Михайлова, Н.П. Смирнова

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (г. Москва)

Differentiated approach to treatment of abdominal obesity in elderly patients with discirculatory encephalopathy

A.A. Mikhaylova, N.P. Smirnova

I.M. Sechenov The First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе впервые рассмотрены дифференцированные подходы к терапии абдоминального ожирения у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа. Изучены и проанализированы клинико-психологические характеристики у пожилого контингента пациентов, произведена динамическая оценка антропометрических показателей. Испытаны и подобраны различные варианты рефлексотерапевтического воздействия с учетом психопатологического профиля в сравнении со стандартной схемой терапии.

Проведенное исследование показало, что комплексное однонаправленное действие сочетания фармакотерапии с рефлексотерапией достоверно повысило его эффективность: стабилизировалось психоэмоциональное состояние и клиническая симптоматика, гармонизировались вегетативные проявления, улучшились показатели индекса массы тела и соотношения объема талии к объему бедер у пациентов основных групп. Дифференцированный подход показал достоверные значения регресса избыточной массы тела в тревожно-депрессивной группе при использовании различных методов рефлексотерапии у лиц депрессивно-ипохондрического профиля и с астено-депрессивным синдромом значимые результаты с использованием сочетанного варианта акупунктуры и фармакопунктуры. В группе контроля достоверных отличий не было. Отмечался пролонгированный эффект в основных группах по сравнению с контрольной, подтвержденный катамнезом. Разработаны практические рекомендации по ведению данных пациентов.

Ключевые слова: индекс массы тела, абдоминальное ожирение, хроническая церебральная ишемия, дисциркуляторная энцефалопатия, рефлексотерапия, фармакопунктура.

RESUME

Differentiated approaches to the therapy of abdominal obesity in elderly patients with discirculatory encephalopathy associated with type 2 diabetes mellitus have been considered for the first time. Clinical and psychological characteristics of the elderly patients were studied and analyzed, and the anthropometric indices were dynamically evaluated. Various variants of reflexo-therapeutic influence taking into account psychopathological profile were tested and selected in comparison with the standard scheme of therapy.

The research showed that the complex unidirectional impact of the combination of pharmacotherapy with reflexotherapy significantly increased its efficiency the psychoemotional state and clinical symptoms were stabilized, the vegetative symptoms harmonized, the body mass index and the waist-hip ratio in patients of the main groups improved, the differentiated approach showed reliable values regression of overweight in the anxiety-depressive group when using various reflexotherapy methods, patients with the depressive-hypochondriacal profile and with astheno-depressive syndrome showed significant improvement using the combined version of acupuncture and pharmacopuncture. In the control group, there were no significant differences. There was a prolonged effect in the main groups, in comparison with the control group, confirmed by the catamnesis. Practical recommendations for managing such patients have been developed.

Keywords: body mass index, abdominal obesity, chronic cerebral ischemia, discirculatory encephalopathy, reflexotherapy, pharmacopuncture.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы становится крайне актуальной проблема ожирения и метаболического

синдрома (МС). По данным ВОЗ, за последние тридцать лет количество людей, страдающих

от ожирения, выросло в мире в два раза. Россия занимает пятое место в мире по ожирению. Распространенность МС среди лиц среднего и старшего возраста (45–69 лет) по разным критериям составляет от 30 до 54 % [1, 2]. У женщин МС в 1,6 раз выше, чем у мужчин [2]. У лиц с ожирением отмечалось значительное увеличение распространенности сахарного диабета 2 типа по сравнению с лицами с нормальной массой тела [3]. Доля лиц старше 60 лет, страдающих избыточной массой тела и ожирением, составляет около 70 % [4].

МС имеет большое клиническое значение. Во-первых, МС и одно из главных его проявлений абдоминальное ожирение в виде увеличения соотношения объема талии к объему бедер (индекса ОТ/ОБ) предрасполагает к развитию артериальной гипертензии, дислипидемии, гиперинсулинемии и нарушения толерантности к глюкозе [5], являются предикторами развития атеросклероза, повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа и преждевременной смертности. Во-вторых, МС – это обратимое состояние, при изменении образа жизни, диеты, снижении массы тела и лекарственной терапии можно добиться уменьшения выраженности основных его проявлений [1].

В настоящее время во многих странах ведутся исследования по различным методам коррекции метаболического синдрома и его основной патологической системы – резистентности клеток к инсулину, воздействие на которую позволяет добиться регресса ключевых составляющих МС: повышенной массы тела, артериальной гипертензии, дислипидемии, и в этом направлении достигнуты немалые успехи, включая классическую акупунктуру и разработанную принципиально новую технологию воздействия на точки рефлексотерапии – фармакопунктуру [6–12].

Считается, что рефлексотерапия построена на принципе многофакторного воздействия на организм пациента, в связи с этим предполагается, что данный подход активизирует саногенетические реакции различных функциональных систем, контролируемых в том числе сосудистые и обменные процессы [13].

Кроме того, пожилому возрасту, как правило, сопутствует полиморбидность [14, 15], наличие которой приводит к лекарственной нагрузке на организм. В связи с этим большое значение приобретает использование неле-

карственных методов терапии у пожилого контингента больных [16, 17, 18].

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности акупунктуры и фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами, применяемыми в комплексном восстановительном лечении абдоминального ожирения у больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ), (оценка динамики индекса массы тела и соотношения объема талии к объему бедер) на основании изучения клинико-психологической картины больных, анализа инструментальных и клинико-лабораторных исследований.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 127 больных, проходивших лечение в городском центре пограничных состояний с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия, протекающая на фоне сахарного диабета 2-го типа.

Критериями включения в исследование были: возраст 61–69 лет (средний возраст $65 \pm 4,6$ лет); подтвержденный диагноз ДЭ без инсульта в анамнезе; наличие информированного согласия. Диагностика хронической ишемии головного мозга проводилась в соответствии с критериями наличия неврологических и нейропсихологических признаков поражения головного мозга, анамнестических, клинических, инструментальных признаков церебральной дисциркуляции, причинно-следственных связей между ними, клинических и параклинических признаков прогрессирования сосудистой мозговой недостаточности.

Критерии исключения: наличие деменции тяжелой степени, сопутствующая сердечно-сосудистая патология в стадии декомпенсации; заболевания крови, инсулинозависимый сахарный диабет.

В группы терапии были включены больные дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) 1–2 степени, осложненной сахарным диабетом (СД) 2 типа, которые были распределены на контрольную и основную группы, сопоставимые по основным изучаемым признакам: возраст, клинические проявления и их выраженность, состояние лабораторных показателей и картины микроциркуляторного русла, и не носили достоверных различий.

Контрольную группу составили 30 больных, получавших только стандартную психофармакотерапию (ПФТ); основная группа – 97

пациентов – была разделена на три подгруппы в зависимости от проводимых рефлексотерапевтических методов лечения в сочетании с медикаментозной терапией (ПФТ): 1) получавшие сочетанную терапию, состоящую из стандартного лечения (ПФТ) и акупунктуры (АП) (n = 34); 2) сочетанную с фармакопунктурой (ФП) антигомотоксическими препаратами (n = 32); 3) ПФТ в сочетании АП и ФП (n = 31).

У больных в клинической картине наблюдались следующие симптомы: головные боли и ощущение тяжести в голове, головокружение, нарушение походки, колебание цифр АД, астенические явления, диссомния, эмоциональная лабильность, шум в ушах и в голове, нарушение памяти и внимания, снижение умственной работоспособности.

Проведенное психологическое обследование с помощью теста ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) выявило 52 больных с тревожно-депрессивным синдромом, 47 – с депрессивно-ипохондрическим, 28 – с астено-депрессивным. Обнаружены следующие закономерности показателей шкал теста ММРІ: у лиц с тревожно-депрессивным синдромом были высокие значения шкалы F и шкал 1, 2, 3, 7, 8.

Проводилось измерение антропометрических показателей, которые выявляли тип, степень ожирения и степень корригируемых факторов риска: массы тела, объема талии (ОТ), объема бедер (ОБ), соотношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), производился расчет индекса массы тела (ИМТ) (индекса Кетле) по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост тела (м)}^2$. Избыточная масса тела (предожирение), $ИМТ = 25-29,9$ – повышенный фактор риска; ожирение первой степени, $ИМТ = 30-34,9$ – высокий фактор риска; ожирение второй степени, $ИМТ = 35-39,9$ – очень высокий фактор риска; ожирение третьей степени, морбидное, $ИМТ \geq 40$ – чрезвычайно высокий фактор риска.

Отмечено увеличение индекса массы тела (ИМТ) и соотношения объема талии к объему бедер. Во всех исследуемых группах преобладало ожирение 2 степени. Лабораторные показатели выявили гиперхолестеринемию и гипергликемию.

С помощью современных прикладных программ (Statistica 6.0) проводился анализ статистических данных. Для оценки достоверности различия результатов в исследуемых группах использовались: критерии Манна-Уитни для

независимых выборок, критерий Вилкоксона для зависимых выборок, критерий Стьюдента для оценки средних значений.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Больные контрольной группы получали терапию, включающую антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропные, вазоактивные, сахароснижающие препараты. Пациенты основной группы получали наряду с психофармакотерапией (ПФТ) и антидиабетическими препаратами рефлексотерапию (РТ). В 1-й подгруппе – в виде акупунктуры (АП). При выборе акупунктурных точек (АТ) учитывались общие принципы подбора и воздействия на саногенетические механизмы регуляции липидного, водно-солевого, углеводного обмена, способствующие усилению гипогликемического эффекта, улучшению работы толстого и тонкого кишечника, выделительных процессов, позволяющие сбалансировать деятельность мозга и вегетативной нервной системы, оказать седативное действие.

Использовались стальные иглы на точки сегментарного и общего действия, расположенные в области головы, шейно-воротниковой зоны, точки верхних и нижних конечностей. Акцент делался на точки каналов сердца, перикарда, трёх обогревателей, печени, тонкого и толстого кишечника, желудка, поджелудочной железы и заднего срединного канала. Аурикулярные точки: 13, 17, 18, 19, 59, 21, 22, 25, 51, 34, 33, 35, 55, 84, 87, 96, 97, 100.

Во время одного сеанса использовались 3–4 корпоральных точки и 2–3 аурикулярных. Курс лечения состоял из 12–15 сеансов, проводимых через день.

Во 2-й подгруппе использовалась фармакопунктура (ФП). Для ФП применяли антигомотоксические препараты (АГТП) фирмы «Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ» (Баден-Баден, Германия): Traumeel S, Lymphomyosot, Cerebrum compositum.

Терапевтическое действие ФП было обусловлено двойным эффектом: тонким регулирующим воздействием препарата на энергетическое состояние акупунктурных меридианов и пролонгированной стимуляцией точек, целенаправленном воздействии на органы-мишени, потенцированием рефлекторного и медикаментозного влияния, с достижением качественно новых эффектов [19, 20, 21]. Инъекции выполнялись с помощью инсулинового шприца по 0,3–0,5 мл в каждую АТ сначала внутри-

можно до появления «лимонной корочки», затем создавалось депо на канонической глубине до появления предусмотренных ощущений. Длительность курса лечения составляла 4 недели: первые 2 недели 3 раза в неделю, далее – по 2 раза в неделю.

ФП осуществлялась в следующие точки акупунктуры (АТ): T20, T14, VB20, VB21; V11, 14, 43, 60; TR5, 15, 23; GI4, 10, 11, 14; E8, 25, 36; RP6, VC4, в аурикулярные точки 55, 17 и 18 (аккуратно, как подкожная инъекция, чтобы не повредить хрящ ушной раковины).

В 3-й подгруппе применялось сочетание АП и ФП. Проводились сеансы фармакопунктуры три раза в неделю одновременно с сеансами акупунктуры.

Для определения эффективности методов лечения оценивали клинические проявления ДЭ, клинико-психологические характеристики с помощью теста ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) и антропометрические показатели до лечения и на 25–28-й день терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

В результате исследования в основной группе, где пациенты получали рефлексотерапию (подгруппы с АП, ФП и АП + ФП), отмечалась статистически значимая положительная динамика клинических (субъективных и объективных показателей) на 4–5 дней раньше, чем в контрольной группе. В то же время у больных в контрольной группе выявлялись побочные эффекты психофармакотерапии в виде общей слабости, сонливости, усиления головокружения, сухости во рту, диспепсических явлений. К 6–8 сеансу в основной группе уменьшались диссомнические проявления, утомляемость и эмоциональная лабильность.

В основной группе позитивная тенденция была более устойчивой, динамика психоэмоциональных показателей в тестах ММРІ выявила снижение показателей «невротической триады».

В группе у больных с тревожно-депрессивным синдромом в тестах ММРІ тип профиля не менялся (рис. 1). На фоне лечения во всех группах произошло снижение шкал «невротической триады», но у основных подгрупп

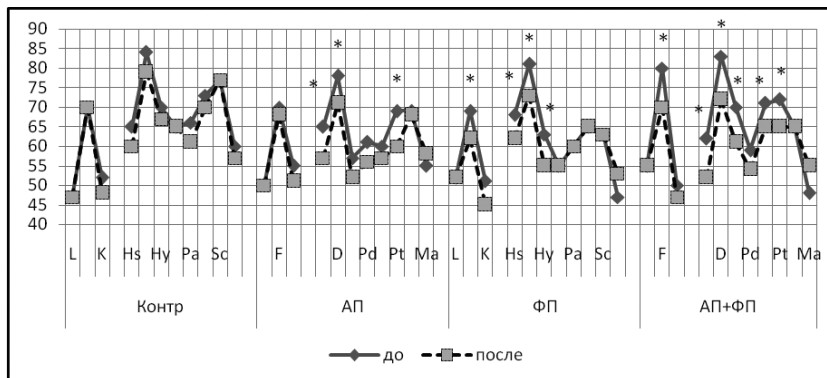


Рис. 1. Сравнение профилей ММРІ пациентов контрольной и основных групп (АП, ФП и АП + ФП) с тревожно-депрессивным синдромом до и после лечения (*– $p < 0,05$).

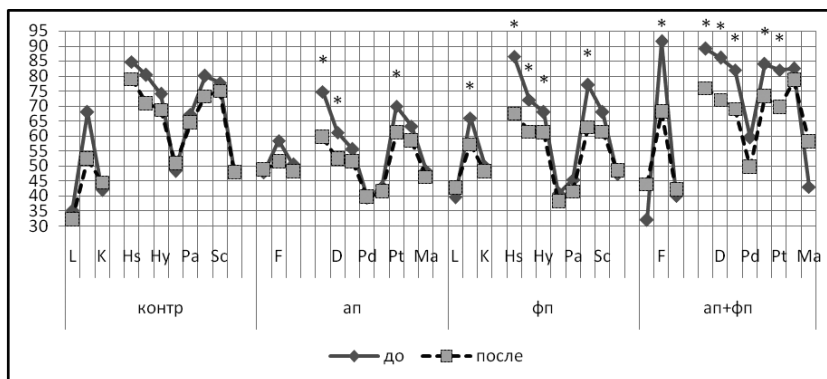


Рис. 2. Сравнение профилей ММРІ пациентов контрольной и основных групп (АП, ФП и АП + ФП) с депрессивно-ипохондрическим синдромом до и после лечения (*– $p < 0,05$).

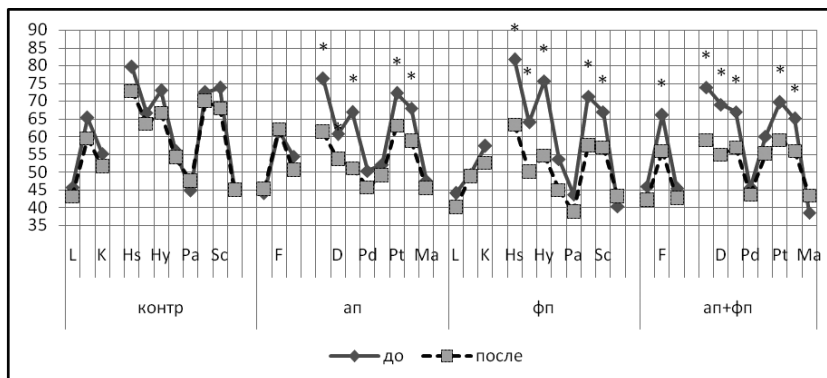


Рис. 3. Сравнение профилей ММРІ пациентов контрольной и основных групп (АП, ФП и АП + ФП) с астено-депрессивным синдромом до и после лечения (*– $p < 0,05$).

динамика показателей 1, 2 и 3 шкал была более существенной и носила статистически значимые различия ($p < 0,05$). Было отмечено, что при использовании разных методов РТ, помимо значимого снижения шкал невротической триады, в группе АП достоверно уменьшилась 7 шкала, в группе ФП шкала F, в группе АП + ФП статистически значимо снизились шкалы F, 6 и 7, что коррелировало с достоверным улучшением психоэмоционального состояния.

Под влиянием комплексной терапии у лиц с депрессивно-ипохондрическим синдромом в тестах ММРІ также тип профиля не менялся (рис. 2). На фоне лечения во всех группах, как контрольной, так и основных, произошло снижение показателей «невротической триады». В группе, получавшей АП, значимое снижение показали шкалы F, 1, 2 и 7 ($p < 0,05$). В группе ФП шкалы F, 1, 2, 3, 7 достигли статистически значимой разницы ($p < 0,05$). В группе АП + ФП статистически значимое снижение шкал F, 1, 2, 3, 6, 7 и 9, что указывало на существенное улучшение эмоционального состояния на фоне сочетанной терапии. В контрольной группе значение шкал F, 2, 7 снижалось, однако 2 и 7 шкалы сохранялись на высоких показателях.

В результате комплексной терапии в группе больных с астено-депрессивным синдромом в тестах ММРІ тип профиля не менялся (рис. 3). На фоне лечения во всех группах произошло снижение шкал «невротической триады», однако динамика показателей 1, 2 и 3 шкал у основных подгрупп была более существенной и носила статистически значимые различия ($p < 0,05$). При использовании разных методов РТ, помимо значимого снижения шкал невротической триады, в группе АП достоверно уменьшилась 7 и 8 шкала, в группе ФП – шкалы 4, 7, 8, в группе АП+ФП статистически значимо снизились шкалы F, 6 и 7, 8, что отражало достоверное улучшение психоэмоционального состояния.

После проведенного лечения отмечалась статистически значимая положительная динамика показателей абдоминального ожирения в основных подгруппах, получавших комплексную терапию, анализ уровня ИМТ показал более существенное снижение в группах АП, ФП и АП + ФП ($p < 0,05$), чем в группе, получавшей только ПФТ (рис. 4).

На фоне терапии отмечалась статистически значимая положительная динамика антропометрических показателей в основных группах, получавших комплексное лечение, ана-

лиз уровня показателей соотношения ОТ/ОБ показал более значимое снижение в группах АП, ФП и АП + ФП ($p < 0,05$), чем в группе, получавшей только ПФТ (рис. 6).

В процессе лечения у пациентов с тревожно-депрессивным синдромом произошли статистически значимые изменения динамики ИМТ и соотношения ОТ/ОБ в основных РТ группах по сравнению с контрольной ($p < 0,05$).

На фоне лечения у пациентов с депрессивно-ипохондрическим синдромом отмечалась статистически значимая положительная динамика антропометрических показателей в основных группах, получавших комплексное лечение, анализ уровня ИМТ и показателей соотношения ОТ/ОБ показал более существенное снижение в группах АП, ФП и АП + ФП ($p < 0,05$), чем в группе, получавшей только ПФТ. При сравнении РТ групп, получавших акупунктуру, фармакопунктуру и комбинацию АП и ФП, наибольший эффект отмечался в группе АП + ФП ($p < 0,05$) по сравнению с применением только АП или только ФП.

После проведенной терапии у пациентов с астено-депрессивным синдромом также отмечались позитивные сдвиги физикальных параметров: статистически значимые изменения показателей ИМТ и соотношения ОТ/ОБ в основных группах по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). При сравнении РТ-методов отмечалась статистически более выраженная динамика у группы, сочетающей АП + ФП ($p < 0,05$) (рис. 5, рис. 7).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Полученные данные свидетельствовали об эффективности акупунктуры, фармакопунктуры и комбинации акупунктуры и фармакопунктуры при абдоминальном ожирении у пациентов пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией. Оценивая вклад каждого метода рефлексотерапии в достижение уменьшения избыточной массы тела, следует отметить, что акупунктура уменьшила ИМТ на 6,3 %, фармакопунктура на 4,6 %, при сочетанном методе ИМТ изменилась уменьшилась на 11,5 %.

Сравнивая группы по ведущему психопатологическому синдрому статистически значимая положительная динамика снижения индекса массы тела и соотношения объема талии к объему бедер на фоне лечения отмечалась во всех подгруппах тревожно-депрессивной, депрессивно-ипохондрической

и астено-депрессивной по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). Достоверно более значимое снижение показателей метаболического синдрома наблюдалось у пациентов с ведущим депрессивно-ипохондрическим (уменьшился ИМТ на 4 %) и астено-депрессивным (снижение ИМТ на 3,8 %) синдромами при использовании комбинации АП + ФП по сравнению с воздействием только акупунктуры или фармакопунктуры на эти группы пациентов. Такие изменения говорили о потенцировании лечебного эффекта при сочетании акупунктуры и фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами.

Кроме того, отмечалось положительное воздействие на психоэмоциональный статус, выражающееся в снижении т.н. «невротической триады». Анализ статистических данных показал, что психоэмоциональное состояние пациентов тревожно-депрессивной подгруппы улучшилось при воздействии разными методами рефлексотерапии. В то же время использование в комбинации акупунктуры и фармакопунктуры существенно повлияло на нормализацию эмоционального состояния больных с депрессивно-ипохондрическим и астено-депрессивным синдромами.

Данные нашего исследования согласуются с выводами отечественных и зарубежных авторов по рефлексотерапии избыточной массы тела [22, 7].

Было признано, что акупунктура в сочетании с ограничением диеты эффективна для снижения веса и снижения факторов риска, связанных с ожирением, таких как дислипидемия. Эти эффекты могут быть достигнуты и другими способами, но из-за отсутствия неблагоприятных эффектов после терапии иглоукалывание может использоваться как предлагаемый, рекомендуемый или синергетический вариант лечения ожирения. Кроме того, было обнаружено, что он обладает иммуномодулирующим, но не оказывает противовоспалительного действия [6]. Наша работа показала возможности лечения абдоминального ожирения рефлексотерапией у пожилых больных с дисциркуляторной энцефалопатией в контексте психопатологических характеристик.

ВЫВОДЫ

1. Предложенный метод лечения действительно можно рассматривать как эффективный, безопасный для коррекции важнейших

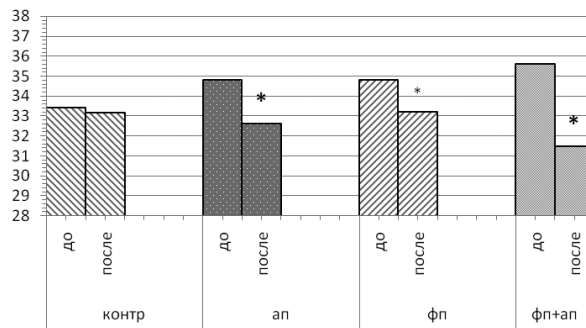


Рис. 4. Динамика показателей ИМТ в контрольной и основных (ап – группа с применением акупунктуры, fp – группа с применением фармакопунктуры, fp + ап – комбинация фармакопунктуры и акупунктуры) группах в процессе лечения (* – $p < 0,05$).

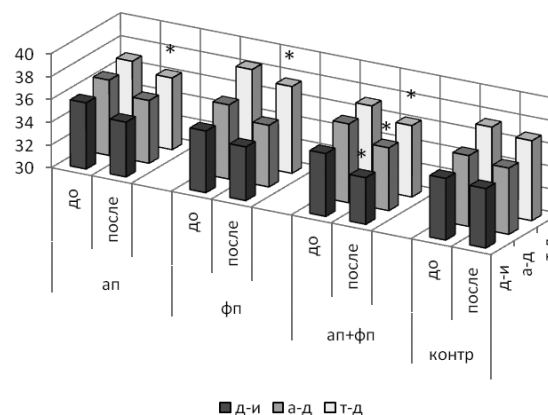


Рис. 5. Динамика уровня ИМТ в основных и контрольной группах с различными психопатологическими синдромами (* – $p < 0,05$) (т-д – тревожно-депрессивный, д-и – депрессивно-ипохондрический, а-д – астено-депрессивный синдромы).

составляющих дисметаболических нарушений у пациентов пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией. Произошло достоверно значимое улучшение в основных группах индексов ИМТ и показателей соотношения ОТ/ОБ по сравнению с контрольной группой.

2. Выявлены клиничко-психологические корреляционные связи с обменными нарушениями у пациентов пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией. Высокие значения индекса массы тела были в группе тревожно-депрессивного профиля.

3. Разработаны методы дифференцированного воздействия у пациентов пожилого возраста в зависимости от коморбидного психопатологического симптомокомплекса. Так, для лиц с тревожно-депрессивным синдромом

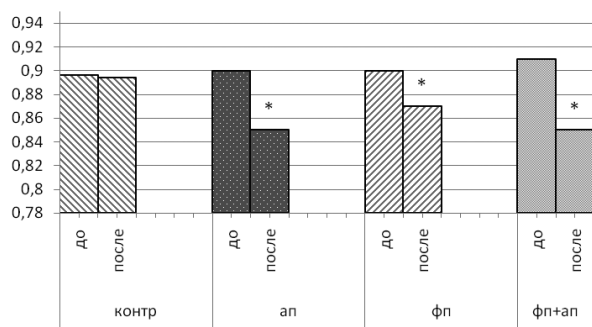


Рис. 6. Динамика показателей соотношения ОТ/ОБ в контрольной (контр) и основных группах (ап – группа с применением акупунктуры, фп – группа с применением фармакопунктуры, фп + ап – комбинация фармакопунктуры и акупунктуры) в процессе лечения (* – $p < 0,05$).

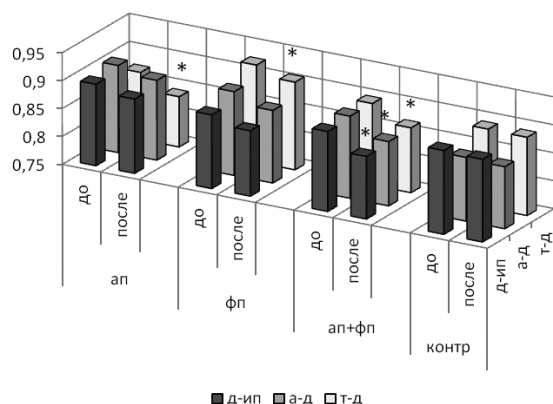


Рис. 7. Динамика показателей соотношения ОТ/ОБ в основных и контрольной группах с различными психопатологическими синдромами (* – $p < 0,05$) (т-д – тревожно-депрессивный, д-ип – депрессивно-ипохондрический, а-д – астено-депрессивный синдромы).

для коррекции метаболических нарушений следует использовать любой метод РТ, для депрессивно-ипохондрических расстройств следует предпочесть комбинацию АП + ФП, также и для астено-депрессивных пациентов оптимальным будет сочетание АП + ФП.

4. Разработаны методы комбинации рефлексотерапевтического воздействия и фармакопунктуры антигомотоксическими препаратами.

5. По данным катамнеза, в группах, получавших комплексное лечение (РТ + ПФТ), был более стойкий эффект снижения ИМТ, и отсутствовал набор массы тела при дальнейшем наблюдении. При повторном обращении через полгода и через год у пациентов основной группы показатель уровня ИМТ не имел тенденции к повышению значений по сравнению с

первоначальным, напротив, в группе контроля значения показателей ИМТ повышались.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения эффективности лечения и снижения побочных явлений психофармакотерапии в комплексном лечении абдоминального ожирения у больных пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа, рекомендуется применять акупунктуру и фармакопунктуру антигомотоксическими препаратами.

2. Учитывать при обследовании и лечении больных данные психопатологического профиля личности пациента.

3. Настоящее исследование позволило дифференцированно подойти к лечению метаболических нарушений у пациентов различного психопатологического профиля. Так, для астено-депрессивных и депрессивно-ипохондрических пациентов предпочтительно использовать сочетание акупунктуры и фармакопунктуры, для тревожно-депрессивных – как акупунктуру, так и фармакопунктуру или их комбинацию.

4. Для снижения массы тела целесообразно использовать корпоральные и аурикулярные точки общего и локального действия. Для этого рекомендуется применять точки, оказывающие наибольшее влияние на саногенетические механизмы регуляции водно-солевого, липидного и углеводного обменов веществ, способствуя усилению гипогликемического эффекта и стабилизации работы сердечно-сосудистой системы. Основными точками выбора в корпоральной методике были точки каналов сердца, перикарда, трех обогревателей, печени, тонкого и толстого кишечника, желудка, поджелудочной железы и заднего срединного канала. Аурикулярные точки: 17, 18, 22, 25, 51, 34, 55, 84, 87, 96, 97.

5. С целью воздействия на психопатологическую симптоматику рекомендуется включать в рефлексотерапевтическую схему корпоральные и аурикулярные точки общего действия. Для этого использовались точки, позитивно влияющие на психологический статус пациента, стабилизацию работы вегетативной и сердечно-сосудистой систем. Акцент делался на аурикулярные точки: 13, 19, 59, 21, 22, 51, 34, 33, 35, 55, 25, 100.

Точки акупунктуры и их сочетания выбирали таким образом, чтобы добиться устра-

нения или значительной степени ослабления симптомов сахарного диабета, уменьшения сопутствующих метаболических нарушений, улучшения общего психо-эмоционального состояния больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром. – М.: Медиа Медика, 2008. – 324 с.
2. Мустафина С.В. Риск сахарного диабета и метаболический синдром: популяционное исследование в Сибири: автореф. дис.док.мед.наук. – Новосибирск, 2016.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION) // Сахарный диабет. – 2016. – №19 (2). – С.104–112
4. Порядин Г.В., Осолок Л.Н. Патологические аспекты метаболического синдрома // Лечебное дело. – №4, 2011.
5. Krotkiewski M. Impact of obesity on metabolism in men and women. Importance of regional adipose tissue distribution / M Krotkiewski, P Björntorp, L Sjöström // J. Clin Invest. – 1983. – Sep.; 72(3). – С.1150–1162
6. Abdi Hamid et al. The Effects of Body Acupuncture on Obesity: Anthropometric Parameters, Lipid Profile, and Inflammatory and Immunologic Markers // The Scientific World Journal, 2012. (2012): 603539. PMC. Web. 20 June 2017.
7. Киргизова О.Ю., Чу Сяоян. Современные методы рефлексотерапии в коррекции нарушений сердечно-сосудистой системы и обмена веществ // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2016. – Т.1, №3 (109), Ч.II. – С.33–36
8. Румянцева Г.М. Место препарата «Церебрум композитум Н» в терапии психических и психосоматических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Том 06. №6. – С.293–297
9. Ролик И.С., Фурсов С.Е. Биологические препараты Церебрум композитум и Траумель С и электропунктура в лечебном комплексе при неврологических проявлениях шейно-грудного остеохондроза // Биол. мед. – 1996. – №2. – С.18–23.
10. Biotherapeutic Index. Холестеринемия [Электронный ресурс] / Biotherapeutic Index // A Medical Compendium for Health Care Professionals, BRIZA PUBLICATIONS. – 2012. – С.19. – Режим доступа: http://www.arnebia.ru/cgi-bin/index.cgi?id=321&id_per=1112
11. Кайм У. Индивидуальные инфузии при метаболическом синдроме. Биологическая терапия №1, том 2, 2008.
12. Киркман М.Ф. Метаболический синдром // Биологическая терапия. – №1, том 2, 2008.
13. Радзиевский С.А., Бобровницкий И.П., Агасаров Л.Г., Солодовникова Т.С., Бокова И.А. Универсальные механизмы кардио- и сосудопротекторного действия рефлексотерапии // Журнал «Традиционная медицина». – 2012 г. – №2(29).
14. Лазебник Л.Б. «Что вы хотите, возраст...» Старение и полиморбидность. iDoctor. – современный журнал поликлинического врача. – 2012, 4. С.39–43.
15. Фесенко Э.В. [и др. Полиморбидность в пожилом возрасте и проблемы приверженности к фармакотерапии // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – №10. – С.129.
16. Михайлова А.А., Поспелова А.А., Гань Цзюньда. Рефлексотерапия в комплексном лечении больных с дисциркуляторной энцефалопатией // Материалы докладов IV Международного форума «Интегративная медицина». – М. – Выпуск 4, 5-7 июня, 2009. – С.301–302.
17. Михайлова А.А. Компьютерная диагностика и аурикулотерапия в клинической практике: Учеб.метод. пособие. – М.: Мед. информ. агентство, 2006. – 208 с.
18. Гань Цзюньда, Наприенко М.В., Михайлова А.А. Влияние рефлексотерапии на качество жизни у больных с дисциркуляторной энцефалопатией II-III стадии // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – №3. – С.5155.
19. Агасаров Л.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия). – М.: Арнебия, 2002. – 208 с.
20. Степанченко А.В., Марьяновский А.А. Практикум по антигомотоксической фармакопунктуре. Введение. – М.: Арнебия, 2003. – 80 с.
21. Агасаров Л.Г. Механизмы и эффективность фармакопунктуры. Пятнадцатилетний опыт исследований // РМЖ. – 2016. – №26. – С.1752–1755.
22. Раднаев В.Б. Методы рефлексотерапии в лечении и профилактике метаболического синдрома. Автореферат дис. ... кандидата медицинских наук. – М., 2008.

Адрес автора

Смирнова Н.П., врач невролог, рефлексотерапевт ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница имени Ю.В. Каннабиха ДЗ г. Москвы»
smirnovanp61@bk.ru

Д.м.н. Михайлова А.А., профессор кафедры интегративной медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
mikhailova.17@yandex.ru