

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ АПЛІКАЦІЇ ЗА МЕТОДОМ ЛЯПКО ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНІЙ ДИСТОНІЇ У МЕДСЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Л. С. Бабінець, Н. М. Панасюк, А. І. Бабінець

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»
ННІ медсестринства*

У статті проведено дослідження впливу багатоголчастої різнометалевої аплікації за методом Ляпко у хворих на нейроциркуляторну дистонію.

CLINICOPATHOGENETICAL ASPECTS OF USING THE APPLICATION BY LYAPKO METHOD AT NEUROCIRCULATORY DYSTONIA IN NURSING PRACTICE

L. S. Babinets, N. M. Panasiuk, A. I. Babinets

*SHEI «Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine»
Educational-Scientific Institute of Nursing*

This article describes the investigation about the influence of multineedle-shaped metal application by Lyapko method in patients with neurocirculatory dystonia.

Вступ. Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) – одне з найпоширеніших захворювань у терапевтичній практиці. Серед хворих терапевтичного й кардіологічного профілів, за даними різних авторів, цю патологію виявляють у 32–50 % випадків. На сьогодні видужання або ж стійка ремісія при НЦД настає тільки у 30–35 % хворих, які отримують традиційне загальноприйняте лікування, тому перспективним є розробка ефективних способів боротьби з НЦД.

Дискусійним залишається доцільність і ефективність застосування рефлексотерапевтичних методик, впливу різних методик масажу на нервово-рефлекторний механізм, метаболізм і нормалізацію обміну речовин у хворих на НЦД. Актуальною проблемою є наукове обґрунтування застосування впливу рефлексотерапевтичних методик при НЦД на різних етапах лікування, особливо у практиці лікаря і медсестри загальної практики-сімейної медицини. Мета дослідження – проаналізувати теоретичні і наукові аспекти можливо-го застосування багатоголчастої різнометалевої аплікації (аплікаторів Ляпко) на основні суб'єктивні

та об'єктивні прояви НЦД для визначення доцільності проведення дослідження щодо ефективності вищезазначеного методу у комплексній терапії хворих на НЦД.

Основна частина. НЦД – поліетіологічне захворювання, основними ознаками якого є лабільність пульсу та артеріального тиску (АТ), кардіалгії, дихальний дискомфорт, вегетативні та психоемоційні розлади, порушення судинного та м'язового тону, низька толерантність до стресових ситуацій, доброякісність перебігу та добрий життєвий прогноз [1].

Клінічні прояви найчастіше складаються з симптомів неврозоподібного стану (слабкість, стомлюваність, розлади сну, дратівливість) і функціональних циркуляторних розладів, за характером яких виділяють три типи НЦД: кардіальний, гіпотензивний і гіпертензивний.

Загострення перебігу виникає внаслідок гострих і хронічних нервово-емоційних стресів, інфекцій, дисгормональних розладів, фізичного навантаження, негативного впливу факторів зовнішнього середовища. Більшість дослідників розглядають НЦД як окремих прояв вегето-судинної дистонії,

при якій відбуваються дизрегуляторні зміни переважно в серцево-судинній системі внаслідок первинних або вторинних відхилень у надсегментарних і сегментарних вегетативних центрах [3]. Ці відхилення викликають зрив регуляторних механізмів, відповідальних за стан загальної гемодинаміки й іннервацію серця. При цьому нейрогенні чинники можуть виступати первинно при розвитку ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, виразки шлунка або дванадцятипалої кишки, але не виключається їх вторинне залучення до процесу вже на тлі розвинутої соматичної патології [2, 4]. При проведенні досліджень виявлено, що больовий синдром у хворих на НЦД має свої диференційні особливості: відчутний зв'язок болю з функцією ураженого органа (глибоке дихання, ковтання, кашель, рухомість в суглобах); відчувається позитивний ефект анальгетиків і рефлексотерапевтичних методик і неефективність застосування нітрогліцерину, валідолу та препаратів, що їх містять; біль недовго залишається ізольованим симптомом, швидко постає клінічна картина основної хвороби. Біль, зумовлений рефлексорними реакціями в тканинах при НЦД, найчастіше проявляє себе на шкірі місцями підвищеної чутливості (зони Захар'їна–Геда). У цих зонах змінюється температура шкіри, її електропровідність, потовиділення, шкірні судини пульсують, розширені або звужені.

Об'єктом нашого дослідження стали 15 пацієнтів з НЦД, які лікувалися у денному стаціонарі поліклінічного відділення Тернопільської клінічної лікарні № 2. Середній вік хворих склав $(45,8 \pm 7,1)$ року; жінок – 9, чоловіків – 6. До дослідження увійшли пацієнти з НЦД за гіпертонічним типом (6 пацієнтів), за кардіальним типом (7 пацієнтів) і змішаним типом (2 пацієнти). Діагноз встановлювали за загальноприйнятими в Україні критеріями [1]. САТ і ДАТ вимірювали перед процедурою в один і той самий час. Вимірювання АТ проводили сфігмоманометром за методом Короткова. Вимір АТ завжди проводили на двох руках по два рази з інтервалом у дві хвилини, якщо величини АТ не різнилися більше 5 мм рт.ст. При наявності більшої різниці між отриманими величинами проводили третє вимірювання та обчислювали середнє значення із двох або трьох послідовних вимірювань. Частоту серцевих скорочень визначали після другого вимірювання. Всі хворі до початку лікування отримували стандартне комплексне лікування протягом не менше 2 тижнів, частіше у вигляді монотерапії або не більше двох базисних препаратів у загальноприйнятих дозах, а також

виконували рекомендації щодо профілактики факторів ризику. Однак цільового рівня АТ, пульсу і нормалізації загального стану досягти не вдалося.

Усім хворим були проведені стандартні клінічні обстеження: загальний аналіз крові та сечі, розгорнутий біохімічний аналіз крові (в тому числі – холестерин, креатинін). Ми використовували аплікатори Ляпко у другій половині дня або безпосередньо перед сном. У пацієнтів з НЦД починали сеанс із здорової сторони, обкатували стопи і литкові м'язи валиком протягом 2–5 хвилин, після цього опрацьовували зони спини вздовж хребта, шийний відділ, паравертебральні зони верхнього грудного і нижньошийних сегментів (Т1–Т6, С3–С7), задньої та бічної шийних ділянок, лопаткових, підключичних, дельтоподібних та плечових ділянок протягом 20–30 хв аплікатором, оскільки ці зони відповідають сегментарній іннервації уражених органів відповідно до нозологій пацієнтів. Протягом перших 5 хв «спілкування» з аплікатором у хворих виникали дискомфортні колючі відчуття, які згодом переходили у комфортні відчуття потужного тепла, приємної «вібрації» та поколювання. Завершали сеанс 3–5-хвилинною аплікацією стоп.

У ході аналізу результатів лікування вивчили загальний стан (ЗС) пацієнтів за шкалою загального стану (ШЗС) за ВООЗ за 5-бальною системою (0 балів – нормальний стан, повністю активний; 1 бал – наявні симптоми захворювання, активність знижена, може знаходитись вдома; 2 бали – виражені симптоми, непрацездатний, менше 50 % часу проводить у ліжку; 3 бали – тяжкий стан, більше 50 % часу проводить у ліжку; 4 бали – дуже тяжкий стан, 100 % часу проводить у ліжку; 5 балів – смерть) та за шкалою Карновскі за 100-бальною системою (градації від 100 (без ознак захворювання) до 0 балів (смерть)). Оцінювали також деякі клінічні прояви захворювань до і після курсу лікування. Отримані результати оброблено статистично за допомогою персонального комп'ютера з використанням стандартного пакета прикладних програм та оцінено за критеріями Стюдента.

Кардіалгічний синдром визначали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) за 10-бальною системою.

Суть дії АЛ полягає в тому, що це – еластичні пластини, на які прикріплені спеціальні голки з різних металів і металевого покриття (міді, цинку, заліза, нікелю, срібла), розташованих у певному порядку на гумовій основі з обмежувачами для захисту шкіри від надмірного тиску, ушкодження і некомфортних відчуттів. Метали стикаються в чистому вигляді з поверхнею шкіри, не ушкоджуючи її, частково з міжклітинною та внутрішньоклітинною рідиною, не

мають контакту з кров'ю. Відбувається розумне всмоктування шкірою (вибірковий електрофорез) тільки тієї кількості мікроелементів з різних металів голок, які є необхідними організму в даний момент. У ділянках комірцевої зони спостерігалось поліпшення припливу крові до даної зони (почервоніння шкіри), зменшення спастичного стану трапецієподібного та дельтоподібного м'язів (зменшення болю), що сприяло підвищенню терапевтичного і оздоровчого ефекту у пацієнтів.

Висока терапевтична ефективність досягається за рахунок виникнення в шкірі, на вістрях і між голками гальванічного струму – в результаті цього відбувається мікроелектрофорез металів у тканини організму. Механічне подразнення, деформуючи капсулу механорецепторів, призводить до зміни проникності її для іонів натрію, що, в свою чергу, сприяє зниженню мембранного потенціалу спокою і виникненню рецепторного потенціалу, який передається на аферентне нервово волокно (рис. 1). У результаті процесів сумації рецепторних потенціалів на нервовому волокні виникає потенціал дії, який у вигляді доцентрових імпульсів передається по чутливих шляхах в ЦНС, де аналізується, синтезується в загальну складну реакцію, яка і викликає різні функціональні зміни в організмі. Нервово-рефлекторний механізм впливу АЛ є основним на організм, має прямий механічний вплив на м'язові капіляри, трофіку шкіри, серцево-судинну систему, газообмін [5].

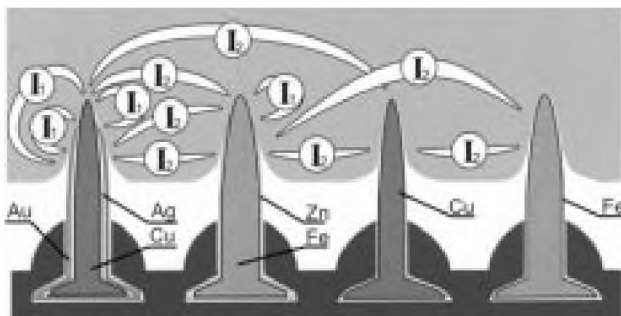


Рис. 1. Схематичне зображення електричних іонних потоків, що виникають на кінчиках голок і між голками з різних металів, і супроводжуються електрофорезом (дифузцією) цих металів у внутрішнє середовище організму.

Інтенсивність гальвано-електричного впливу регулюється самим організмом залежно від ступеня насичення електролітом тканин (шарів шкіри, підшкірної клітковини, нижчерозташованих структур). Хвороблива, запалена ділянка шкіри набрякла, в ній багато рідини, і реакція при зіткненні з аплікатором відбувається інтенсивно, з виділенням ве-

ликої кількості енергії, іноді супроводжується шкірним випотом. При контакті зі шкірою на поверхні голок аплікатора відбувається безліч фізико-хімічних змін, які виникають під дією постійного струму. В результаті на голках утворюються окисні плівки і виникає ефект гальванізації. При цьому на кінчиках голок виникають точкові гальванічні струми максимальної величини (так як виникає різниця потенціалів між основним металом голки і периферичним металом покриття, які коротко замкнуті між собою (I₁)). Крім того, між голками з різних металів в шкірі виникають міжголкові гальванічні струми (I₂), величина яких залежить від провідності шкіри, насиченості її електролітами.

Гальванізація сприяє поліпшенню обміну речовин, підсилює репаративні (відновні) процеси, тому відбувається розсмоктуюча дія, допомагає виробленню біологічно активних речовин (ацетилхоліну, гістаміну, гепарину та ін.), покращує проведення нервових імпульсів, а отже, знижує больову чутливість.

Масаж в основному діє шляхом механічного подразнення тканин поряд з рефлекторною дією. Рефлекторний вплив голок при поверхневому множинному голковколіванні припадає на активні точки каналів (рецепторів) і викликає місцеву реакцію, що виражається у зміні кровонаповнення ділянки шкіри, температури, чутливості, величини електричного потенціалу та опору. Місцева реакція є джерелом тривалої імпульсації на нервові центри; ці відображені реакції організму впливають на стан периферичних рецепторів і тканин у зоні впливу.

Участь у процесі вегетативної нервової системи забезпечує можливість мобілізації ресурсів організму для негайної дії: швидко посилюється діяльність серцево-судинної системи, перерозподіляється кровопостачання і кров направляється в найбільш важливі в даний момент органи і тканини; в кров надходять речовини, здатні виділяти більше енергії, доставляти більше кисню, посилювати стійкість організму до патологічних факторів. Через кілька хвилин, коли в результаті механічної дії на шкіру розширюються судини, з'являється приємне тепло, що зберігається і після закінчення сеансу. Одночасно покращуються обмінні процеси як в шкірі, підшкірній клітковині, так і в нижчерозташованих органах (суглобах, печінці, нирках). Поліпшення обміну речовин відбувається як під час власне лікувального сеансу, так і зберігається після нього до тих пір, поки відбувається лікувальна гіперемія (почервоніння) шкіри.

У результаті проведеного лікування отримали наступні результати (табл. 1).

Таблиця 1. Динаміка клінічного стану пацієнтів з НЦД під впливом лікувального комплексу з використанням АЛ

Показник	Контроль (n=20)	Досліджувана група хворих на НЦД (n=15)	
		до лікування	після лікування
Кардіалгічний синдром за ВАЩ, бали	0	6,57±0,38*	3,99±0,22* p<0,001
Пульс, хв	72,0±12,3	88,4±6,1*	80,5±2,2 p<0,05
САТ, мм рт. ст.	112,5±15,1	146,1±11,2*	127,1±4,3* p<0,05
ДАТ, мм рт. ст.	72,0±11,1	89,3±11,3*	81,9±9,3* p<0,05
Шкала ВООЗ, бали	0	2,03±0,11*	1,33±0,10* p<0,001
Шкала Карновскі, бали	100,00	61,63±1,33*	81,82±0,99* p<0,001

Примітки:

- 1) * – достовірна відмінність стосовно групи контролю (p<0,05);
- 2) p – достовірність різниць показників своєї групи до і після лікування.

Проведений аналіз показав наявність достовірно позитивної динаміки за впливом курсу лікування із включенням поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації Ляпко. У пацієнтів під час проведення сеансів із застосуванням рефлексотерапевтичних методик було виявлено: нормалізацію діяльності ЦНС, зняття відчуття втоми і дратівливості, усунення головного болю, болю в шиї, запаморочення, зменшення судинного тонуусу й артеріального тиску, покращення функції серцево-судинної системи та загального стану. Під впливом масажу за допомогою АЛ нормалізувався психоемоційний стан: хворі заспокоювалися, розслаблялися, а нерідко – засинали під час процедури. Застосування рефлексотерапевтичних методик сприяло нормалізації тонуусу м'язів, поліпшенню скоротливої функції, в результаті чого

покращувалося самопочуття, підвищувалася фізична і розумова працездатність.

Висновок. Встановлено, що використання аплікаторів Ляпко за запропонованою методикою у комплексному лікуванні хворих на НЦД в амбулаторній практиці є перспективним і доцільним для корекції клінічних і гемодинамічних параметрів. Рекомендовано використання у комплексному лікуванні НЦД курсу поверхневої багатоголчастої різнометалевої аплікації за допомогою аплікаторів Ляпко з 10 сеансів щоденно за гальмівним методом (20–30 хв) у другій половині дня або безпосередньо перед сном за загальноприйнятими рекомендаціями (починати із здорової сторони, обкатування стоп і литкових м'язів валиком, після цього опрацювання зони спини вздовж хребта 20–30 хв аплікатором).

ЛІТЕРАТУРА

1. Мостовий Ю. М. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / Ю. М. Мостовий. – 2012. – Вінниця. – (14-е вид., доп. і перероб.). – С. 218–226.
2. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы: рук-во для врачей / А. М. Вейн. – М.: Медицина, 1991. – С. 18–84.
3. Вейн А. М. Синдром вегето-сосудистой дистонии / А. М. Вейн // Журнал невропатологии и психиатрии

им. Корсакова. – 1989. – Т. 89, Вып. 10. – С. 13–19.

4. Вакуленко Л. О. Лікувальний масаж / Л. О. Вакуленко, Д. В. Вакуленко. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 448 с.

5. Ляпко Н. Г. Аплікаторы Ляпко. Методические рекомендации / Н. Г. Ляпко. – МПК «Ляпко», 2009. – 48 с.