

# Лекція циклу спеціалізації з рефлексотерапії «Використання рефлексотерапії в гінекології»

## ■ Свиридова Н.К.

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Чуприна Г.М.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Парнікоза Т.П.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Труфанов Є.О.

д.мед.н., професор кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## ■ Чередніченко Т.В.

к.мед.н., асистент кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

## Резюме

Вдосконалення напрямку на циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» лекційного матеріалу за темою «Використання рефлексотерапії в гінекології» допомогло б вирішити, як мінімум, дві проблеми: це зниження фармакологічного навантаження на пацієнток і, отже, мінімізація можливих ускладнень і побічних ефектів фармакотерапії. З іншого боку, застосування в структурі лікувальних заходів акупунктури безсумнівно збільшить ефективність терапії

досить широкого спектру патологічних станів в акушерстві та гінекології. Серед захворювань, в лікуванні яких РТ повинна зайняти гідне місце, можна вказати такі, як невиношування вагітності, блювання вагітних, гестоз, порушення менструального циклу, альгодисменорея, ендометріоз, передменструальний синдром, синдром тазових болів, клімактеричний синдром

**Ключові слова:** акупунктура, точки акупунктури, порушення менструального циклу, передменструальний синдром, синдром тазових болів, клімактеричний синдром, лекція

Післядипломна освіта є важливою і обов'язковою складовою вдосконалення професійної підготовки лікаря, оскільки досягнення сучасних методик обстеження та діагностики пацієнтів, оволодіння схемами лікування та профілактики захворювань є важливою складовою роботи лікаря. Особливе значення в післядипломній освіті відводиться її етапності та послідовності, контролю якості навчання та практичної підготовки лікарів-курсантів на передатестаційних циклах, циклах тематичного удосконалення або циклах спеціалізації [1, 6]. Сьогодні, враховуючи стратегію НМАПО імені П.Л. Шупика, щодо впровадження вимог ISO у всі процеси (наукова, навчально-методична діяльність та надання медичних послуг), робота зі слухачами циклів післядипломної освіти повинна мати завершений цикл – планування процесу, задокументований моніторинг і контроль виконання, оцінка результату, визначення заходів для покращення результату та внесення змін до плану

роботи щодо підвищенню кваліфікації лікарів. Згідно моніторингу і контролю виконання рішень вчених рад і наказів НМАПО імені П.Л. Шупика, ректора, наказів МОЗ і МОН України, проведеного анкетування слухачів-рефлексотерапевтів щодо оцінки якості викладання на кожному циклі, оновлюється напрямок навчально-методичного матеріалу. На циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» оновлено ряд лекційного матеріалу, зокрема вдосконалено напрямок за темою «Використання рефлексотерапії в гінекології».

В лекції з цього напрямку розглядається тематика «Порушення менструального циклу (ПМЦ)», що не є самостійними захворюваннями, яке не можна розглядати навіть як самостійний синдром: це прояв, симптом якогось іншого, більш загального процесу, наприклад, хвороби або синдрому полікістозних яєчників, ендометріозу, міоми матки. Однак уявлення про нозологію в сучасній європейській медицині і ТКМ не збігаються. Крім того, за наявності чіткого ПМЦ має місце настільки ж чіткий, більш загальний діагноз. Часто діагноз «безпліддя» не має ясної нозологічної «розшифровки» [2, 3, 4].

Оскільки ПМЦ, з точки зору сучасної європейської медицини, не більше ніж симптом, то, природно, єдиної, загальноприйнятої їх класифікації не існує. Але в будь-якому випадку, вони можуть трактуватися як прояв недостатності менструального циклу (гіпоменструальний синдром), його надмірності (гіперменструальний синдром або гіперполіменорея), ановуляція і дисфункціональні маткові кровотечі (ДМК). Ефективність РТ при будь-якому зазначеному виді ПМЦ в даний час сумнівів не викликає (Михайлова Н.А., 2011).

Так, Т.Асо і співавт. (1976) при дослідженні ефективності акупунктури на здорових жінках довели, що вона сприяє підвищенню концентрації стероїдних гормонів в першій фазі менструального циклу і підсилює відповідь гіпофіза на вплив гонадотропін-рилізінг-гормону.

Е.Кубиста і співавт. (1981) довели ефективність акупунктури при оліго-і аменорей на тлі нормальної і зниженої інтенсивності секреції гонадотропінів.

За даними Ю Джін і співавт. (1984), електроakupунктурна стимуляція овуляції у жінок з ановуляторними циклами ефективна в 41,7–56,7% випадків.

Я.А.Гольдштейн і співавт. (1988) вказують на високу ефективність РТ у жінок з гіпоменструальним синдромом. Велике практичне значення має таке питання: які меридіани, що відносяться до систем ІНЬ або ЯН, є провідними в першій фазі фізіологічного менструального циклу, а які в другій, і чи мають місце взагалі закономірності подібного порядку.

У трактаті Су Вень вказані різні періоди в житті жінок у зв'язку з рівнем функціонування певних

каналів АП: у дівчаток енергія нирок формується в 7 років, в 14 років (двічі сім) у них настає статевая зрілість, і починають функціонувати статеві залози; саме в цей момент виявляється енергія судини зачаття Жень-Май і посилюється функція меридіана Чун-Май; у цей період з'являються менструації і дівчина набуває здатність до дітородіння; у 21 рік енергія меридіана нирок досягає максимальної активності-прорізуються зуби мудрості; у 28 років набирають міцності кістки і м'язи, а тіло знаходить міць.; у 35 років Кров і ЧИ меридіанів Ян Мін (Е, ГІ) починають слабшати, обличчя покривається зморшками, і починає випадати волосся; у 42 роки слабшає шість ЯН-меридіанів верхньої частини тіла, обличчя ще більш старіє, а волосся стає сивим; у 49 років слабшає ЧИ каналів Жень-Май і Чун-Май, статеві гормони виснажуються, і жінка стає безплідною. Але, виснаження секреції статевих гормонів на сьомому етапі пов'язується не з каналами Жень-Май і Чун-Май, а з системою «нирок».

Нирки, за уявленнями ТКМ – пара аж ніяк не рівнозначних органів. За концепцією Нань-Цзин, ліва нирка дійсно є ниркою, а права називається «воротами життя» (Мін-Мень) і відповідає за генетичну інформацію і статеву функцію, у ній збирається «сперматична есенція» у чоловіків і «перебуває менструальна кров і сили, які утримують плаценту» у жінок. Нирки відносяться до каналів системи ІНЬ.

Отже, з одного боку, ми маємо право припустити, що в період статевого дозрівання незалежно від статі дитини інські канали є провідними, а з іншого, суцільна специфічність «воріт життя» Мін-Мень змушує серйозно засумніватися в значимості цієї пріоритетності.

У тому ж трактаті Су Вень вказується, що «для того, щоб статеві гормони могли жити організм, необхідно максимум активності і досконалості функціонування п'яти органів (Чжан)». Органи Чжан (один з них – нирки) відносяться до системи ІНЬ, до неї ж належать і канали Жень-Май і Чун-Май. Матка, за уявленнями ТКМ, знаходиться в тісному зв'язку з нирками і каналами Жень-Май і Чун-Май, що відходять від неї (Шноренбергер К., 2011).

Це означає, що і в подальшому для нормального функціонування жіночої репродуктивної системи в цілому визначальним є стан меридіанів і органів системи ІНЬ. Підтвердження цього можна знайти і в роботах з пульсової діагностики, де вказується, що у жінок провідними є пульси правої руки, тобто пульси, що відображають стан інських каналів. Крім того, у жінок пульс в позиції Цунь слабкіше, ніж в позиції Чи. У чоловіків, навпаки, пульс в позиції Цунь сильніше, ніж в позиції Чи. Цунь відноситься до системи ЯН, Чи – до системи ІНЬ.

Таким чином, можна зробити висновок, що, з точки зору нормального функціонування

репродуктивної системи жінок, «ІНЬські» канали можна розглядати в якості провідних. А.Ф.Жаркін і Н.А.Жаркін (1988), зробили спробу перевести поняття старокитайської медицини на сучасну європейську мову і пишуть про те, що в першу фазу менструального циклу переважають впливу парасимпатичної нервової системи (ІНЬ), а в другу – симпатичної (ЯН). Т.Ю.Даніелян (1992) дотримується тієї ж точки зору. Д.Н.Стояновській (1981) і В. І. Іванов (1991) не знаходять пріоритету каналів ІНЬ або ЯН залежно від фази менструального циклу.

З нашої точки зору, якщо і є переважання якоїсь з систем залежно від фази менструального циклу, то, швидше, навпаки, в першу фазу менструального циклу, фазу проліферації, провідними є канали, що відносяться до системи ЯН, а в другу фазу, яка в разі запліднення трансформується у вагітність раннього терміну, а за відсутності її закінчується, провідними є канали, пов'язані з ІНЬ.

Підводячи підсумок даного огляду, констатуємо, що при очевидності, за інших рівних умов, пріоритетного значення нормального функціонування «ІНЬських» каналів для підтримки фізіологічних параметрів репродуктивної системи жінок, чітких закономірностей ритму ІНЬ-ЯН, що корелюють з менструальним циклом, на сьогоднішній день не виявлено. Отже, використання для регуляції ПМЦ схем РТ, заснованих на стимуляції або гальмуванні каналів, що відносяться до ІНЬ або ЯН, залежно від фази менструального циклу, апіорі видається не зовсім коректним.

#### **Актуальним є розгляд діагностики та лікування гіпоменструального синдрому та аменореї**

За даними I.Gerhard і F.Postneek (1992), ефективність лікування безпліддя на тлі олігоменореї і недостатності лютеїнової фази при ізольованому використанні акупунктури або при поєднанні її з фармакотерапією складає 40%, а при ізольованому використанні фармакотерапії – 33,3%. Близькі дані наводить і Л.В.Ткаченко (1984), а Н.П.Паршутін (1990) довів, що акупунктура ефективна при олігоменореї на тлі гіпердрогенії.

*На думку Хоанг Бао Тяу та ін (1989), даний патологічний стан може бути пов'язано з наступними синдромами:*

- ✓ «сухість» крові, викликана гіпофункцією каналів Нирок і Печінки, і (або) Селезінки;
- ✓ порушення функцій (прохідності) каналів Жень-Май і Чун-Май;
- ✓ застійні явища в Крові із збільшенням ролі каналів Печінки і Жень-Май.

*К.Шнорренбергер (2011) вважає, що аменореї відповідають такі китайські діагнози:*

- ✓ дефіцит і слабкість ЧИ і Крові;

- ✓ функціональна недостатність Печінки і Нирок;
- ✓ блокування ЧИ і застій Крові;
- ✓ внутрішнє блокування Флегмою і Вологістю.

*На думку Гаваа Лувсана (2004), давньокитайські лікарі відносили відсутність менструацій до синдромів дефіциту меридіанів Нирок (вплив ПЧ «Холод» і «Страх»), Печінки (на тлі депресії), Легень (як результат впливу ПЧ «Печаль» і «Занепокоєння») і Селезінки (фізична або психоемоційна первтома).*

*Халмурат Унур і В.Г.Начатой (1997) пов'язують аменорею з недокрів'ям і дефіцитом ЧИ в організмі або зупинкою Крові в матці. Вони пропонують у першому випадку використовувати канали Селезінки, Сечового міхура і Жень Май, а в другому – замість каналу Сечового міхура канал Печінки.*

*А.М.Овечкін (1991) також надає великого значення в розвитку гіпо- і аменореї розладу каналів Жень Май і Чун Май внаслідок порушення функцій каналу Печінки.*

*Д.Н.Стояновській (1981), крім перерахованих вище каналів, рекомендує використовувати канали Шлунка і Ду Май.*

*Принципи лікування гіпоменструального синдрому та аменореї*

*За нашими даними, найбільш часто аменорея і гіпоменструальний синдром пов'язані з порушенням функціонування каналів Нирок, Печінки, Жень Май і Чун Май. Метод впливу в дистально розташовані ТА-другий збудливий з тривалістю впливу від 5 до 20 хв, за даними різних авторів (Гаваа Лувсан, 2004; Іванов В.І., 1991; та ін.).*

*Халмурат Унур і В.Г.Начатой (1997) пропонують використовувати при «рідких менструаціях» (опсоменорея, по К.Н.Жмакіну, 1980) гармонізуючий метод («пін-бу, пін-се»).*

*Д.Н.Стояновській (1981) вважає, що при аменореї і олігоменореї лікування слід починати з впливу в точки GI-4 або RP-6, застосовуючи на перших трьох процедурах другий гальмівний метод, а на наступних – другий збуджувальний. Впливати на ТА, розташовані на передній черевній стінці, деякі автори радять впливати другим гальмівним методом з тривалістю впливу від 15 до 30 хв. (Стояновський Д.М., 1981; Чжу Лянь, 1992).*

*Багато авторів підкреслюють необхідність застосування припалювання, особливо в разі дії ПЧ «Холод». Найбільш часто у складі акупунктурних рецептів ми радимо використовувати такі ТА: RP-6,8,9,10; V-20,23,25,26,60; F-2,3,5,8,9,13,14; J-2,3,4,5,6,7; R-3,6,10,12,14; E-28,29,31,36,37,39; T-1,3,4,20; GI-4,10,11; VB-34.*

Орієнтовна схема лікування по Д.Н.Стояновському (1981).

- ✓ при олігоменореї із затримкою менструації менше 5 міс лікування починають за день до передбачуваного строку чергової менструації і продовжують протягом 8 днів;
- ✓ при аменореї і олігоменореї понад 5 міс – у будь-який час. При гіпоменореї лікування починають за 2–3 дні до чергової менструації.

Процедури проводять щодня: 1) GI-4, J-3, остання з припалюванням; 2) RP-6, J-4 – другим гальмівним методом; 3) J-4 другим гальмівним методом з припалюванням; E-29, RP-6 – другим збуджувальним методом з припалюванням. Курс лікування – 7–10 процедур. Проводять один-два курси з тижневою перервою.

#### **Актуальним є розгляд діагностики та лікування гіперопіменореї**

За даними К.Шнорренбергера (2011), європейському діагнозу «менорагія» відповідають китайські діагнози:

- ✓ Повнота і Жар;
- ✓ дефіцит ІНЬ у поєднанні з дефіцитним Жаром;
- ✓ виникнення Жару через блокування «Печінки»

#### *Принципи лікування гіперопіменореї:*

На думку Гаваа Лувсана (2004), «надлишкові менструації і дисфункціональна маткова кровотеча відносяться до синдрому дефіциту «Печінки» «Нирок», тому необхідно тонізувати меридіани Печінки і Нирок».

Халмурат Упур і В.Г.Начатой (1997) вважають, що рясні менструації пов'язані зазвичай з «порушенням порядку ЧИ «Печінки», що, ймовірно, вимагає застосування гармонізуючого методу ГРТ (пін-бу, пін-се), а при частих менструаціях, що супроводжуються «Жаром Крові», дані автори рекомендують гальмівний метод впливу на ТА Печінки і Жень Май.

На значення порушення функціонування каналу Печінки в розвитку маткових кровотеч вказують і А.Т.Качан і співавт. (1990). Вони ж відзначають необхідність впливу і на ТА меридіанів Нирок і Селезінки – Підшлункової залози.

Точки цих же каналів вказані в рецептах Чжу Лянь (1992), яка рекомендує проводити ГРТ і припалювання в дистальні ТА першим або другим гальмівним методом, а в точки передньої черевної стінки – першим або другим збудливим.

Д.Н.Стояновській (1981), крім перерахованих меридіанів, використовує меридіани Сечового міхура, Жовчного міхура та Шлунка, впливаючи на них, як і Чжу Лянь.

А.Ф.Жаркін і Н.А.Жаркін (1988) для зупинки кровотечі, крім перерахованих вище, використовують ТА меридіанів Товстої кишки і Ду Май, впливаючи першим або другим збудливим методом.

Ми радимо для зупинки маткової кровотечі впливати на ТА «Вогню» каналу Печінки (F-2), або Тонкої кишки (IG-5) першим або другим збудливим методом.

Найбільш часто слід використовувати такі корпоральні ТА: F-1,2,3,5,8,9,13; RP-1,2,6,7,8,10,13; R-2,3,6,7,10,11,12,13,14,15; V-14,23,31,36,40,62; J-3,4,5,6,7; P-5; C-8; MC-6,9; VB-26,27, 34,41; E-12,25,29,36; GI-4; та аурикулярні точки : AP-58 (матка), AP-23 (яєчник), AP-95 (нирка), AP-98 (печінка), AP-22 (залози внутрішньої секреції).

Схема РТ з метою гемостазу за А.Ф. Жаркиним і Н.А. Жаркиним (1988) (першим або другим збуджувальним методом до зупинки кровотечі, далі див схему при ановуляції): GI-4, E-36, RP-6; V-31, V-33, V-14; RP-10, RP-7, F-8, J-4; T-4, V-23, VB-26; F-5, F-8, VB-34; E-29, RP-6, F-13

#### **Актуальним є розгляд діагностики та лікування ановуляції**

За даними І.І.Гузова (1994), у жінок з неплідністю, обумовленою гіпоталамо-гіпофізарними порушеннями, РТ тим ефективніше, чим менш виражені гормональні порушення, в той час як стимуляція овуляції кломіфеном ефективніше у пацієнток з високими гормональними рівнями (ЛГ, ФСГ, гіперестрогенією). При цьому ефективність ГРТ, на відміну від медикаментозного лікування, не залежить від тривалості безпліддя. Ефективність РТ складає близько 35% [1, 5, 6].

За спостереженнями З.Ш. Гілязутдінової і Б.Г.Сутюшева (1984), при лікуванні безпліддя на тлі гіпоталамічних порушень овуляторний менструальний цикл відновлюється в 59,4% випадків, а вагітність настає у 32,4% пацієнток.

А.Т.Терешін (1995) при РТ хворих з гіпоталамічним безпліддям відзначив настання вагітності в 75% випадках, а при поєднанні РТ з медикаментозною стимуляцією овуляції – в 91% спостережень.

#### *Принципи лікування ановуляції*

За даними Т.Ю.Даніелян (1992), при ановуляції в період, що відповідає першій фазі менструального циклу, в гіпофункції знаходяться інські меридіани Легень, Перикарда, Нирок, що вказує на зниження функціонального рівня парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи, але у 20% випадків має місце гіперфункція каналу селезінки, що говорить про збільшення вагусної активності.

Вплив по рекомендаціям даного автора проводять щодня з 6–7-го по 13–14-й день менструального циклу.

Основні ТА для впливу:

- ✓ P-9 ; MC-9, 7; R-7,3; V-23 (вплив здійснюють другим збуджувальним методом – 10 хв); RP-5,3 (діють другим гальмівним методом – 20 хв).
- ✓ У другій фазі циклу, слід впливати на ТА: GI-4,11; V-67,64,28 ; VB-43,40 по збуджувальній методиці, тоді як на ТА E-45, E42 – по гальмівній. Вплив здійснюють з 13–14-го по 19–20-й дні циклу.
- ✓ Крім того, використовують локально-сегментарні ТА каналів Жень Май і Нирок: J-2,3 і R-12.
- ✓ Можна використовувати і точки R-11, 13 і 14 ; VB-26, 27, 28 (Качан А.Т. та ін, 1990; ГЛувсан, 1990).
- ✓ Для впливу на канали Жень Май та Чун Май використовують алгоритм дії ТКМ на «Чудові меридіани».

*Крім того, при безплідді гормонального генезу Г.Лувсан пропонує:*

- ✓ тонізувати припалюванням ТА F-3, 8; та RP-6 сань-іннь-цзяо;
- ✓ уколювати протягом 30 хв з подальшим припалюванням ТА R-13 , J-3, і спеціальні «точки безпліддя» (PC-49)
- ✓ впливати на ТА E-36, GI-4 і R-6.
- ✓ Сеанси, за його даними, краще проводити в пізню фазу проліферації (перед днем передбачуваної овуляції) через день.
- ✓ На один сеанс брати 4-6 точок, в період овуляції використовувати тільки припалювання, після овуляції терапію відразу ж припиняти.
- ✓ При передчасному виснаженні яєчників, крім зазначених вище, автор пропонує припалювання ТА RP-10 , R-4, E-30 та вколювання AP-58, 23, 55, 22, 13.
- ✓ Голки в AP автор пропонує вводити на 20 хв; сеанси аурикулотерапії проводити через день.

*За нашими даними, доцільно проводити вплив переважно на ТА меридіанів Нирок, Перикарда, Жень-Май, Чун-Май, Шлунка, Сечового міхура і Трьох обігрівачів, розглядаючи основні канали впливу як такі, що знаходяться в стані гіпофункції.*

*Схема РТ при ановуляції за А.Ф. Жаркиним і Н.А. Жаркиним (1988):* MC-7, VC-6 – другим збудливим методом (5–7 хв з періодичним обертанням); VC-4, R-3-5-7 хв; R-13, C-7 – 5-7 хв; R-12, MC-6 – також; C-5, R-3, R-4 – також; VC-1, VC-6, MC-7, R-13; GI-4, V-23 (15-й день циклу); V-32, V-33; GI-11, V-31; E-36, V-33; GI-4, V-31; rV-33, E-41

На повторному курсі класичну ГРТ поєднують з аурикулярною мікроголкутерапією, використовуючи AP22, 23, 26, 51, 55, 56, 58 у періовуляторній фазі 7-х діб Перші 6 діб – білатерально кнопкові голки в AP-23, з 7-ї процедури на 7-у добу в AP-51 і AP-55.

**Актуальним є розгляд діагностики та лікування хронічних запальних захворювань органів малого тазу (ХЗЗОМТ) – це в першу чергу хронічний ендометрит і хронічний сальпінгофорит.** Симптоми їх не специфічні і поза періодів загострення часто носять змазаний характер. Вторинне запалення (асептичне, принаймні на початкових етапах) в області, наприклад, деструкції тканин внаслідок ендометріодних гетеротопій або контакту слизової оболонки матки з внутрішньоматковим контрацептивом практично неминуче. Таким чином, ХЗЗОМТ – одне з найбільш частих гінекологічних захворювань [1, 2, 5, 6].

Хронічний ендометрит проявляється в першу чергу такими симптомами, як гіперполіменореєю і виділеннями зі статевих шляхів (білі). Клінічна картина хронічного сальпінгофориту визначається в основному інфільтративними і склеротичними змінами в стінках маткових труб, спайковим процесом в малому тазу і вторинним порушенням функції яєчників. При тривалому перебігу хронічного сальпінгофориту (2–3 роки і більше) у більшості хворих відзначаються ознаки вторинної невралгії тазових нервів.

Поряд з місцевими проявами захворювання з'являються більш-менш виражені зміни функції ЦНС, ендокринних органів, спотворення судинних реакцій і алергізація організму. Найбільш частий симптом хронічного сальпінгофориту – це різного характеру больові відчуття в нижніх відділах живота. Вони можуть бути постійними або виникати періодично. Посилення їх часто пов'язано з охолодженням, захворюваннями, психічним або фізичним перенапруженням, статевим життям і т. і.

Як правило, больовий синдром викликається морфофункціональними змінами в маткових трубах і спайковим процесом в малому тазу. З цим же багато в чому пов'язана й інша скарга хворих з хронічним сальпінгофоритом – неплідність. У хворих з хронічним сальпінгофоритом частіше, ніж у загальній популяції, зустрічаються овуляторні болі і кров'янисті виділення, представлені іноді як «синдром овуляції». Приблизно у 50% хворих з хронічним сальпінгофоритом відзначаються ті чи інші порушення менструального циклу.

З іншого боку, ПМЦ, білі, альгодисменорея, зниження фертильності можуть мати місце при обох захворюваннях. Таким чином, очевидно, що лікування пацієнок з ХЗЗОМТ в періоди ремісії запального процесу складається з поліпшення імунного статусу для мінімізації ймовірності загострень, розсмоктувальної терапії, відновлення повноцінного двофазного менструального циклу, усунення больового синдрому, пов'язаного з порушенням мікроциркуляції і іннервації органів малого тазу, поліпшення психологічного статусу і за рахунок всього цього підвищення фертильності.

*Принципи лікування ХЗЗОМТ*

З точки зору ТКМ, можна розглядати блокування ЧИ і застій Крові в малому тазу (Шнорренбергер К., 2011). Ендометрит можна віднести до синдрому дефіциту меридіану Печінки та повноти меридіану Жовчного міхура (Лувсан Г., 2001).

*При лікуванні ендометриту Г.Лувсан вважає:*

- ✓ необхідно тонізувати ТА меридіану Печінки F-3, 5 і V-18 (співчутлива точка каналу Печінки), і гальмувати ТА меридіану Жовчного міхура VB-26, 34;
- ✓ або тонізувати ТА меридіану нирок R-6, 9 R9 і V-23 (співчутлива точка каналу Нирок)
- ✓ до спеціальних ТА автор відносить RP-6, що має велике значення при всіх гінекологічних захворюваннях, а також RP-10, V-28, 32, що дуже важливі при захворюваннях статевої та сечовидільної системи.
- ✓ зазначені ТА автор рекомендує гальмувати з експозицією 30 хв.
- ✓ тонізувати (експозиція 10 с) ТА J-3, R-13, E-27;
- ✓ пальпувати і при болючості гальмувати ТА V-47;
- ✓ включати до акупунктурних рецептів ТА T-4, 5, 7. З аурикулярних точок він рекомендує AP-58, 23, 13, 22 і 79,
- ✓ сеанси слід проводити щодня з експозицією 20–30 хв.

*При аднекситі по Г.Лувсану лікування практично ідентичне описаному вище. Додатково пальпують і при болючості гальмують ТА V-31. На думку Чжу Лянь (1992), РТ при аднекситі справляє протизапальну і анальгезуючу дію. При цьому автор вважає, що при хронічному процесі не показано глибока ГРТ: замість неї можна використовувати багаторазово теплове цзю. Основні ТА для впливу: V-28, 29, 31-34; J-2, R-11, E-36, 37; RP-7, 6; застосовувати слід другий гальмівний метод впливу*

*А.Ф.Жаркін і Н.А.Жаркін (1988) при лікуванні хронічного ендометриту і сальпінгофориту використовують пролонговану аурикулярну РТ з введенням кнопкових голок, або разове вколювання AP-58, 56 і 23 у поєднанні з корпоральною акупунктурою. При больовому синдромі на тлі хронічного ендометриту вони рекомендують другий гальмівний метод впливу ГРТ з експозицією від 20 до 30 хв за наступною методикою: 1-й сеанс- J-5, TR-5; 2-й сеанс-F-12, F-9; 3-й сеанс-F-2, E-28; 4-й сеанс-P-7, J-4, R-6; 5-й сеанс-T-4, V-23, V-32; 6-й сеанс - V-31, V-33, V-60; 7-й сеанс-GI-4, E-36, RP-6; 8-й сеанс - T-14, V-11; 9-й сеанс- R-11, R-21; 10-й сеанс-MC-7, MC-6, RP-4.*

*При загостренні хронічного сальпінгофориту автори рекомендують іншу методику: 1-й сеанс-E-36, GI-4, 11, RP6; 2-й сеанс-P-7, R-6; 3-й сеанс - TR-5 ліворуч, VB-41 праворуч, AP-55, 58*

зліва; 4-й сеанс-TR-5 праворуч, VB-41 ліворуч, VB-25; 5-й сеанс-TR-5 ліворуч, VB-41 праворуч, VB-26; 6-й сеанс-RP-6, J-4; 7-й сеанс - AT23, 97, 58 (з боку більшої хворобливості), V60, V23, V32; 8-й сеанс-R6, R12, R14; 9-й сеанс-T-14, V-11, IG-14, GI-15; 10-й сеанс - E-36, E-30 (при запорах); 11-й сеанс - V-31, V-32, V-33 (болючі точки), V60; 12-й сеанс-GI-4, P-7. Для зняття больового синдрому користуємося комбінацією аурикулярних точок з точками попереково-крижової ділянки (V-31–34). При спасеному процесі впливаємо переважно на меридіани F, VB, RP, E; порушення менструального циклу лікуємо в залежності від їх характеру.

**Висновок**

Вдосконалення напрямку на циклі «Спеціалізація з рефлексотерапії» лекційного матеріалу за темою «Використання рефлексотерапії в гінекології» допомогло б вирішити, як мінімум, дві проблеми: це зниження фармакологічного навантаження на пацієнтку і, отже, мінімізація можливих ускладнень і побічних ефектів фармакотерапії. З іншого боку, застосування в структурі лікувальних заходів акупунктури безсумнівно збільшить ефективність терапії досить широкого спектру патологічних станів в акушерстві та гінекології. Серед захворювань, в лікуванні яких РТ повинна зайняти гідне місце, можна вказати такі, як невиношування вагітності, блювання вагітних, гестоз, порушення менструального циклу, альгодисменорея, ендометріоз, передменструальний синдром, синдром тазових болів, клімактеричний синдром

Однак, широкому впровадженню даного напрямку в акушерську і гінекологічну практику заважає та обставина, що акушери-гінекологи часто не володіють теорією і навичками РТ, а рефлексотерапевти погано уявляють собі особливості та нюанси патологічних станів в акушерстві та гінекології.

**Література**

1. Рефлексотерапія: національний підручник / [Мурашко Н. К., Морозова О. Г., Чуприна Г. М. та ін.]; за ред. Н. К. Мурашко, О. Г. Морозової. – К.: ТОВ СІК ГРУП Україна, 2013. – Т. 2. – 421 с.
2. Самосюк І.З. Акупунктура: Енциклопедія / І.З.Самосюк, В.П.Лисенюк. – Київ, М.: Українська енциклопедія, АСТ-Пресс, 1994. – 542 с.
3. Самосюк І.З., Лисенюк В.П., Лобода Р. Лазеротерапія і лазеропунктура в клінічній і курортній практиці. – К.: Здоров'я, 1997. – 240 с.
4. Шнорренбергер К. Специальные техники акупунктуры и прижигания. – М.: Balbe, 2007. – 279 с.
5. Шнорренбергер К. Учебник китайской медицины для западных врачей. Пер. с нем. / К. Шнорренбергер – МСЕТ, 1996. – 580 с.

### Лекция цикла специализации по рефлексотерапии «Использование рефлексотерапии в гинекологии»

#### Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

#### Чуприна Г.Н.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

#### Парникоза Т.П.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

#### Труфанов Е.А.

д.мед.н., профессор кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

#### Чередниченко Т.В.

к.мед.н., ассистент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

#### Резюме

Совершенствование направлений на цикле «Специализация по рефлексотерапии» лекционного материала по теме «Использование рефлексотерапии в гинекологии» помогло решить две проблемы: это снижение фармакологической нагрузки на пациенток и, следовательно, минимизация возможных осложнений и побочных эффектов фармакотерапии. С другой стороны, применение в структуре лечебных мероприятий акупунктуры несомненно увеличит эффективность терапии достаточно широкого спектра патологических состояний в акушерстве и гинекологии. Среди заболеваний, в лечении которых рефлексотерапия должна занять достойное место, можно указать такие, как невынашивание беременности, рвота беременных, гестоз, нарушения менструального цикла, альгодисменорея, эндометриоз, предменструальный синдром, синдром тазовых болей, климактерический синдром

**Ключевые слова:** акупунктура, точки акупунктуры, нарушения менструального цикла, предменструальный синдром, синдром тазовых болей, климактерический синдром, лекция

### Lecture of the specialization cycle on reflexology «Using Reflexotherapy in Gynecology»

#### Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

#### Chupryna G.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

#### Parnikoza T.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

#### Trufanov Y.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

#### Cherednichenko T.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

#### Resume

Improvements direction loop «Specialization reflex» lectures on «The use of acupuncture in gynecology» would help solve at least two problems: the decline of pharmacological burden on patients and thus minimizing possible complications and side effects of pharmacotherapy. On the other hand, the structure used in acupuncture treatment measures will undoubtedly increase the effectiveness of treatment of a wide range of pathological conditions in obstetrics and gynecology. Among the diseases in which treatment RT should take its rightful place, you can specify such as miscarriage, vomiting in pregnancy, preeclampsia, menstrual irregularities, algomenorrhea, endometriosis, premenstrual syndrome, pelvic pain, menopausal syndrome

**Key words:** acupuncture, acupuncture points, menstrual disorders, premenstrual syndrome, pelvic pain syndrome, menopausal syndrome, lecture