МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ

МАУП

Матеріали
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

“ІННОВАЦІЇ В ЛІКУВАННІ НЕВРОЛОГІЧНОГО БОЛЮ”

23 листопада 2023 р.

Київ
2023

Редакційна колегія:
М. Ф. Гончаренко (голова), д-р екон. наук, проф.
С. В. Храпатий (заступник голови) д-р фіз.-мат. наук, проф.
Н. К. Свиридова, д-р мед. наук, проф.
О. В. Савчук, д-р мед. наук, проф.
Г. М. Чуприна, д-р мед. наук, доц.
В. Г. Середа, канд. мед. наук
В. Ю. Краснов, канд. мед. наук, доц.
І. М. Капеліста (виконавчий редактор), канд. наук з держ. упр.

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

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

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

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

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

.

Матеріали подано в авторській редакції.
Відповідальність за зміст та оформлення матеріалів несуть автори.

ISBN 978-617-02-0390-8

© Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2023

ЗМІСТ

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко
Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні синдрому емоційного вигоряння 5

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко
Можливості застосування техніки "змалюй свою хворобу" у поєднанні з цигун 10

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко
Застосування методів рефлексотерапії в комплексному лікуванні зорових та окорухових порушень 17

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко
Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні бронхіальної астми з психоемоційними розладами 22

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко
Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту з психоемоційними розладами 25

Г. Чуприна
Спастичність та біль при демієлінізуючих станах 29

Н. Свиридова, Г. Чуприна, Н. Ханенко, В. Середа
Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні хронічного холециститу з вісцеро-рефлекторною цефалгією 33

Н. Свиридова, Г. Чуприна, Н. Ханенко, В. Середа
Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні хронічної пароксозмальної гемікранії 36

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, І. Сінько
Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні невропатії лицевого нерва з уповільненим перебігом 40

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, І. Сінько
Застосування рефлексотерапії при захворюваннях ендокринної системи з психоемоційними порушеннями 44

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко
Застосування рефлексотерапії в комплексному лікуванні цефалгій скроневої області 48

Н. Свиридова, Г. Чуприна, В. Середа, Н. Ханенко
Складання ситуаційної задачі для іспиту з практичних навичок зі спеціальності "рефлексотерапія" 52

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

СПАСТИЧНІСТЬ ТА БІЛЬ ПРИ ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧИХ СТАНАХ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

тоді як наявність у головному мозку кількості Т2- ВД > 20 і Т1- ВД > 5 є критерієм швидкості розвитку СП. Цінним прогностичним показником розвитку високого балу сумарної СП (> 12 балів) за методом відношення шансів може служити наявність > 7 ВД в перивентрикулярній зоні головного мозку.

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

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

препарати другої лінії:

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

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

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

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

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

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

Джерела

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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