

АКУПУНКТУРНАЯ И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ СИНДРОМОВ В ГИНЕКОЛОГИИ

З.Ш. Гилязутдинова, Г.А. Иваничев, Р.Ш. Шакуров, Л.С. Ситнова, Л.Д. Каюмова

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — доц. Л.М. Тухватуллина),
кафедра традиционной медицины (зав. — проф. Г.А. Иваничев)
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Одним из наиболее трудно диагностируемых нарушений функции яичников является недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ). В 19% случаев она была причиной бесплодия, в 35% — невынашивания, мастопатии и предменструального синдрома [8]. Для синдрома НЛФ характерно многообразие этиологических факторов: воспалительные заболевания гениталий, психоневрогенные и алиментарные расстройства, гиперпролактинемия, гиперандрогенемия, гипотиреоз, физическое перенапряжение, аборт, длительная стимуляция овуляции, контрацептивы. Перечисленные факторы могут вызвать поражение на различном уровне гипоталамо-гипофизарно-гонадной (ГГГ)-системы с проявлением уменьшения секреции гонадотропных гормонов, последующим неполноценным развитием фолликула и желтого тела вплоть до бесплодия.

В генезе расстройств менструальной и репродуктивной функций при олигоменорее значительную роль играют наследственная предрасположенность, перенесенные в детстве инфекции, хронические тонзиллиты, воспалительные заболевания гениталий, аборт, а также экстрагенитальные заболевания, нейроинфекция после осложненной беременности, послеродовые заболевания и психоэмоциональный стресс.

Для олигоменореи характерны ожирение, гирсутизм, первичное и вторичное бесплодие, нарушения углеводного и минерального обмена, так называемые "гипоталамические" жалобы: изменение влечений, жажда, головная боль, нарушение сна, аппетита, терморегуляции. Самой частой диагностической находкой у этих больных является одностороннее поликистозное изменение яичников со спаечным процессом в малом

тазу. При биохимическом исследовании у таких больных выявляется дисбаланс как гонадотропных гормонов, так и половых стероидов, приводящий к нарушению менструальной функции с ановуляцией и к бесплодию.

Для оценки эффективности акупунктуры при этих синдромах выбраны тесты функциональной диагностики ("цервикальное число", прогестероновый индекс, базальная температура); радиоизотопное исследование гормонов (ФСГ, ЛГ, ПРЛ, Э₂, П); люминесцентно-гистохимический метод для изучения концентрации серотонина, катехоламинов, гистамина, простагландина (ПГЕ₂). Все эти исследования проводились до лечения и после него.

Из всех известных тестов акупунктурной диагностики и лечения мы выбрали тест К. Акабана [12], основанный на принципе сомато- и висцеральной афферентности [4, 11, 14, 15, 17]. По нашему мнению, с помощью этого так называемого "коркового" метода, то есть интегрированного корой головного мозга в виде болевого ощущения, можно получить информацию о нарушении репродуктивной функции. В основе метода лежит представление о билатеральной симметрии порога болевой чувствительности в точках акупунктуры (ТА). Опытным путем в итоге многочисленных наблюдений К. Акабана установил, что наибольшую ценность для диагностики и последующего лечения представляет разница ответа на тепловой раздражитель с симметричных точек, превышающая 200%. Повышенный порог болевой чувствительности представлен им как гипофункция ("пустота") исследуемого меридиана, соответствующего кожно-висцерального комплекса. Изучение результатов акупунктурного тес-

та и подбор вариантов рецептов ТА основаны на концепции билатеральной структурно-функциональной симметричности организма в трехмерном измерении: “левая-правая”, “верх-низ”, “переднее-заднее”.

Определение термочувствительности в 24 точках акупунктуры (ТА) — начальных и конечных точках меридианов, находящихся на кончиках пальцев рук и ног и обработку показателей теста мы производили с помощью компьютерной программы, разработанной в Республиканском центре акупунктуры и традиционной медицины (зав. — В.Б. Любовец) МЗ Чувашии.

У обследованных нами пациенток восприятие боли на меридианах нижних конечностей возникало позднее, чем на верхних, причем преобладали меридианы печени (ХП), селезенки-поджелудочной железы (IV), почек (VIII) и меридиана мочевого пузыря (VII).

В результате акупунктурной диагностики по Акабана нами выявлен функциональный круг меридианов: селезенка-панкреас (IV) — печень (ХП) — почки (VIII), используемых как китайской, так и западно-европейской медицины. Функциональная связь меридианов, описанная еще врачами древнего Востока, подтверждена и в наше время [13].

Эти меридианы связаны с функциональной активностью ГГГ-системы. Кроме того, в литературе имеются сообщения, что воздействие на точки на меридианах IV (селезенка-поджелудочная железа), XII (печень), VIII (почки), VII (мочевой пузырь) также оказывает влияние на функциональную активность различных звеньев ГГГ-системы [1, 2, 6, 16]. Так, например, раздражение точки 6 IV Сань-ин-цзяо (селезенка-поджелудочная железа) передается на переднюю долю гипофиза, 5 IV Шань-ую (селезенка-поджелудочная железа), 60 VII Кунь-лунь (мочевой пузырь) — на заднюю его долю. С помощью точек акупунктуры 7 VIII Фу-лю (почки), 6 IV Сань-ин-цзяо (селезенка-поджелудочная железа), 67 VII Чжи-инь (мочевой пузырь), 2 VIII Жан-гу (почка), 9 VIII Чжу-бинь (почка), 10 IV Сюе-хай (селезенка-поджелудочная железа) можно

влиять на функцию яичников, при этом раздражение опосредуется через гипоталамические центры и кору головного мозга.

Приводим возможные варианты сочетаний точек акупунктуры для лечения этих нейроэндокринных синдромов.

Вариант первый. Если результаты исследования демонстрировали максимальную асимметрию восприятия боли между правой и левой парой (IV) меридианов (селезенка-поджелудочная железа), то мы применяли тонизирующий метод воздействия по классическому правилу на ТА: “возбуждающую” — 2 IV да-ду, “пособник” — 3 IV “Тай-бай” справа, “сочувственную” — 20 VII “Пи-шу” [3, 7]. Данный рецепт нами был дополнен использованием специфической точки 6 IV (Сан-инь-цзяо) на этом же меридиане для усиления воздействия на ГГГ-систему.

Вариант второй. При выявлении максимальной асимметрии восприятия боли в спаренных меридианах (“наружный-внутренний”) мы применяли правило отведения избыточной энергии в спаренный меридиан и тонизировали точку “пособник” меридиана с недостаточностью восприятия боли и седатировали точку “ло” — пункт спаренного меридиана. Кроме того, возникала необходимость тонизировать ТА “пособник” — 3 IV (Тай-бай) и седатировать ТА “ло” — пункт 40 III (Фэн-лун). Рецепт рекомендуется дополнять специфической точкой на IV меридиане (селезенка-панкреас), 6 IV, 10 IV.

Таким образом, и в первом, и во втором вариантах в основе рецепта лежат ТА IV меридиана селезенки-панкреас.

Третий вариант. При этом варианте использовались отношения “верхний-нижний” с учетом ритмической почасовой взаимосвязи меридианов. Поэтому в данном случае при недостаточности IV меридиана необходимо тонизировать “ло” — пункт 5 X (Вай-гуань) меридиана, связанного с IV меридианом отношением “верхний-нижний”. При любом варианте рецепта мы рекомендуем дополнение сегментарными точками в проекционных зонах Захарьина—Геда, на меридианах, проходящих через эти зоны.

Унифицированные ТА, обладающие органо-специфическим действием на активность ГГГ-системы следующие: 4 XIV Гуань-юань, 6 XIV Ци-хай, 6 IV Сань-инь-цзяо, 9 VIII Чжу-бинь, 8 XII Цюй-цюань, 46 BM Ци-мэнь, 13 VIII Ци-сюе, 7 VIII Фу-лю, 67 Кунь-лунь. Для воздействия выбираем точку меридиана с максимальной асимметрией (метод тонизирующий, время воздействия — 10 минут).

Для повышения парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы, преобладание которого имеет место в первой фазе менструального цикла, стимулируем точку 104 ("парасимпатическую"), а также точки 26а ("гипоталамус"), 28 ("гипофиз"), 13 ("надпочечник"), 95 ("почка"), 23 "яичник". В лютеиновой фазе цикла для создания повышенного тонуса симпатического отдела нервной системы мы рекомендуем использовать аурикулярные точки 51 ("симпатическую") и 22 ("железы внутренней секреции"). В каждом сеансе акупунктуры аурикулярные точки мы стимулировали молибденовыми иглами.

Примененный нами метод акупунктуры состоял из 2 курсов лечения по 10 сеансов при синдроме НЛФ. Лечение начинали с 5—7-го дня цикла, контролируя рост и развитие фолликула с помощью тестов функциональной диагностики и УЗИ.

При синдроме олигоменореи и нормальной пролактинемии лечение больных начинали с 7-го дня цикла при наличии менструации и в любой день — при ее отсутствии. Таким больным проводили 15 ежедневных сеансов (2 курса), причем через день стимулировали "сочувственные" точки по меридиану "мочевой пузырь" в сегментарной зоне. При наличии у них гиперпролактинемии функционального генеза параллельно назначали парлодел по 5 мг/сут в течение 2—3 месяцев.

У больных синдромом НЛФ выявлено снижение концентрации серотонина, совпадающее по времени с пиком ЛГ, что подтверждает нормализующее действие акупунктуры на серотонинергическую систему. Уменьшение содер-

жания гистамина и исчезновение свечения ПГЕ₂ указывают на возможность совершения овуляции, имели место повышение уровня Э₂, превышавшее исходный уровень, и увеличение ЛГ. Гормональные сдвиги проявлялись увеличением продолжительности второй фазы, повышением прогестеронового индекса.

Результаты обследования больных с синдромом олигоменореи были следующими. Достоверное повышение уровня катехоламинов, снижение серотонина и гистамина в предполагаемом перивуляторном периоде и в лютеиновой фазе цикла свидетельствовали об активации резервных возможностей симпатико-адреналовой системы, имеющей первостепенное значение в регуляции гормональной активности гипофиза, следовательно, и в процессе овуляции. Снижение уровня гистамина, особенно у больных с нормопролактинемией, рассматривалось нами как результат антигистаминного воздействия акупунктуры и указывало на повышение функциональной активности яичников. Наиболее достоверная интенсивность свечения ПГЕ₂ выявлена в предполагаемой лютеиновой фазе цикла независимо от патогенетических вариантов олигоменореи.

Использование акупунктуры у больных с НЛФ (50 чел.) привело к восстановлению репродуктивной функции в 36% наблюдений, в основном у женщин с остаточными поствоспалительными процессами. У 64% больных нормализован овуляторный менструальный цикл, однако беременность у них не наступила. В результате повторных курсов акупунктуры через 6 месяцев забеременели 21,9% женщин из этого числа больных.

У 8 из 50 больных синдромом олигоменореи при наличии нормопролактинемии продолжительность межменструального промежутка сократилась до $38,7 \pm 4,2$ дней, у 13 пациенток с гиперпролактинемией — до $44,7 \pm 6,0$ дней. У этих больных отмечено повышение базальной температуры во второй фазе цикла до $5,8 \pm 0,8$ дней. Вариации составляли от 2 до 11 дней при нормопролактинемии и от 4 до 10 дней при гиперпролактинемии. В 60% наблюдений вы-

явлена систематизация менструального цикла с укорочением межменструального периода. У 22% больных отмечено удлинение лютеиновой фазы цикла с восстановлением репродуктивной функции, несмотря на неадекватное восстановление гормональных показателей.

Выявленные изменения концентрации гормонов и биологически активных веществ под влиянием акупунктуры обусловлены усилением активности саногенетических механизмов и мобилизацией резервных возможностей функциональной активности ГГГ-системы с улучшением процессов саморегуляции репродуктивной функции без применения экзогенных гормонов.

Акупунктура в сочетании с физиотерапией была использована у 30 больных репродуктивного возраста с нарушением менструальной функции (гипоменорея, ановуляция, опсоменорея, гиперменорея) различного генеза (остаточные явления воспалительного процесса, недостаточный эффект хирургической коррекции синдрома склерополикистоза яичников, стрессовые ситуации, производственная вредность и др.). Обследование включало общеклинические, гормональные и лучевые методы (УЗИ, пневмопельвиография, генитография, краниография).

АТ у больных данной группы сочетали с физиотерапией, так как в анамнезе у них были отмечены воспалительный процесс гениталий и несостоятельность второй фазы менструального цикла. Бесплодие у пациенток этой группы имело смешанный генез. Акупунктурный курс лечения состоял из 10—12 сеансов, проводимых ежедневно. Для подбора биологически активных точек при лечении данной патологии исходили из сегментарно-метамерной иннервации матки, ее придатков и их эволюционно обусловленных нервно-рефлекторных связей между соответствующими дермо-, мио- и скелетомерами [4, 17]. В связи с этим применяли точки акупунктуры, преимущественно находящиеся в D_{10} — S_4 дерматомах, так как тело матки иннервируется из D_{10} — L_1 сегментов, придатки матки — D_{10} — L_2 , шейка матки — S_1 — S_4 . Ключевыми яв-

ляются точки, расположенные в нижней части живота, в области крестца. Необходимо также применять точки нижних конечностей, которые, хотя и относятся к отдаленным, но имеют общие сегменты с гениталиями.

В итоге при олигоменорее были использованы следующие группы акупунктурных точек: 1) общеукрепляющие E_{36} , MC_{5-7} , $GI_{11, 10, 4}$; 2) точки, расположенные в местных рецепторных зонах придатков матки (в передней брюшной стенке — E_{26-30} , $RP_{14, 15}$, R_{11-14} , VB_{26-29} ; пояснично-крестцовой области — $V_{23, 25, 27, 31-34, 53, 54}$); 3) точки, расположенные в отдаленных рецепторных зонах придатков матки (в области промежности — VG , внутренней поверхности бедер и голени — $F_{5, 8-11}$, $KP_{5, 8-11}$, R_{8-11} , эпигастрия — $VG_{14, 15}$, R_{21} , шейного и грудного отделов позвоночника — VB_{20} , надплечья — VB_{21} , TR_{15}); 4) точки, расположенные в зонах, рефлекторно связанные с гипоталамо-гипофизарной системой (лобно-затылочной области — TR_{23} , $VB_{3, 4, 13-15}$, затылочной области — $VG_{16, 17, 20}$).

Сочетание акупунктурных точек, выбор метода воздействия (сила раздражения, длительность) на них определяли индивидуально. Лечение начинали с воздействия по первому варианту тормозного метода (до 20 мин), но не более чем на две общеукрепляющие точки, расположенные симметрично. При хорошей переносимости терапии со второго сеанса в рецептуру включали точки, находящиеся в отдаленных рецепторных зонах придатков матки со стимуляцией по второму варианту тормозного метода (40—60 мин).

С четвертого-пятого сеансов одновременно использовали точки, локализующиеся в отдаленных и местных рецепторных зонах придатков матки, в зонах, связанных с гипоталамо-гипофизарной системой. Акупунктуру при этом в местных симметричных точках проводили по второму варианту тонизирующего метода (до 6 мин), а в точках, имеющих рефлекторные связи с гипофизом и гипоталамусом, — по второму варианту тормозного метода. Кроме того, начиная с 3—4-го сеанса оказывали воздействие на аурикулярные точки

(15—20 мин) зон внутренней секреции, яичника, гипофиза, коры головного мозга, вегетатики (либидо), матки.

Последние три сеанса акупунктуры завершали раздражением пучком игл до проявления умеренного дермаграфизма в пояснично-крестцовой области, внизу живота, внутренней поверхности бедер и голени. Дополнительно в перiovуляторном периоде (с 10—16-го дня цикла) проводили фонофорез витамина Е через переднюю брюшную стенку и параллельно вводили витамин У внутривлагалищно. Максимальный антиоксидантный эффект отмечен при интенсивности 0,4 Вт/см².

Эффективность лечения оценивали путем изучения клинического состояния больной, продукции гормонов яичников, перекисного окисления липидов и антиоксидантов.

Подобная комплексная терапия оказала благоприятное воздействие на общее состояние больных: у 22 женщин нормализовался менструальный цикл, у 8 из них менструации стали овуляторными, и у 5 женщин наступила беременность. Больным с гипоменореей были дополнительно назначены гормоны или парлодел при повышении уровня пролактина.

Акупунктурная и мануальная терапия применялась нами также при альгоменорее, для которой характерны болезненные менструации и общесоматические расстройства с вегетативным неврозом. Частота данного нарушения составляет 20—25% среди девушек-подростков. Клиника проявляется с наступлением менархе либо через 1—2 года после менархе более чем 30 симптомами. Особенно часто пациенток беспокоят интенсивные боли внизу живота, в крестцово-поясничной области, дисфункция желудочно-кишечного тракта, сердца и других органов. Менструации могут быть как обильными, так и скудными. К общим симптомам относятся головная боль по типу мигрени, тошнота, рвота, слюнотечение, запоры, метеоризм, потливость, ознобы, отеки, артралгия, полиурия и др. Под нашим наблюдением находились 10 пациенток в возрасте от 12 до 40 лет, страдающих

альгоменореей (у 6 была первичная и у 4 — вторичная альгоменорея). Среди опубликованных работ сообщений об использовании мануальной терапии при этой патологии мы не встретили.

При дисменорее, проявлявшейся выраженным болевым синдромом, люмбалгией, сакралгией и вегетососудистыми расстройствами, акупунктурную терапию сочетали с мануальной. Акупунктурную терапию проводили по точкам переднесрединного меридиана и меридиана мочевого пузыря, точкам общего действия и уха, мануальную — до менструации и во время нее путем ритмической мобилизации крестцово-подвздошного сочленения. При мануальной терапии были выявлены асимметрия в тонусе, напряжение и болезненность сакротуберальной и сакроилеокальной связок. В основу этого вида лечения положены техника постизометрической релаксации [5, 9] и техника миофасциального расслабления [10]. Обычно процедуру начинали с расслабления люмбосакральной области в положении пациентки на животе. Правую руку клали на базис крестца, средний палец левой руки — на область III поясничного позвонка. Правой рукой фиксировали крестец, а левой двигали каудально, добиваясь расслабления тканей. После этой процедуры проводили расслабление сакротуберальной связки.

С противоположной стороны от связки, на которую следует оказывать воздействие, большими пальцами обеих рук пальпировали напряженную сакротуберальную связку, расположенную в илеоректальной щели и, подведя их под связку, медленно раздвигали в стороны до ощущения барьера. В конце курса лечения пациенток обучали технике саморелаксации мышц. Иногда у некоторых больных применяли толчковую мобилизацию по Kubisy. После одного или двух курсов комплексной описанной выше терапии у 7 больных исчез болевой синдром, улучшилось общее самочувствие, восстановилась трудоспособность в периоде менструации. Остальные больные получили третий курс лечения. Данная терапия имела благоприятный исход: исчезли боли и диском-

форт в области малого таза, локальные проявления в мышцах и фасции тазового дна, уменьшился мышечный тонус.

Результаты лечения больных методами мануальной терапии весьма обнадеживают, однако необходимы дальнейшая дифференциация приемов, уточнение показаний и противопоказаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богдашин Н.Г., Мирошниченко Е.В., Шестико И.И.// Акуш. и гин. — 1984. — № 8. — С. 25—28.
2. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Традиционная рефлексотерапия Чжень-Цаю. — Горький, 1988.
3. Гапонюк П.А.// Вопр. курортол. — 1983. — № 2. — С. 1—6.
4. Дуринян Р.А. В кн.: Теория и практика рефлексотерапии. Медико-биологические и физико-технические аспекты. — Саратов, 1981.
5. Иваничев Г.А. Тезисы материалов научно-практической конференции. — Казань, 1994.
6. Лакуста В.Н., Гроссу Г.С. Краткие основы рефлексотерапии, иглокалывания и прижигания. — Кишинев, 1980.
7. Любовцев В.Б.// Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 1987.
8. Серов В.Н., Кожин А.А., Сабуров Х.С.//Нейро-эндокринные нарушения менструального цикла. — М., 1993.
9. Ситель А.Б.// Мануальная медицина. — М., 1993.
10. Скоромец А.А./ Материалы Международного конгресса вертеброневрологов. — Казань, 1991.
11. Табеева Д.М./ Руководство по иглорефлексотерапии. — М., 1982.

12. Akabane K. Metod of Hinaischin.// Ido.-no Nippon.—Sha. — 1962. — P.103

13. Auroroche B., Navoln P.// Acupuncture in ginecologie et obstetrique. — 1987. — Vol. 15. — P. 239—240.

14. Chen G.A.// Amer. J. clin. med. — 1979. — Vol. 7. — P. 183—187.

15. Franchimort F., Lecomte I.// Few. Ind. Liege. — 1982. — Vol. 37. — P. 382—388.

16. Quaglih-Scuta // Minerva med. — 1977. — Vol. 68. — P. 717—720.

17. Rosenblat S. Amer. J. Acupuncture. — 1987. — Vol. 9. — P. 335—345.

Поступила 25.03.97.

ACUPUNCTURE AND MANIAL THERAPY IN THE TREATMENT OF NEUROENDOCRINAL SYNDROMES IN GYNECOLOGY

Z.Sh. Gilyazutdinova, G.A. Ivanichev,
R.Sh. Shakurov, L.S. Sitnova, L.D. Kayumova

S u m m a r y

The experience of the treatment of neuroendocrinal syndromes by traditional methods: acupunctural therapy and in combination with physiotherapy or with manual therapy is presented. Little information on each pathology, methods of acupunctural and manual therapy is given. K. Akabane test is chosen for diagnosis and treatment. For the estimation of the efficiency of acupunctural therapy the functional diagnosis tests, contents study of hormones, catecholamines, serotonin and biologically active substances are used. The favourable clinical effect in each group of patients supported by laboratory data suggesting the increase of reserve possibilities of the functional activity of hypothalamohypophysial and gonadal system is obtained.