

Винахід відноситься до медицини, а саме, до психіатрії і може бути використаний для діагностики соматоформних розладів.

Як прототип обраний спосіб діагностики соматоформних розладів (Мирошніченко Н.В., Пинчук В.В. Электропунктурная диагностика по методу Р. Фолля в выявлении соматоформных расстройств у больных неврастений: Методическое пособие. - Харьков, 1999. -15с.), який полягає в оцінці змін величини електрошкірного опору - ЕШО у біологічно активних точках - БАТ класичних китайських і фолевських меридіанів, причому для об'єктивізації соматоформних і вегето-вісцеральних проявів у хворих неврастенією вимірювали ЕШО в умовних одиницях шкали приладу і далі порівнювали отримані дані із середніми нормальними показниками електрошкірного опору - коридору енергетичної рівноваги 50-60 умовних одиниць для людського організму, що був визначений Р.Фоллем; обстеження проводили по алгоритму, у який були включені БАТ меридіанів: судинно-паринхиматозно-епітеліальної дегенерації - SPED, нервової дегенерації -ND, ендокринний - TR і меридіан алергії - AL.

Ознаками, що збігаються з істотними ознаками запропонованого способу, є: оцінку змін величини електрошкірного опору в біологічно активних точках меридіанів за електропунктурним методом Р.Фолля.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення точності діагностики), є: вибір діагностичних БАТ меридіанів обумовлений тільки соматичною симптоматикою в обстежених хворих і відхилення ЕШО у БАТ порівнюються з показниками «коридору енергетичної рівноваги 50-60 умовних одиниць для людського організму», що знижує точність діагностики; немає обліку індивідуального реагування вегетативної нервової системи обстежуваного організму, отримана інформація свідчить тільки про окремі органи, системи, функції, тобто не беруться до уваги соматовегетативні компоненти і взаємозв'язки, що утрудняє оцінку стану всього організму в цілому; а клінічний патоморфоз соматоформних розладів, лабільність вегетативної нервової системи у даній категорії хворих вимагає уточнення діагностичних критеріїв, а також системного, індивідуального підходу до діагностики і відповідному лікуванню.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу діагностики соматоформних розладів шляхом розробки для дослідження спеціального алгоритму підібраних акупунктурних точок, визначення індивідуальної середньої для обстежуваного організму та індивідуального коридору енергетичної рівноваги і на підставі порівняння показників електрошкірного опору у БАТ проводять оцінку стану вегетативної нервової системи.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі діагностики соматоформних розладів, що включає оцінку змін величини електрошкірного опору в біологічно активних точках меридіанів за електропунктурним методом Р.Фолля, відповідно до винаходу, відбирають для дослідження акупунктурні точки: ND3 меридіан нервової дегенерації, сумаційний пункт вегетативної нервової системи, симетрично з двох сторін; ND7-а меридіан нервової дегенерації, сумаційний пункт парасимпатичних гангліїв голови, симетрично з двох сторін, TR3 меридіан ендокринний, сумаційний пункт симпатичних гангліїв голови, симетрично с двох сторін; потім обліковують суму отриманих значень та індивідуальну середню для обстежуваного організму, за якою визначають індивідуальний коридор енергетичної рівноваги, і при коливаннях значень у його межах судять про схоронність захисно-приспосувальних механізмів регуляції гомеостазу, при підвищенні значень вище від його верхнього значення до 5% діагностують функціональне порушення; від 6% і більше - визначають вогнище запалення, причини гіперфункції підкіркових структур головного мозку.

Між сукупністю істотних ознак запропонованого способу та очікуваним технічним результатом, що може бути досягнутий, виявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: оцінка стану вегетативної нервової системи на підставі порівняння показників ЕШО у БАТ розробленого алгоритму з включенням репрезентативних точок вегетативної нервової системи, зі значенням ЕШО - індивідуальної середньої для обстежуваного організму, визначення ступеня і напрямку відхилення показників ЕШО, наявність асиметрії між показниками правої і лівої половини тіла, дозволяє всебічно індивідуально оцінити стан відділів вегетативної нервової системи, визначити вегето-вісцеральні порушення, ступінь вираженості та їхній напрямок.

Отримані дані відображають стан відділів вегетативної нервової системи, вони мають науково доведені інерваційні зв'язки з вегетативними нервовими гангліями і внутрішніми органами.

Використання сукупності заявлених особливостей за рахунок індивідуалізації обстеження забезпечує високий ефект діагностики соматоформних розладів, дозволяє в короткий термін призначити патогенетичне лікування, підвищити якість життя хворих.

Спосіб діагностики соматоформних розладів здійснюють у такий спосіб.

Вимірюють ЕШО у контрольовано вимірювальних точках - КТВ всіх ручних і ніжних меридіанів. Обчислюють суму - Σ всіх отриманих значень. Потім визначають індивідуальну середню - ІС для обстежуваного організму:

$$IC = \frac{(\Sigma \text{ значень ЕШО у меридіанах рук} + 40 + \Sigma \text{ значень ЕКС у меридіанах ніг})}{40}$$

Визначають індивідуальний коридор енергетичної рівноваги - ІКЕР для обстежуваного організму. Величина його складає 10% від величини ІС обстежуваного організму. Розміри ІКЕР складають: $IC \pm 5\%$. Проводять інтерпретацію отриманих даних.

Визначають напрямки і ступінь відхилення значень ЕШО БАТ алгоритму.

Коливання значень ЕШО у БАТ у межах ІКЕР свідчать про схоронність захисно-приспосувальних механізмів регуляції гомеостазу.

Підвищення значень ЕШО у БАТ вище від верхнього значення ІКЕР до 5% свідчать про функціональне порушення захисно-приспосувальних механізмів регуляції гомеостазу; від 6% і більше необхідно визначати вогнище запалення, причини гіперфункції підкіркових структур головного мозку.

Зниження значень ЕШО в БАТ нижче від нижнього значення ІКЕР до 5% свідчать на користь функціонального послаблення захисно-приспосовницьких механізмів регуляції гомеостазу; від 6% і більше - необхідно визначати осередок хронічного запалення, причини імунodefіцитного стану.

Визначають асиметрію показників ЕШО в БАТ правої і лівої половини тіла. При цьому обчислюють різницю між значеннями ЕКС в БАТ правої і лівої половини тіла. Асиметрія виявлена, якщо величина різниці перевищує 5% від значення ВС для обстеженого організму.

Наявність асиметрії між правою і лівою половинами тіла в точці алгоритму обстеження хворих соматоформними розладами можна розцінювати як дисбаланс між симпатичним і парасимпатичним відділами вегетативної нервової системи: якщо значення ЕШО в БАТ алгоритму правої половини D і лівої половини S тіла асиметричні, їх величина D вище, ніж $S-D>S$, розцінюють цей стан як парасимпатикотонія; якщо значення ЕШО в БАТ алгоритму правої половини D і лівої половини S тіла асиметричні, їх величина D нижче, ніж $S-D<S$, розцінюють цей стан як симпатикотонія; відсутність асиметрії, відносно рівні значення між показниками ЕШО в БАТ з двох сторін - $D \sim S$, розцінюють цей стан як ейтонія.

Всі одержані дані співпадають з даними анамнезу захворювання, скаргами і клінічними проявами у обстеженого хворого.

Запропонованим способом було обстежено 441 осіб: чоловіків -89,6%, жінок - 10,4% із соматоформними розладами, які отримували відновне лікування. Середній вік хворих склав 43,1 роки. Всі хворі були обстежені за єдиною схемою: вегетативний тонус було визначено шляхом оцінки клінічних даних методом очного анкетування по диференційно-діагностичній таблиці, яка запропонована А.М. Вейном в модифікації Н.А. Білоконь із визначенням симпатичних і парасимпатичних розладів; вегетативне забезпечення діяльності визначають при фізичному дозованому навантаженні; вегетативну реактивність оцінюють за допомогою ортостатичної проби; ЕПДФ за спеціальним алгоритмом, який заявляється.

Результати діагностики соматоформних розладів представлені в таблицях 1 і 2.

В таблиці 1 показано розподіл хворих соматоформними розладами на групи в залежності від типу вегетативного тонусу.

В таблиці 2 наведена характеристика вегетативного забезпечення у хворих при фізичному навантаженні.

Із таблиці 1 видно, всі хворі в залежності від переважання ознак різних типів вегетативного тонусу, розподілені на 3 групи. В I групі у 80,4% пацієнтів були виражені клінічні ознаки симпатикотонії, у 19,6% були наявні наряду з ними ознаки нормального вегетативного тонусу. Ось чому всі хворі цієї групи були віднесені до симпатикотоніків. У II групі були найбільш представлені ознаки нормального вегетативного тонусу у 76,2%, наряду з ними ознаки симпатикотонії і парасимпатикотонії мало виражені. На підставі цього, хворі цієї групи були віднесені до ейтоніків. У III групі у 82,6% хворих переважали ознаки парасимпатикотонії, вони віднесені до парасимпатикотоніків.

Як видно із таблиці 2, в I групі у хворих соматоформними розладами виражені ознаки збудження вегетативного забезпечення діяльності організму. Після фізичного навантаження зростає частота серцевих скорочень більше, ніж на 42,2%, в порівнянні з вихідною, а після відпочинку 3 хвилини відновлення відбувається частково. У II групі у хворих СР значення АТ систолічного і діастолічного після навантаження змінюються незначно, ЧСС збільшується на 20,9% і після відпочинку 3 хвилини повертається до вихідних значень. ХОК крові змінюється в межах норми і відновлюється повністю після відпочинку. Це свідчить на користь сприятливої реакції вегетативної нервової системи - ВНС на фізичне навантаження, нормального вегетативного забезпечення життєдіяльності.

У III групі у хворих СР після фізичного навантаження відмічена неадекватна реакція з боку АТ: систолічний знизився, діастолічний підвищився, ЧСС збільшилась на 19,1%, а після відпочинку вона знизилась нижче вихідних показників на 5,4%. Це розцінено як зниження регуляторної функції ВНС.

В таблиці 3 наведена характеристика вегетативної реактивності у хворих соматоформними розладами по ортостатичній пробі.

Як видно із таблиці 3, в I групі переважала гіпердинамічна і спотворена реакція на фізичне навантаження, що говорить на користь підвищеної реактивності ВНС, яка притаманна симпатикотонікам. У II групі спостерігалась гіподинамічна і торпідна реакція, що свідчить на користь зниженої реактивності ВНС, яка характерна для парасимпатикотоніків.

У таблиці 4 наведені показники ЕКС у хворих соматоформними розладами при розподілі на типи вегетативного реагування.

Як видно із таблиці 4, для кожного типу стану ВИС існують критерії оцінки, одержані при ЕПДФ по заявляемому способу. При симпатикотонії присутня асиметрія між двома половинами тіла, $D<S$. Величина її більше 5% від ВС. Вона зміщена в бік верхніх значень коридора енергетичної рівноваги - 60 умовних одиниць для людського організму, яка була визначена Р. Фоллем. При парасимпатикотонії виявлена асиметрія між двома половинами тіла, $D>S$. Величина її більше 5% від ВС. Вона зміщена в бік нижніх значень «коридора енергетичної рівноваги - 50 умовних одиниць для людського організму», яка була визначена Р. Фоллем. При ейтонії не виявлена асиметрія між двома половинами тіла, $D \sim S$. ВС знаходився в середніх значеннях коридора енергетичної рівноваги - 5456 умовних одиниць для людського організму.

Запропонований спосіб підтверджується наступними клінічними прикладами .

Приклад 1

Хворий К., 1961 року народження, знаходився на реабілітаційному лікуванні в санаторії. Діагноз основного захворювання: соматизований розлад - F45.0, хронічний фарингіт, стадія ремісії. Вважає себе хворим 1 рік 8 місяців, після напруженої роботи тривалий час і психотравми. Скарги: головний біль на тлі психоемоційного напруження, переважно в лобній області, поганий настрій, дратливість, зниження працездатності, чуткий неосвіжачий сон, часті простудні захворювання, АТ 135/90мм рт.ст., ЧСС 86 уд. за хвилину, ПД 45, ХОК 3870. Тип вегетативного тонусу визначено як симпатикотонія. Після фізичного навантаження АТ 145/90мм рт.ст., ЧСС 108 уд. за хвилину, ПД 55, ХОК 5940. Через 3 хвилини відпочинку АТ 140/90мм рт.ст., ЧСС 98 уд. за хвилину, ПД 50, ХОК 4900. Збудження вегетативного забезпечення діяльності організму після фізичного навантаження.

Ортостатична проба гіпердинамічна. Дані ЕПДФ: ВС 55,6 ум.од., показники ЕШО в БАТ: ND3 D55, ND3 S 60,9; ND7a D 56,6, ND7a S 60,3; TR3 D 54,1, TR3 S 60,5.

Приклад 2.

Хвора М., 1962 року народження, знаходилась на реабілітаційному лікуванні в санаторії. Діагноз основного захворювання: соматизований розлад - F45,0, хронічний аднексит, стадія ремісії. Вважає себе хворою 2 роки 5 місяців, після напруженої роботи тривалий час і психотравми. Скарги: головний біль на тлі психоемоційного напруження, переважно в лобно-тім'яній області, знижений настрій, запаморочення, плаксивість, дратливість, зниження працездатності, безсоння, «біль за грудиною» на тлі хвилювання. АТ 120/70 мм рт.ст., ЧСС 68 уд в 1 хвилину, ПД 50, ХОК 3400. Тип вегетативного тону визначений як парасимпатикотонія.

Після фізичного навантаження АТ 120/75 мм рт.ст., ЧСС 76 уд. за хвилину, ПД 45, ХОК 3420. Через 3 хвилини відпочинку АТ 120/75 мм рт.ст., ЧСС 64 уд. за хвилину, ПД 45, ХОК 2880. Збудження вегетативного забезпечення діяльності організму після фізичного навантаження. Ортостатична проба гіпердинамічна. Дані ЕПДФ: ВС 55,6 ум.од., показники ЕШО в БАТ: ND3 D 55,4, ND3 S 85,1; ND7a D 54,6, ND7a S 51,3; TR3 D 53,8, TR3 S 50,7.

Наведені приклади підтверджують ефективність способу діагностики.

Запропонований спосіб лікування соматоформних розладів дозволяє всебічно індивідуально оцінити стан відділів вегетативної нервової системи, визначити вегето-вісцеральні порушення, ступінь вираженості та їх напружок. Отримані дані корелюють із загальновизнаними методами діагностики стану ВНС.

Спосіб діагностики соматоформних розладів доступний для виконання лікарю, дає можливість у більш короткий час впливати на ланки патогенезу соматоформних розладів, уникнути побічних токсично-алергічних ускладнень, поліпшує якість життя хворих; може застосовуватися для об'єктивної оцінки стану соматичної сфери хворих, для розробки патогенетично обґрунтованих терапевтичних впливів, для контролю за ходом лікування пацієнтів.

Запропонований спосіб діагностики може застосовуватися в хворих із соматоформними розладами на всіх етапах реабілітації: стаціонар, поліклініка, санаторій.

Відомий спосіб може служити об'єктивним критерієм якісної і кількісної оцінки соматоформних розладів у хворих є основою реалізації патогенетично спрямованої терапії.

Таблиця 1

Розподіл хворих СР по групах n=441		Розподіл хворих СР за ступенем вираженості клінічних ознак, що визначають тип вегетативного тону N=441					
		Переважаючі ознаки симпатикотонії		Переважаючі ознаки ейтонії		Переважаючі ознаки парасимпатикотонії	
№ групи	Абс. к-ть осіб	Абс. к-ть осіб	%	Абс. к-ть осіб	%	Абс. к-ть осіб	%
I	225	181	80,4	45	19,6	-	-
II	84	15	17,9	64	76,2	5	5,9%
III	132	-	-	23	17,4	109	82,6

Таблиця 2

№ п.п	Фізіологічні параметри організму	Розподіл хворих СР по типам вегетативного забезпечення при фізичному навантаженні n=441								
		I група симпатикотоніки n=225			II група ейтоніки n=84			III група парасимпатикотоніки n=132		
		До навантаження	Після навантаження	Ч/з 3 хвил	До навантаження	Після навантаження	Ч/з 3 хвил	До навантаження	Після навантаження	Ч/з 3 хвил
1.	АТ систолічний (мм рт.ст.)	149,5	140,5	145,1	121,4	125,1	120,6	130,4	128	128
2.	АТ діастолічний (мм рт.ст.)	95,3	96,2	95,8	83,3	85,2	82,9	83,7	85,9	85
3.	Частота серцевих скорочень (ЧСС удар.в хвил.)	79	112,4	103,2	72,9	88	73,1	73	87	69
4.	Пульсовий тиск (ПТ мм рт.ст.)	54,2	54,3	49,3	38,1	39,9	37,7	46,3	42,1	43
5.	Хвилинний об'єм крові (ХОК л)	4281	6103	5087	2777	3511	2752	3379	3662	2967

Таблиця 3

№ п.п.	Назва ортостатичної проби	Розподіл хворих СР по групах n=441					
		I група симпатикотоніки n=225		II група ейтоніки n=84		III група парасимпатикотоніки n=132	
		Абс. к-сть осіб	%	Абс. к-сть осіб	%	Абс. к-сть осіб	%
1.	Нормальна	29	12,9	124	93,9	6	7,2
2.	Гіпердинамічна	178	79,1	4	3,1	-	-

3.	Гіподинамічна	-	-	2	1,5	73	86,9
4.	Торпідна	-	-	2	1,5	5	5,9
5.	Спотворена	18	8,0	-	-	-	

Таблиця 4

№ п.п.	Назва БАТ діагностично- го алгоритму	Показники ЕШО у хворих СР при розподілі на типи вегетативного забезпечення в ум. од. n=441								
		I група симпатикотоніки n=225			II група ейтоніки n=84			III група парасимпатикотоніки n=132		
		D	S	IC	D	S	IC	D	S	IC
1.	ND3	53,7	58,0	52,2	52,3	54,9	54,2	54,4	51,1	52,9
2.	ND7a	54,4	57,9		54,9	56,1		54,7	50,1	
3.	TR3	53,9	58,9		52,2	54,1		54,7	50,1	