АКУПУНКТУРНАЯ И МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ СИНДРОМОВ В ГИНЕКОЛОГИИ

З.Ш. Гиязутдинова, 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)
Казанская государственная медицинская академия 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, психоневротические и алиментарные расстройства, гиперпаратэктомия, гиперандрогении, гипотиреоз, физическое перенапряжение, аборты, длительная стимуляция овуляции, контрацептивы. Перечисленные факторы могут вызвать поражение на различном уровне гипоталамо-гипофизарно-гонадной (ГГТ)-системы с проявлением уменьшения секреции гонадотропных гормонов, последующим неполным развитием фолликула и желтого тела вплоть до бесплодия.

В генезе расстройств менструальной и репродуктивной функции при олигоанорее значительную роль играют наследственная предрасположенность, перенесенные в детстве инфекции, хронические тонзиллиты, воспалительные заболевания гениталий, аборты, а также экстрагенитальные заболевания, неврологическая соматомиметический стресс.

Для олигоанореи характерны ожирение, гирситизм, первичное и вторичное бесплодие, нарушения углеводного и минерального обмена, так называемые "гипоталамические" жалобы: изменение влекений, 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 ксенофона, 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. Акабане [12], основанный на принципе сомато- и висцеральной афферентности [4, 11, 14, 15, 17]. По нашему мнению, с помощью этого так называемого "кормового" метода, то есть интегрированного короб отвергающего мозга в виде бокового ощущения, можно получить информацию о нарушении репродуктивной функции. В основе метода лежит представление о билатеральной симметрии порогов болевой чувствительности в точках акупунктуры (ТА). Опытным путем в итоге многочисленных наблюдений К. Акабане 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 кожновисцерального 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 точек 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. А. Любовцев) МЗ Чубашии.

У обследованных нами пациентов восприятие боли на меридианах нижних конечностей возникало позднее, чем на верхних, причем преобладали меридианы печени (XII), селезенки-поджелудочная железа (IV), почек (VII) и меридиана мочевого пузыря (VIII).

В результате акупунктурной диагностики по Акабане нами выявлен функциональный круг меридианов: селезенка-пранкреас (IV) — печень (XII) — 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 ГГТ-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 ГГТ-системы [1, 2, 6, 16]. Так, например, раздражение точки 6 IV Сян-ин-цзюо (селезенка-поджелудочная железа) передается на переднюю долю гипофиза, 5 IV Шань-юю (селезенка-поджелудочная железа), 60 VII Кунь-лунь (мочевой пузырь) — на заднюю его долю. С помощью точек акупунктуры 7 VIII Фу-лю (почки), 6 IV Сян-ин-цзюо (селезенка-поджелудочная железа), 67 VII Чжэнь-инь (мочевой пузырь), 2 VIII Жан-гу (почка), 9 VIII Чжу-бинь (почка), 10 IV Сюй-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: "взбуждающую" — 2 IV да-ду, "пособник" — 3 IV "Тай-бай" справа, "соучастовую" — 20 VII "Пишу" [3, 7]. Данный рецепт нами был дополнен использованием специфической точки 6 IV (Сан-инь-цзюо) на этом же меридиане для усиления воздействия на ГГТ-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 недостаточность 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 дополнить специфической точкой на IV меридиане (селезенка-пранкреас), 6 IV, 10 IV.

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

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 Сянь-инь-цзяо, 9 VIII Чжу-бинь, 8 XII Цой-цзюань, 46 ВМ Ци-энь, 13 VIII Ци-сюе, 7 VII Фу-лю, 67 Кунь-лунь. Для воздействия выбираем точку мери-диана с максимальной асимметрией (ме-тод тонизирующий, время воздействия — 10 минут).

Для повышения парасимпатического тонауса вегетативной нервной систе-мы, преобладание которого имеет мес-то в первой фазе менструального цикла, стимулируем точку 104 ("парасим-патическую"), а также точки 26а ("гипоталамус"), 28 ("гипофиз"), 13 ("над-почечник"), 95 ("пчочка"), 23 ("яичник"). В лютеновой фазе цикла для создания повышенного тонауса симпатического отдела нервной системы мы рекомен-дируем использовать аурикулярные точки 51 ("симпатическую") и 22 ("железы внутренней секреции"). В каждом се-ансе акупунктуры аурикулярные точки стимулировали молибденовыми иг-лами.

Примененный нами метод акупунктуры состоял из 2 курсов лечения по 10 сеансов при синдроме НЛФ. Лечение начали с 5-7-го дня цикла, контролируя рост и развитие фолликула с помо-щью тестов функциональной диагнози-ки и УЗИ.

При синдроме олигоменореи и норм-альной пролактинемии лечение боль-ных начали с 7-го дня цикла при на-личии менструации и в любой день — при ее отсутствии. Таким больным про-водили 15 ежедневных сеансов (2 курса), причем через день стимулировали "соучастные" точки по меридиану "мочевого пузыря" в сегментарной зоне. При наличии у них гиперпролактине-мии функционального генеза параллель-но назначали паролод по 5 мг/сут в течение 2—3 месяцев.

У больных синдромом НЛФ выяв-лено снижение концентрации серотони-на, совпадающее по времени с пиком ЛГ, что подтверждает нормализующее действие акупунктуры на серотонинер-гическую систему. Уменьшение содержа-
явленна систематизация менструального цикла с укорочением межменструального периода. У 22% больных отмечено удлинение лютеновой фазы цикла с восстановлением репродуктивной функции, несмотря на неадекватное восстановление гормональных показателей.

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

Акушерство в сочетании с физиотерапией была использована у 30 больных репродуктивного возраста с нару- шением менструальной функции (гипо-менорея, ановуляция, оплосменорея, гипermenорея) различного генеза (оастотные явления воспалительного процес- са, недостаточный эффект хирургической коррекции синдрома склерополикистоза яичников, стрессовые ситуации, производственная вредность и др.). Обследование включало общеклинические, гормональные и лучевые методы (УЗИ, пневмопельвиография, генитография, крааниография).

AT у больных данной группы сочетали с физиотерапией, так как в анам- незе у них были отмечены воспалительный процесс гениталий и несостоятельность второй фазы менструального цикла. Бесплодие у пациенток этой группы имело смешанный генез. Аку- пунктурный курс лечения состоял из 10—12 сеансов, проводимых ежедневно. Для подбора биологически активных точек при лечении данной патологии ис- ходили из сегментарно-метамерной ин- нервации матки, ее придатков и их эво- люционно обусловленных нерво-реф- лекторных связей между соответст- вующими дермото-, мио- и скелетотера- ми [4, 17]. В связи с этим применяли точки акупунктуры, преимущественно находящиеся в D₁₀—S₄ дерьмотомах, так как тело матки иннервируется из P₁₀—L₁ сегментов, придатки матки — D₁₀—L₂, шейка матки — S₁—S₄. Ключевыми яв- ляются точки, расположенные в ниж- ней части живота, в области крестца. Необходимо также применять точки нижних конечностей, которые, хотя и относятся к отдаленным, но имеют об- щие сегменты с гениталиями.

В итоге при олигоменорее были ис- пользованы следующие группы акупунктурных точек: 1) общеукрепляющие E₃₆, MC₅₇, Gl₉, Gl₁₁, 10, 45; 2) точки, расположенные в местных рецепторных зонах придат- ков матки (в передней брюшной стенке — E₀₁₀—3₀, R₂₄, 15, 11—14, VB₂₆—₂₉, 2); поясно- ноко-крестцовой области — V₂₃, 2₅, 2₇, 2₉—ₐ₄, 3₅, 5₄, 3₅; 3) точки, расположенные в отдаленных рецепторных зонах придатков матки (в области промежности — VG, внутрирной поверхности бедер и голеней — F₅, 8—₁₁, КP₅, 8—₁₁, R₈—₁₁, эпилапгария — VG₁₄, ₁₃, R₁₉, шейного и грудного отделов позво- ночника — VB₃₀, надплечь — VB₁₂, TR₁₃); 4) точки, расположенные в зонах, рефлекторно связанные с гипоталамо-гипофизарной системой (любно-заты- лочной области — TR₂₃, VB₃, 4, ₁₃, ₁₅, за- тылочной области — VG₁₆, ₁₇, ₂₀).

Сочетание акупунктурных точек, выбор метода воздействия (сила раздра- жения, 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 вто- рого сеанса в рецепторку включили точки, находящиеся в отдаленных рецеп- торных зонах придатков матки со сти- муляцией по второму варианту тормозного метода (40—60 мин).

С четвертого-пятого сеансов одно- временно использовали точки, локали- зующиеся в отдаленных и местных ре-цепторных зонах придатков матки, в зонах, связанных с гипоталамо-гипофиза- рной системой. Акушерство при этом в местных симметричных точках проводили по второму варианту тонизирую- щего метода (до 6 мин), а в точках, имеющих рефлекторные связи с гипо-физом и гипоталамусом, — по второму варианту тормозного метода. Кроме того, начиная с 3—4-го сеанса оказыва- ли воздействие на аурикулярные точки.
(15—20 мин) зон внутренней секреции, яичника, гипофиза, коры головного мозга, вегетативы (либидо), матки.

После три сеанса акупунктуры завершили раздражением пучком игл до проявления умеренного дермографизма в пояснично-крестцовой области, внизу живота, внутренней поверхности бедер и голени. Дополнительно в периовулторном периоде (с 10—16-го дня цикла) проводили фонафорез витамина Е через переднюю брюшную стенку и параллельно вводили витамин У внутривенно. 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, у 5 женщин наступила беременность. Больным с гипоменореей были дополнительно назначены гормоны или параллелем при повышении уровня прогестерона.

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 менарха либо через 1—2 года после менарха более чем 30 симптомами. Особенно часто пациенток беспокоит 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, слюноотечение, запоры, метеоризм, потливость, ознобы, отеки, артрит, 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, локбальныйгии, сакралигии 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 симметрия в тонусе, напряжение и болезненность сакротуберальной и сакроилеокальной связок. В основу этого вида лечения положены техника поэзисометрической релаксации [5, 9] и техника миофасциальной расслабления [10]. Обычно процедуру начинали с расслабления люмбосакральной области в положении пациентки на животе. Правую руку кладут на базис крестца, средний палец левой руки — на область III поясниченного 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 Kubis. После одного или двух курсов комплексной опианированной 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 проявлений в мышцах и фасциях тазового дна, уменьшился мышечный тонус.

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

ЛИТЕРАТУРА


Поступила 25.03.97.

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


Summary

The experience of the treatment of neuroendocrinal syndromes by traditional methods: acupuncture 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.