

А. Ф. Жаркин,
Н. А. Жаркин

Рефлекс-
терапия
в акушерстве
и гинекологии

А. Ф. Жаркин, Н. А. Жаркин

Рефлексо- терапия в акушерстве и гинекологии



Ленинград «МЕДИЦИНА»
Ленинградское отделение 1988

ББК 53.58

Ж35

УДК 615.814.1:618.2+68.1

Рецензент: С. М. Зольников, д-р мед. наук, проф., зам. директора по научной работе ЦНИИ рефлексотерапии.

Жаркин А. Ф., Жаркин Н. А.

Ж 35 Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии.— Л.: Медицина, 1988.— 160 с, ил.

ISBN 5-225-00152-1

В монографии приведен опыт применения рефлексотерапии при нарушениях менструального цикла, половых расстройствах, акушерских осложнениях при наступившей беременности и ряде гинекологических заболеваний. Отмечена безвредность рефлексотерапии для организма матери и плода. Освещены лечение болевого синдрома у гинекологических больных, обезболивание некоторых операций (кесарево сечение). Представлены показания и противопоказания рефлексотерапии. Особое внимание обращено на применение рефлексотерапии у беременных, рожениц и родильниц.

Монография рассчитана на врачей-рефлексотерапевтов.

4П0000000 105

Ж-----без объявления

039(01)88ББК53.58

ISBN 5-225-00152 1

© Издательство «Медицина, Москва, 1988 г.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Основными задачами акушерско-гинекологической помощи являются обеспечение полноценной подготовки девочки и молодой женщины к будущему материнству в медицинском, социальном и психологическом аспектах, вынашивания здорового потомства и благоприятного родоразрешения, надежной профилактики и лечения различных гинекологических заболеваний. Для этого необходимы принципиальная перестройка в системе организации службы родовспоможения, повышение качества работы персонала и полноценная материальная оснащенность медицинских учреждений.

В этих условиях большое значение придается немедикаментозным способам санации, среди которых ведущее значение приобретает рефлексотерапия как одна из стройных, хорошо разработанных для практики систем.

Попытки применить традиционные методы рефлексотерапии (РТ) при акушерских осложнениях и гинекологических заболеваниях имеют место на протяжении всей истории развития этого метода. Об этом свидетельствуют многочисленные руководства и трактаты по РТ.

Указания о применении РТ в гинекологии относятся к VI—XIII векам, в том числе в книге «Тун женьшу сюэ женьцзю» («Атлас точек бронзового человека») Ван Вэй-и, 1026 г. ¹, которые носили эмпирический характер и были направлены на ликвидацию симптомов заболевания.

Несмотря на развитие акушерско-гинекологической науки, применение РТ вплоть до 80-х годов XX века проводилось на уровне традиционных методов без учета особенностей патологического процесса и современ-

¹ Цит. по Д. М. Табеевой. Руководство по итлорефлексотерапии.— М.: Медицина, 1980, с. 30.

ного понимания механизмов нейроэндокринной регуляции специфических функций организма женщины. Это в равной мере относится и к западноевропейской медицине, отмеченной в публикациях J. Niboyet (1982), F. Warren (1976) и др. Об этом также свидетельствуют материалы Международных конгрессов по акупунктуре, в том числе 7-го (Италия, 1979) и 8-го (Болгария, 1983).

Подобное положение обусловлено, по-видимому, тем, что в практике акушеров-гинекологов рефлексотерапия не получила широкого распространения и в связи с этим не проводилось специальных исследований функционального и прикладного характера.

Отсутствие научно обоснованных наблюдений до последнего времени сдерживало применение РТ у беременных женщин в силу опасности возможного прерывания беременности. В специальных руководствах последних лет сохраняются противопоказания к РТ во второй половине беременности, в то время как ранимость фетоплацентарной системы уменьшается по мере ее развития. Возникает определенный диссонанс между недостаточно обоснованными рекомендациями и научными представлениями в проблеме рефлексотерапии применительно к акушерской и гинекологической практике.

В предлагаемой вниманию читателя монографии предусматривается изложение вопросов рефлекторной терапии расстройств специфических функций организма женщины.

После краткой теоретической предпосылки о современном понимании механизмов регуляции этих функций приводятся сведения о методах рефлекторной диагностики. Это вызвано тем, что рефлексотерапия в равной степени с другими видами лечения нуждается в постоянном специальном контроле. Особенностью этого раздела является то, что в основе диагностического метода применительно к рефлексотерапии наряду с традиционными использованы современные тесты по определению функционального состояния вегетативной нервной системы, в частности определение порога возбудимости, рефлекторной активности (продолжительности или степени выраженности реакций в ответ на дотированный раздражитель) и соотношения адрен- или холинергического тонуса.

В методическом плане обращено внимание читателя им рациональность адаптации лечения к биологическо-

му ритму в организме женщины или его имитация на фоне возникших нарушений. В этой связи сочтено рациональным разработать примерную (но не типовую) рецептуру точек, воздействие через которые могло бы способствовать нормализации циклических изменений.

У беременных целью РТ явилось восстановление такого уровня вегетативной регуляции, который был бы характерным для определенного срока развития фетоплацентарной системы.

Клинические наблюдения подтвердили прямую зависимость динамики выздоровления и восстановления физиологического уровня вегетативной регуляции. Нормализация рефлекторной активности завершалась через 7—10 сут после исчезновения симптомов заболевания, что привело к мысли об использовании рефлекторной диагностики для определения степени реабилитации от болезни.

При изложении методов лечения были использованы рекомендации применительно к классическому методу — иглотерапии. Описание других воздействий на кожные точки акупунктуры было опущено из-за отсутствия у авторов необходимого количества наблюдений по каждому из них (электро-, магнито-, светопунктура и др.).

Овладение традиционным методом рефлексотерапии позволит врачу при возникновении к этому потребности легко освоить и другие виды ее.

Авторы приносят глубокую благодарность сотрудникам клиники и практическим врачам, работавшим вместе над освоением РТ при акушерских и гинекологических заболеваниях и вложившим неоценимый вклад своего опыта в общий итог работы клиники. Считаем своим долгом указать фамилии наших товарищей (проф. С. В. Вдовин, доц. А. С. Гаврилова, доц. В. А. Дорогова, доц. С. И. Фофанов, канд. мед. наук Т. С. Вдовина, Л. В. Егина, Э. А. Емельянов, Л. В. Ткаченко, Юсеф Бади Аль Асаф, Сайд Мохамед Махад, врачи Л. Р. Багмутова, Л. Г. Гурова, Л. И. Закаталова, Н. В. Коршунова, Г. П. Королева, Т. И. Костенко, Т. Н. Пекарская, А. Н. Рылькова, М. С. Селихова, М. И. Часовников и др.), результаты исследований которых включены в текст монографии.

Мы далеки от мысли о завершенности изложенного материала в силу того, что в проблеме рефлексотерапии сохраняется много нерешенных вопросов, а имеющиеся

публикации касаются преимущественно общих положений этого метода.

Разработки профилированного плана посвящены ряду направлений, в частности лечению боли, некоторых неврологических синдромов, аллергических состояний и др.

Наш первый опыт клинического анализа применения РТ в акушерской и гинекологической практике, возможно, недостаточно совершенен, поэтому мы будем благодарны читателям за советы, направленные на улучшение качества монографии.

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

А

— - альбумино-глобулиновый коэффициент

Г

АД — артериальное давление

АТ — аурикулярная точка

ВГП — внутриутробная гипоксия плода

ВМ — внемеридианная точка

ВНС — вегетативная нервная система

ИБС — ишемическая болезнь сердца

КС — кесарево сечение

РТ — рефлексотерапия

СДАП — свето-диод-акупунктура

ТА — точка акупунктуры

ФСГ — фолликулостимулирующий гормон гипофиза

ЦНС — центральная нервная система

ЧСН — чрескожная стимуляция нерва

ЭЛАП — электроакупунктура

Репродуктивная система женщины осуществляет менструальную, половую, детородную и лактационную функции, которые для ее организма признаются специфическими. Особенностью этих функций являются их формирование и становление в период расцвета физических сил организма и наиболее высокой его жизненной активности. По мере ослабления физической активности с возрастом или в результате болезни возникают расстройства процессов репродукции. Принимая во внимание интегративный принцип регуляции специфических функций женского организма, становится понятным механизм преимущественно множественного повреждения их. Клиническая выраженность этих нарушений находится в прямой зависимости от особенностей гомеостаза организма.

Легкая ранимость репродуктивной системы дала основание М. А. Петрову-Маслакову, В. Г. Матысяку (1973) и др. рассматривать специфические функции организма женщины как один из наиболее чувствительных критериев для оценки влияния на человеческий организм социальных, производственно-бытовых и других факторов, в том числе психоэмоциональных стрессовых ситуаций.

Преимущественное участие субкортикальных образований головного мозга (гипоталамуса, лимба, диэнцефальной ретикулярной формации и других систем) в интегративной системе вегетативно-эндокринной регуляции специфических функций обеспечивает рефлекторный механизм ее реализации. Это позволяет использовать для целей нормализации данных функций методы рефлекторной терапии как патогенетически обоснованные.

Возможности рефлексотерапии ограничены пределами обратимости патологического процесса. Однако применительно к специфическим функциям, временным

для организма женщины, РТ оказывается вполне достаточной, так как их нарушения в большинстве своем относятся к функциональным расстройствам. Исключения составляют такие деструктивные явления, как аномалии развития органов половой системы, их травматизация, опухолевый рост.

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ТОЧЕК АКУПУНКТУРЫ

Кожные точки акупунктуры являются общепризнанным основным объектом воздействия при рефлекторной терапии. Но, несмотря на это, до настоящего времени остается неясным вопрос о наличии в них специфического анатомического субстрата. Многочисленные исследования нейрогистологического плана не обнаружили в коже и более глубоких тканях зоны действия акупунктуры каких-либо специальных нервных образований на концевых отделах нейронов. Встречающиеся нервные терминалы характеризовались обычными разветвлениями свободного типа, в виде петелек, колбочек, кустиков, заканчивающимися на волосяной луковице, потовых и сальных железах, кровеносном сосуде, поверхности клеток соединительной ткани. Как показали исследования последних лет, нервные стволы располагаются вблизи (на расстоянии до 0,5 см) от места типовой топографии большинства точек.

J. Plummer (1980) обнаружил в тканях, подлежащих проекции кожной точки, нервно-сосудистые пучки, перфорирующие фасцию, или сообщающиеся вены и периферические нервные стволы с концевыми приборами. На поверхности кожи в этих участках наблюдается пониженное электрическое сопротивление. Таким образом, автор рассматривает биологическую активность точки как результат присутствия не только нерва, но и венозных сосудов.

K. Zhang и соавт. (1982) обнаружили рецепторы в виде телец Фатера — Пачини в мышечном слое вокруг точек Gi-4 и E-36, в сухожилии — вокруг точки VB-51, свободные нервные окончания — в точках кожи головы.

Авторы считают, что вокруг ТА располагаются специальные плотно направленные рецепторы, отличающиеся по функциональному принципу.

На основе гистологических, гистохимических, электронно-микроскопических исследований в 80 % точек акупунктуры Ф. Г. Портнов (1980) установил расположение подкожных нервов, артерий и вен, стенки которых снабжены обширной вегетативной иннервацией. В тканях ряда точек автор впервые описал прохождение лимфатического сосуда и скопления тучных клеток, являющихся, по мнению Д. Г. Линдера, Э. М. Коган (1976) и других регуляторами гомеостаза и своеобразными «одноклеточными железами внутренней секреции».

J. Niboyet (1982) с помощью электронной микроскопии подтвердил наличие в области точки акупунктуры сосудистого пучка, содержащего артериолу в комплексе с венозным и лимфатическим сосудом. Стенки артерии окружены немиелинизированными нервными веточками, а в промежутках между сосудами расположены миелиновые волокна. Автор назвал этот комплекс «дорогой» к точке иглоукалывания. В клетках эндотелии сосудов установлены многочисленные вакуоли, количество которых увеличивалось в процессе стимуляции точки. Терминали голых нервных волокон содержали микровезикулы и нервные структуры, необходимые для нейросекреции медиаторов. После стимуляции точки возникали интерстициальный отек, увеличение числа нпкволей в стенках артериальных и лимфатических сосудов и скопление в их просвете иммунокомпетентных лимфоцитов В.

Исследования, выполненные в последние годы в условиях специально поставленных экспериментов, не привели к подтверждению ранее существовавшей точки прения о наличии в точках акупунктуры специфической структурной организации. Как достоверно установлено, в точках этих зон расположены концевые нервные приборы и сосудистые капилляры обычного строения, свойственные другим, «не активным» участкам кожи.

Однако мнение исследователей сохраняется единым в том плане, что точка акупунктуры все же существует как функциональная единица. Об этом свидетельствуют наблюдения Н. Н. Богданова с соавт. (1979) и др., с помощью регистрации медленных электрических потенциалов и импульсной активности нейронов подтверждающие наличие активных зон кожи и физиологическое обоснование комплекса прерасмотренных ощущений.

Р. А. Дуринян и соавт. (1982) рассматривают корпоральные точки акупунктуры как неспецифические рецепторы биологической обратной связи. Подобные зоны являются важным звеном в обеспечении контактов живого организма с внешней средой. Аналогичная обратная связь обеспечивается, по данным R. Umlauf (1982), преимущественно сегментарными рефлексами (до 70 %), системой блуждающего нерва, тригемино-вагальными, тригемино-ретикулярными длинными проприоспинальными и другими путями.

О. Н. Московец, Р. А. Дуринян (1980) и др. установили связь нервных рецепторов в коже ушной раковины с волокнами дорсального и вентрального тригеминального трактов и нейронами каудального тригеминального ядра.

По данным Р. А. Дуриняна (1982), ноцицептивные сигналы, поступающие в ЦНС, подавляются на различных ее уровнях, начиная с первичного сенсорного реле (каудальное тригеминальное ядро) и кончая последней релейной инстанцией перед входом в кору (срединный центр таламуса). В регуляции афферентного потока различного характера импульсов автор придает ведущее значение второй соматосенсорной области коры больших полушарий мозга.

Участие диэнцефальных структур головного мозга в трансформации импульсов из точек акупунктуры подтверждают многие исследователи: В. М. Хаютин (1980), В. М. Смирнов (1980), В. С. Храпов (1980), С. Р. Luo и соавт. (1979), К. Ока и соавт. (1979), С. Takeshige и соавт. (1980).

В определенных отделах ноцицептивной системы, согласно исследованиям Г. Н. Крыжановского (1980), формируются очаги патологически усиленного воздействия, которые определяют особенности протекания болевых и других видов синдромов по типу застойных очагов. Подобные очаги возбуждения автор рассматривает как своеобразные генераторы, которые можно формировать искусственно и направленно в целях анальгезии и подавления других патологических синдромов. Выдвинутая автором теория генеративных механизмов может быть использована для разработки патогенетически обоснованной РТ и оценки ее результативности.

Своеобразие формирования генераторов возбуждения и ЦНС может быть обусловлено не только физиоло-

гическими особенностями, диэнцефальных структур, но и функциональным состоянием точек акупунктуры как неспецифических рецепторов. Изменчивость их реакций установлена в многочисленных экспериментальных и клинических наблюдениях, теоретическую предпосылку которых в отечественной литературе заложил А. К. Подшибякин еще в 50—60-е годы. Он установил в так называемых «активных» точках кожи, соответствующих месту входа в кожу нервного ствола, более заметное повышение температуры, биоэлектрического потенциала, инфракрасного излучения, потоотделения по сравнению с аналогичными показателями в окружающих эти точки участках кожи. Автор назвал увеличение подобных показателей «акцентом» кожной точки.

В. А. Загрядский и В. В. Парин (1982) в обзоре литературы, освещающем морфологическую и биофизическую структуру точек акупунктуры, приводят убедительные сведения о наиболее интенсивном процессе взаимопревращения энергии в этих образованиях.

РЕФЛЕКТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Рефлекторная терапия предусматривает нормализацию процессов регуляции в нервной системе и опосредованно через нее — восстановление гомеостаза всего организма.

Реакция организма на рефлексотерапию зависит от точности диагностики, правильного выбора метода лечения и особенностей его реактивности. В практике работы врача возможны диагностические ошибки, которые могут обусловить неадекватный рецепт иглоукалывания. Врачу не всегда удается предусмотреть ответные изменения в организме на лечение.

В оптимальных условиях положительный результат РТ наблюдается немедленно, еще во время 1-го сеанса. Отсутствие эффекта после 3—4 сеансов, как правило, указывает на неправильно подобранную схему точек или форму лечения. Поэтому при использовании РТ возникает необходимость тщательного наблюдения за состоянием пациента перед, во время и после проведения каждого сеанса.

Методы оценки эффективности лечения разнообразны, но основаны они преимущественно на изучении характера ответных рефлекторных реакций. С этой целью используют сведения о субъективных ощущениях

ях больной; характеристику цвета и влажности кожных покровов, выражения лица; результаты пальпации тканей (напряжение или ригидность мышц, уплотнение или отек подкожной клетчатки); изучение пульса, аускультации легких, сердца; измерение брахиального артериального давления и др.

Традиционная восточная медицина в своей основе руководствуется изучением индивидуальных особенностей больного человека в его взаимосвязи с окружающей средой, даже космосом (суточные ритмы, фазы лунного цикла, смена времени года и т. д.). На этой основе оценка патологических расстройств у каждой конкретной больной выполняется в пределах системных нарушений, не касаясь изменений в отдельных органах.

Сущность функциональной оценки состояния больной заключается в определении взаимодействия систем меридианов с позиций их «избыточности и недостаточности» [Табеева Д. М., 1980, и др.].

Современная медицина дает возможность использовать научно обоснованные и клинически апробированные тесты в определении функционального состояния вегетативной нервной системы, обеспечивающей поддержание гомеостаза. Наиболее доступными и достаточно информативными тестами являются, на наш взгляд, пробы с дозированными нагрузками, позволяющими выявить величину порога возбудимости, тонуса, характера и силы рефлекторного ответа, а также преобладание симпатико-адреналового или холинергического влияния. Кроме того, имеет значение определение функциональной характеристики центрального и периферического звеньев вегетативной нервной системы. В соответствии с клиническими целями выбор комплекса может быть индивидуальным. Объектом изучения в этих условиях являются висцерокутанные рефлексы, замыкающиеся на диэнцефальном и сегментарном уровнях. Выявление периферических сегментарных реакций осуществляется исследованием акцента кожных точек акупунктуры подчревных сегментов, ушной раковины и (при необходимости) других участков, а также изучением кожного дермографизма, волдырной пробы Мак-Клюра — Олдрича и др.

Для исследования состояния ТА используют органоспецифические участки, имеющие рефлекторную связь с маткой и ее придатками. По мнению А. К. Подшибякина, кожная точка матки соответствует акупун-

ктурной точке R-12 (да-хэ), располагающейся на 2—3 см выше лонного сочленения, отступая на 1—2 см от средней линии вправо и влево. Площадь точки в физиологических условиях не превышает 1 см².

Точки придатков матки расположены на 4—5 см выше середины паховой связки примерно на линии, разделяющей гипо- и мезогастрий, и соответствуют акупунктурной внемеридианной точке ВМ-46. Площадь ее также не превышает 1 см².

Определение *функционального состояния точек акупунктуры* проводится с помощью термометрии точечным кожным датчиком электротермометра ТПЭМ-1. Пациентка ложится на кушетку в комнате с температурой воздуха в пределах 18—22 °С при атмосферном давлении 98,4—102,4 кПа (740—770 мм рт. ст.) и относительной влажности 50—85 %. Аналогичные условия для больной создаются при проведении всех остальных проб. Кожа гипогастрия обнажается и остается открытой не менее 10 мин, что необходимо для ее адаптации к окружающей воздушной среде. После калибровки прибора датчик электротермометра перемещается по поверхности кожи в зоне точки. В участке повышения температуры датчик задерживается на 15—20 с для уточнения стабильного уровня, затем смещается на 1,5—3 см в одну из сторон от точки акупунктуры до обнаружения наименьшего уровня температуры кожи. Разница показателей величин температуры в кожной точке акупунктуры и окружающей ее зоне является «акцентом» точки по А. К. Подшибякину.

После измерения температуры можно определить биоэлектрический потенциал в этих участках. Кожа брюшной стенки в зоне измерения смачивается изотоническим раствором натрия хлорида. К коже стопы, мочки уха или ладони прикладывается пассивный электрод дермопотенциометра «БИО-1» через прокладку, смоченную тем же раствором. Активный электрод в виде точечного датчика перемещается по поверхности кожи гипогастрия в точках матки и придатков. По шкале замеряются абсолютные величины биоэлектрического потенциала, по которым вычисляются акценты активных точек кожи определением разницы показателей в активной точке и сопряженной с ней зоне.

Для рефлекторной диагностики используют также кожные точки ушной раковины АТ 23 в IV зоне межко-

зелковой вырезки (точка яичников) и АТ 58 в X зоне трехсторонней ямки (точка матки) [Табеева Д. М., 1980].

На коже ушной раковины удобнее проводить термометрию. Измерение биоэлектрического потенциала здесь невозможно, так как площадь активного электрода прибора «БИО-1» превышает площадь аурикулярных кожных точек.

После измерения температуры в зоне межкозелковой вырезки вне расположения активных точек датчик прибора перемещают на границу перехода противокзелка в межкозелковую вырезку с внутренней стороны и определяют наивысший уровень температуры, что свидетельствует о расположении точки яичников. Измерение выполняют на обеих ушных раковинах. После этого вычисляется акцент точек.

В зоне трехсторонней ямки вне площади активных точек выявляют наименьший уровень температуры, а затем датчик электротермометра перемещается к краю завитка на середину расстояния между ножками завитка в точку матки АТ 58. По разности полученных величин вычисляется «акцент» этой точки (табл. 1).

Штриховая проба (кожный дермографизм) выполняется проведением штриха пальцем исследователя или твердым предметом (палочка, зонд, неврологический молоточек). По секундомеру отмечается время от момента проведения штриха до появления на этом месте белой или розовой полоски. Продолжительность скрытого периода реакции характеризует порог чувствительности кожи к тактильному раздражению. Появление хорошо выраженной белой полоски свидетельствует о преобладании симпатического тонуса, красной — парасимпатического.

Определение ультрафиолетовой биодозы выполняется с помощью биодозиметра Горбачева по стандартной методике с учетом длительности скрытого периода и степени проявления видимого периода реакции. Замедленная и слабая реакция кожи на УФ-раздражение свидетельствует об активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, а быстрая и резко выраженная реакция — на преобладание парасимпатического влияния.

Глазодвигательный рефлекс Ашнера — Дайнини характеризует состояние парасимпатического тонуса. После предварительного определения частоты пульса

Физиологические константы величин температурных (ТА) и биоэлектрических (БЭА) акцентов точек типогастрии в динамике менструального цикла у подростков в периоде полового созревания и у женщин репродуктивного возраста (относительные величины)

| Кожные точки | Измерение | Подростки в периоде полового созревания | | | | |
|--------------|-----------|---|--------|---------|---------|---------|
| | | Дни цикла | | | | |
| | | 1—5-й | 6—12-й | 13—18-й | 19—22-й | 23—28-й |
| BM-46 | ТА | 1,09 | 1,14 | 1,15 | 1,11 | 1,11 |
| | БЭА | 1,05 | 1,34 | 1,29 | 1,31 | 1,27 |
| R-12 | ТА | 1,1 | 1,13 | 1,14 | 1,16 | 1,18 |
| | БЭА | 1,28 | 1,32 | 1,29 | 1,3 | 1,27 |

Продолжение табл. 1

| Кожные точки | Измерение | Женщины репродуктивного возраста | | | | |
|--------------|-----------|----------------------------------|--------|---------|---------|---------|
| | | Дни цикла | | | | |
| | | 1—5-й | 6—12-й | 13—18-й | 19—22-й | 23—28-й |
| BM-46 | ТА | 1,09 | 1,12 | 1,17 | 1,09 | 1,08 |
| | БЭА | 1,22 | 1,29 | 1,15 | 1,28 | 1,24 |
| R-12 | ТА | 1,1 | 1,14 | 1,15 | 1,09 | 1,1 |
| | БЭА | 1,13 | 1,22 | 1,36 | 1,18 | 1,27 |

врач пальцем в течение 30 с оказывает осторожное надавливание на боковые поверхности глаза (минуя роговицу). В последующую минуту повторно сосчитывает пульс. В норме частота его должна уменьшаться на 4—6 уд/мин.

Клиностатический рефлекс. После определения частоты пульса в положении стоя пациентку укладывают на кушетку в горизонтальное положение и в течение последующих 15 мин периодически сосчитывают пульс. Замедление его, превышающее 6 ударов, указывает на возбуждение парасимпатического отдела.

Ортостатический рефлекс. В положении лежа определяется исходная частота пульса, после чего пациентка плавно переводится в вертикальное положение. В течение последующей минуты определяется частота пульса: ускорение его более чем на 6 ударов характеризует повышенное симпатическое влияние.

Зрачковый рефлекс. С помощью линейки определяется ширина зрачков: исходная — при рассеянном све-

те небольшой интенсивности и затем — после воздействия каким-либо болевым раздражением (дозированным). Рефлекс характеризует тонус симпатической части вегетативной нервной системы.

Потоотделительная реакция. Потовые железы иннервируются симпатическими вегетативными волокнами, раздражение которых приводит к выделению небольших количеств вязкого пота. Раздражение парасимпатических рецепторов приводит к выделению обильного водянистого пота. Из всех предложенных способов оценки потоотделения наиболее объективным является электродермометрический способ по Н. Н. Мишуку. Датчик от омметра, состоящий из двух проводников, концы которых отстоят друг от друга на расстоянии 1 мм, на 5—10 с прикладывается к коже в органоспецифической зоне (точке акупунктуры). На шкале прибора отмечается электрическое сопротивление поверхностных слоев кожи. Чем больше увлажнена потом поверхность кожи, тем меньше будет ее сопротивление электрическому току.

Кожно-сосудистая реакция. Для выявления кожно-сосудистой реакции в ответ на местное воздействие вегетотропными средствами применяется накалывание на поверхность кожи 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида, 0,1 % ацетилхолина-хлорида, 0,1 % гистамина дигидрохлорида с последующей скарификацией эпидермиса. Можно использовать внутрикожное введение 0,1—0,2 мл указанных препаратов. Оценка реакции осуществляется определением массы бумажного листа, выкроенного по периметру белого пятна на месте введения адреналина и красного — на месте введения ацетилхолина или гистамина.

Для повышения точности оценки сосудистой реакции Н. Б. Познанская и А. В. Логинов предложили использовать дозированное введение этих веществ методом электрофореза. С положительного полюса через прокладку из фильтровальной бумаги площадью 1 см², смоченной 0,1 % раствором адреналина гидрохлорида или 0,1 % раствором ацетилхолина-хлорида, накладывали станиольевые электроды таких же размеров. Отрицательный электрод располагался на противоположной поверхности тела или конечности. Пропускался гальванический ток силой в 1 мА, продолжительностью 10 с. Оценка сосудистой реакции производилась по величине и интенсивности белого и красного пятен на

коже в участках введения веществ. Степень реакции определялась по системе плюсов (от 0 до + + +).

Клиническая проверка, проведенная нами у значительного числа здоровых лиц и больных женщин, показала безвредность и достаточную объективность данной реакции, обеспечивающей выявление тонуса вегетативной нервной системы и преобладающего влияния симпатической или парасимпатической ее части.

В процессе клинических наблюдений нами была усовершенствована методика проведения этой реакции. Во-первых, мы стали учитывать скрытый период реакции от окончания электрофореза до появления видимых пятен на коже, что давало возможность определить величину порога возбудимости вегетативной нервной системы. Во-вторых, вместо нестойкого ацетилхолина хлорида был применен его стойкий аналог — 0,1 % раствор карбахолина. В-третьих, оценка интенсивности реакции выполнялась не только по балльной системе, но также с помощью измерения биоэлектрического потенциала и температуры на поверхности кожи в зоне пятна и за его пределами.

Кожно-сосудистая реакция с дозированным электрофорезом карбахолина и адреналина позволяет определить величину порога возбудимости, тонус (по продолжительности и степени проявления видимых пятен) и преобладание симпатического и парасимпатического влияния.

В разных вегетативных сегментах проявление реакции отличается небольшими, но достоверными вариантами. Поэтому для определения состояния вегетативной регуляции какой-либо системы или органа целесообразно оценивать эту реакцию в соответствующем вегетативном сегменте.

Применительно к половой системе у женщин крайне желательно учитывать изменения характера этой реакции в различные возрастные периоды, а также фазы менструального цикла (табл. 2).

Для оптимального подбора точек акупунктуры в традиционной восточной рефлексотерапии предложено несколько диагностических способов. Среди них практическое значение имеют методы выявления *измененной чувствительности* в точках, расположенных в зонах органов чувств (на коже ладоней, подошв, лица, туловища, ушной раковины), а также оценки изменений цвета на радужной оболочке глаз. К настоящему вре-

Таблица 2

**Физиологические критерии показателей кожно-сосудистой пробы у женщин
в разные возрастные периоды и фазы менструального цикла**

| Виды воздействия | Клинические группы | Дни двухфазного цикла | | | | | | | | | |
|------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|---------------|-------------------|---------------------|-----|-------------------|---------------------|-----|--|
| | | 5–9-й | | | 10–14-й | | | 18–26-й | | | |
| | | Скрытый период, с | Видимый период, мин | Интенсивность | Скрытый период, с | Видимый период, мин | | Скрытый период, с | Видимый период, мин | | |
| Карбахолин | Подростки 12–16 лет | 34,5±1,53 | 28,9±1,6 | 1 | 46,4±8,28 | 32,8±3,76 | 1 | 26,4±1,22 | 38,6±1,93 | 2 | |
| | Женщины 18–30 лет | 24,7±8,8 | 29,4±3,14 | 2 | 44,3±7,1 | 33,4±1,03 | 2 | 53,8±1,64 | 45,1±1,31 | 2,5 | |
| Адреналин | Подростки 12–16 лет | 35,6±1,03 | 37,5±1,0 | 3 | 57,7±4,9 | 43,3±1,06 | 3 | 62,0±2,8 | 51,4±1,75 | 3 | |
| | Женщины 18–30 лет | 48,5±1,03 | 36,9±1,8 | 2 | 49,3±1,59 | 40,6±1,28 | 2,5 | 61,2±1,8 | 78,3±2,32 | 3 | |

akusher-lib.ru

мени наиболее разработанной является диагностика по точкам ушной раковины и туловища. Р. Nogier еще в 1956 г. первым дал теоретическое обоснование топографии точек и зон ушной раковины и рефлекторной связи их с определенными участками тела и внутренних органов. На протяжении последних 15 лет отечественные нейрофизиологи провели ряд фундаментальных исследований и получили новые подтверждения непосредственной рефлекторной связи нервных окончаний ушной раковины с вегетативными центрами головного мозга и через них — с внутренними органами. Так, Р. А. Дуринян (1982) в «Атласе аурикулярной рефлексотерапии» указывал, что в иннервации ушной раковины принимают участие нервы шейного сплетения (C_2 — C_3), в частности большой ушной и малый затылочный, а также черепные — тройничный, лицевой, языкоглоточный и блуждающий нервы. Некоторые зарубежные исследователи считают, что основными эфферентными нервами ушной раковины являются ветви тройничного, блуждающего, языкоглоточного нервов и ветви шейного сплетения ($C1$ — $C2$). R. Bourdiol в 1975 году указал на факты множественной иннервации ушной раковины.

Р. А. Дуринян (1982) отметил как характерное свойство иннервации ушной раковины наличие множественного перекрытия одних и тех же участков несколькими нервами и образование зон смешанной иннервации с преобладанием в одних симпатического, в других — парасимпатического влияния. Представительство дистальных отделов конечностей сочетается с соматической сферой и ЦНС, а воздействие на представительство проксимальных отделов конечностей и туловища распространяется на висцероэндокринные процессы, обмен веществ, иммунологическую систему. Подобная закономерность просматривается и в корпоральной рефлексотерапии.

Зарубежными авторами описано более 150 точек на ушной раковине, имеющих название отдельных органов или конкретных заболеваний. Р. А. Дуринян справедливо считает подобную детализацию необоснованной, принимая во внимание наличие смешанной иннервации каждого участка ушной раковины и сложности возникновения рефлекса с участием многих структур головного мозга на основе интегративного анализа поступающей информации.

Есть основание рассматривать подобные точки как центральные участки определенных зон, имеющих отношение не столько к отдельному органу, сколько к целой системе, включая ее функциональную (висцеральную) и соматосенсорную сферы (например, область малого таза и др.).

В «Атласе аурикулярной рефлексотерапии» Р. А. Дуриняна (1982) спинальные, стволые и таламокортикальные системы представлены в зоне мочки уха и головки противозавитка. По Международной классификации это соответствует АТ 25, 34, 37 [Табеева Д. М., 1980]. Гипофиз проецируется в зоне межкозелковой вырезки в АТ 26, 28.

Нейроэндокринные процессы регулируются через зоны козелка, межкозелковой вырезки и противозавитка или в области АТ 13, 22, 23, 32. Несколько смещены вверх по противозавитку зоны щитовидной (АТ 45) и молочных желез (АТ 44).

Половая система у женщин представлена преимущественно треугольной ямкой, где расположены АТ 51 (симпатическая точка), АТ 55 (шэнь-мэнь, антистрессовая точка), АТ 58 (матка, сексуальная точка), АТ 59 (гипотензивная), АТ 117.

Наиболее результативное воздействие на половую систему (матка, маточные трубы, яичники) проявляется через зону по краю завитка от нижней до восходящей ветви противозавитка (зона 9, по Р. А. Дуриняну, 1982) или от корня завитка до соединения его с восходящей ветвью противозавитка по Р. Nogier.

Функциональные изменения в зонах и точках ушной раковины устанавливают по болезненности при контакте зондом, измерению температуры, электрокожного сопротивления или биоэлектрического потенциала на поверхности кожи с последующим определением их акцента. Повышенная или пониженная чувствительность в точке или зоне в целом, более высокий или низкий по отношению к норме акцент свидетельствуют о дисфункции соответствующих органов или систем. Нормализация показателей в процессе лечения указывает на полную реабилитацию больной.

Другой объект для диагностики — радужка глаз — использовался еще в глубокой древности. В настоящее время *иридодиагностику* осуществляют с помощью осмотра радужной оболочки через щелевую лампу. При этом обнаруживают участки деформации и изменения

цвета. Представительство половой системы в радужной оболочке у женщин относится к зоне 5-го сегмента правого ириса и 6-го сегмента левого ириса [Вельховер Е. С. и др., 1981; Вельховер Е. С., Никифоров В. Г., 1984].

В традиционной восточной медицине для диагностики заболеваний используется *система меридианов*, которые объединяют комплекс точек акупунктуры, имеющих влияние на определенную функциональную систему. Считают, что существует 12 парных (симметричных) и 2 непарных (передний и задний) меридианов. Каждый меридиан содержит по 5—6 наиболее активных точек: тонизирующая, седативная, «пособник», стабилизирующий Ло-пункт к сопряженному меридиану, «сочувственная», точка-глашатай. Для диагностики наиболее полную информацию может дать точка-глашатай. На фоне болезни подчиненного органа она оказывается более чувствительной из всех остальных точек и демонстрирует измененные (пониженные или повышенные) биофизические показатели: температурный, биоэлектрический акцент.

На основе изучения функционального состояния однотипных точек каждого меридиана предложено несколько диагностических методов, среди которых наиболее распространены пульсовая диагностика, метод Риодораку, метод Акабанэ.

Для более правильной оценки изменений в показателях этих тестов целесообразно учитывать функциональную характеристику меридианов. Мы считаем необходимым привести краткие выдержки из ряда современных источников [Тыкочинская Э. Д., 1979; Табеева Д. М., 1980, и др.], сконцентрированные в табл. 3.

На каждом парном меридиане из дистальной группы точек наиболее часто используют тонизирующую, седативную, а также источник и стабилизирующий Ло-пункт. В проксимальной группе точек на этих меридианах наиболее частыми объектами для воздействия являются «сочувственная» и точка-глашатай.

Каждый меридиан условно разделен на две ветви: внешнюю и внутреннюю. Внешний ход представлен группой точек, находящихся на поверхности кожи и используемых для рефлекторного воздействия. Внутренний ход меридиана предполагает комплекс органов, объединенных в определенную взаимосвязь. Хотя со-

Таблица 3
Связь меридианов с функциональными системами организма

| Нумерация | Меридиан | Обозначение | Период максимальной акт вности | | Отношение к функции организма | Перечень основных заболеваний |
|-----------|------------------------------------|-------------|--------------------------------|--------------|---|--|
| | | | Часы суток | Время года | | |
| I | «Легких» | P | 3—5 | Осень | Дыхание, обменные процессы, частично выделение, сегментарные влияния | Заболевания верхних дыхательных путей, легких, кожи. Двигательные расстройства рук |
| II | «Толстой кишки» | Gi | 5—7 | | Пищеварение, выделение, сегментарные влияния (верхние конечности, шея, ухо) | Заболевание зубов, носа, горла. Дискинезия и другие заболевания толстой кишки. Боли и нарушения движений в плече и предплечье. Воспаления |
| III | «Желудка» | E | 7—9 | Позднее лето | Психическая функция, пищеварение, сегментарные влияния (мягкие ткани лица, груди, эпигастрия, нижних конечностей) | Нейрогенные и психические заболевания (эпилепсия, маниакальные, депрессивные, эмоциональные, стрессовые состояния, головная боль). Зубная боль, воспаления зубов, десен, синусов, суставов, гастрит, язва желудка, энтерит. Дискинезии кишечника. Заболевания наружных и внутренних половых органов у женщин |
| IV | «Селезенки и поджелудочной железы» | RP | 9—11 | То же | Психическая функция, пищеварение, распределение питательных веществ, мышечная система | Тревожно-мнительные состояния, психические заболевания, потери сознания, ночные кошмары. Болезни желудка, кишечника (поносы, рвота), анемии, авитаминозы, желтухи, острые и хронические нарушения менструального цикла. «Подагра», эндартериит нижних конечностей |
| V | «Сердца» | C | 11—13 | Лето | Эмоциональная сфера, психические состояния, сердечная деятельность, сосудистая система, изменения функции щитовидной железы, печени | Страхи, снижение памяти, истерия, психозы, эпилепсия, головная боль, недостаточность мозгового кровообращения. Нарушения ритма сердца, боли в сердце, межреберная невралгия, отсутствие аппетита |
| VI | «Тонкой кишки» | Ig | 13—15 | » | Нервно-психическая сфера, пищеварение, функция кишечника (проходимость пищи), сегментарные влияния | Нервно-психические заболевания (у детей), хорей, судороги. Диспепсия, тошнота, рвота, запоры. Боли в животе. Головная боль (в области виска), боль в верхней челюсти, шее, плечелопаточной области, руке; судороги мышц шеи, кривошея, шум в ушах, снижение слуха |
| VII | «Мочевого пузыря» | V | 15—17 | Зима | Объединяет все органы системы выделения. Регуляция, в том числе выделение всех жидкостей (мочи, пота, слез) | Болезни мочевого пузыря, почек (анурия, поллакиурия др.), отечность слизистых носа, заболевания конечностей, половых органов. Боли (головная, в том числе в области затылка, темени и лба; в крестце, бедрах, голених, на наружной поверхности стоп). Болезни тазовых, в том числе половых, органов |
| VIII | «Почек» | R | 17—19 | | Эмоционально-психическая сфера. Выделительная и половая система, жизненный тонус, соединительная ткань, кости, волосы и пр. | Эмоциональные нарушения, депрессия, астения, тревожные состояния, фригидность, импотенция. Головные боли, болезни органов зрения и слуха. Болезни надпочечников, почек, мочевого пузыря, нарушения мочеотделения, гломерулонеф- |

| Нумерация | Меридиан | Обозначение | Период максимальной активности | | Отношение к функции организма | Перечень основных заболеваний |
|-----------|----------------------|-------------|--------------------------------|------------|---|--|
| | | | Часы суток | Время года | | |
| IX | «Перикарда» | MC | 19—21 | Лето | Эмоциональная, психическая сфера. Вегетативная, сердечно-сосудистая система, кровообращение, сексуальность | рит, пиелонефрит, цистит. Болезни органов брюшной полости, внутренних и наружных половых органов. Боли в позвоночнике, пояснице, бедрах, голених и стопах (на внутренней их поверхности) Психоэмоциональные нарушения, сексопатология (импотенция, фригидность). Болезни сердца (эндо-, мио-, перикардит, неврозы), сосудистой системы (гипер-, гипотонические состояния). Боли в грудной клетке (невралгии), в руках. Болезни легких, желудка. Лихорадка. |
| X | «Трех обогревателей» | TR | 21—23 | » | Функции всех внутренних органов: грудной, брюшной полости (печень, селезенка, поджелудочная железа, желудок), тазовых (кишечник, прямая кишка, почки, мочевой пузырь — выделение шлаков) | Головная боль (в том числе в затылке и виске), депрессия, сонливость, эпилепсия. Нарушения терморегуляции, непереносимость жары, холода. Аллергия, лихорадка. Болезни глаз, носа, уха (в том числе мастоидиты), шеи. Боли в груди, лопатках, суставах и мышцах рук |
| XI | «Желчного пузыря» | VB | 23—1 | Весна | Сознательная деятельность, мужество, решимость, смелость. Органические поражения головного мозга (эпилепсия и др.). Эндокринная система | Нервно-психические нарушения, эпилепсия, аллергия, головные боли (в висках, лбу и затылке). Болезни грудной |
| XII | «Печени» | F | 1—3 | | Регуляция кровообращения (распределение крови во внутренних органах), системные заболевания сосудов, сухожилий. Эндокринная система. Болезни печени. Нарушения менструального цикла гормонального происхождения | полости (боли, бронхиальная астма). Болезни малого таза, в том числе нарушения менструального цикла гормонального характера Раздражительность, страхи, гнев, головная боль, головокружение, глазные болезни. Эндокринные расстройства половой системы (у мужчин и женщин), боли почечные, дизурия, желудочно-кишечные расстройства (тошнота, дисфагия, запоры). Желтухи, гепатит. Дерматозы |
| XIII | «Задне-срединный» | VG | | | Замыкает все каналы по средней линии. Осевой стержень иннервации. Сегментарные влияния | VG 23—25 — заболевания нервной системы, психические заболевания, болезни носа, рта, зубов. VG 24—17 — психические расстройства, неврологические нарушения, болезни головы, в том числе глаз, носа, уха. VG 16—15 — психические и нервные болезни, боли в затылке, болезни носа, языка, горла. VG 14—9 — расстройства нервной системы, болезни легких и лихорадочные состояния. VG 5—8 — болезни нервной системы и желудочно-кишечного тракта. VG 4—1 — заболевания нервной и мочеполовой системы |

Продолжение табл. 3

| Нумерация | Меридиан | Обозначение | Период максимальной активности | | Отношение к функции организма | Перечень основных заболеваний |
|-----------|--------------------|-------------|--------------------------------|------------|--|--|
| | | | Часы суток | Время года | | |
| XIV | «Переднесрединный» | VC | | | Замыкает все каналы по средней линии. Осевой стык иннервации. Сегментарные влияния. Канал беременности | Болезни полости рта, области губ, зубов, языка, горла, гортани, области шеи и груди. Заболевания пищевода, легких, области гипогастрия. Болезни желудка и кишок и опосредованно психические нарушения. Болезни мочеполовой системы. VC 4 и 6 оказывают общеукрепляющее влияние |

akusher-lib.ru

временная нейрофизиология объективными методами исследования не подкрепляет существование этих функциональных комплексов, но, принимая во внимание учение А. П. Анохина об образовании временных функциональных систем, реально предположить вероятность их возникновения. Поэтому на основе условно принимаемых меридианов можно допустить разработку методов диагностики рефлекторных нарушений. Практический опыт традиционной восточной медицины и исследования современных отечественных и зарубежных рефлексотерапевтов подтверждают объективность полученных результатов.

Диагностический метод Риодораку основан на выявлении величины электропроводности в репрезентативных точках (источниках) всех парных меридианов на коже запястья обеих рук (P-9, MC-7, C-7, Ig-4, TR-4, Gi-5] и стоп RP-3, F-3, R-3, V-65, VB-40, E-42). Используют аппараты «ПЭП-1», «Элита-4», «Тест» и др. Перед измерением проводят обычную калибровку прибора, заключающуюся в замыкании обоих электродов и приведении стрелки на шкале прибора в положение, соответствующее красной черте (ток силой 200 мА при напряжении на индикаторе 12 В). При измерении электропроводности необходимо соблюдать определенные условия: 1) его следует проводить не ранее, чем через 30—40 мин после физической нагрузки или приема пищи; 2) до начала измерения не следует прикасаться к поверхности кожи на местах будущих исследований на запястьях и области голеностопных суставов; 3) поисковый электрод должен быть направлен к коже под прямым углом, прикосновение его следует проводить равномерно, без усилий; 4) длительность измерений в каждой точке должна быть не более 3 с; 5) полученные результаты измерений заносятся в специальную карту.

Из всех 24 измерений вычисляется средняя величина, которая откладывается на карте, после чего на расстоянии 7 мм вверх и вниз от полученной средней линии формируется коридор. Измерения, расположенные в пределах его, рассматриваются как физиологические. Показатели, оказавшиеся выше верхней границы коридора, оцениваются как результат «избыточности» соответствующего меридиана, а значения их, помещенные ниже нижней линии, — как результат «недостаточности» конкретного меридиана. Многие исследовате-

ли оценивают метод Риодораку как высокочувствительный, обеспечивающий выявление пораженной системы или органа на доклиническом уровне.

Подробнее диагностика по системе Риодораку изложена в «Руководстве по иглорефлексотерапии» Д. М. Табеевой (1980) и монографии Ф. Г. Портнова «Электростимуляторная рефлексотерапия» (1980).

Тест Акабанэ, основанный на измерении тепловой чувствительности терминальных кожных точек 12 парных меридианов, расположенных у корня ногтей пальцев рук и ног, был предложен известным японским рефлексотерапевтом Коке Акабанэ в 1950 г.

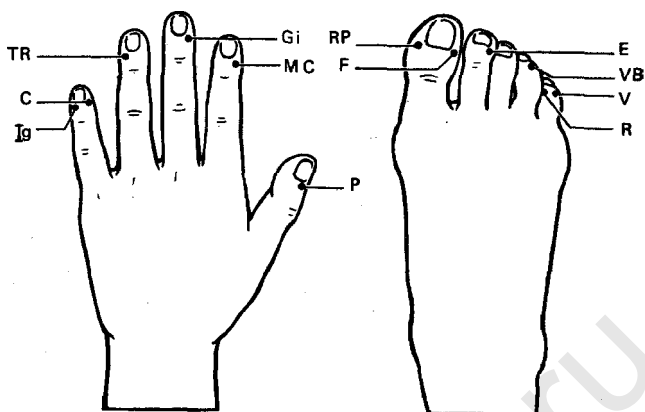
В качестве источника теплового излучения можно использовать полынную сигарету или любой электронагревательный прибор с точечным датчиком. Для выявления порога чувствительности точек автор допускает использовать метод давления. Время нагревания (до ощущения жжения) или давления (до ощущения нестерпимой боли) измеряется в секундах. Асимметрия показателей или чрезмерно высокий порог возбудимости свидетельствует о поражении соответствующей системы.

Точки, используемые для воздействия, приведены на рис. 1.

Тест Акабанэ, помимо диагностического значения, оказывает и терапевтическое влияние, так как прогревание концевых точек всех каналов способствует уменьшению их асимметрии и дополнительной стимуляции при ослаблении рефлекторной активности в пораженных системах.

У беременных подобная процедура может вызвать нежелательное повышение тонуса матки. В связи с этим у них предпочтительнее в указанных точках проводить измерение температуры, например с помощью прибора «Тест», и оценивать асимметрию показателей левой и правой ветвей каждого меридиана.

Аурикулярная диагностика. После классических исследований Р. Nogier, обосновавшего значение кожных точек ушной раковины в рефлекторной диагностике, возник интерес клиницистов к этой проблеме. В настоящее время накопилось достаточное количество наблюдений, свидетельствующих о высокой чувствительности и объективности этого метода. Суть его заключается в выявлении на коже ушных раковин болезненных зон или участков с видимыми морфологическими изменени-



| M \ T'' | Правая | Левая |
|---------|--------|-------|
| P | | |
| Gi | | |
| MC | | |
| TR | | |
| C | | |
| lg | | |

| M \ T'' | Правая | Левая |
|---------|--------|-------|
| RP | | |
| F | | |
| E | | |
| VB | | |
| R | | |
| V | | |

Рис. 1. Тест Акабанэ.

M — обозначение меридиана; T'' — время в секундах.

ями, рефлекторно связанных с больными органами (рис.2).

Эти функциональные нарушения проявляются в повышении чувствительности кожи к тактильным раздражениям, в изменениях электрокожного сопротивления [Дуринян Р. А., 1982; Вельховер Е. С, Кушнир Г. В., 1983, и др.].

Проведенное нами исследование кожи ушной раковины у женщин выявило функциональные изменения отдельных ее участков в динамике фаз менструального цикла, при нормальной и осложненной беременности

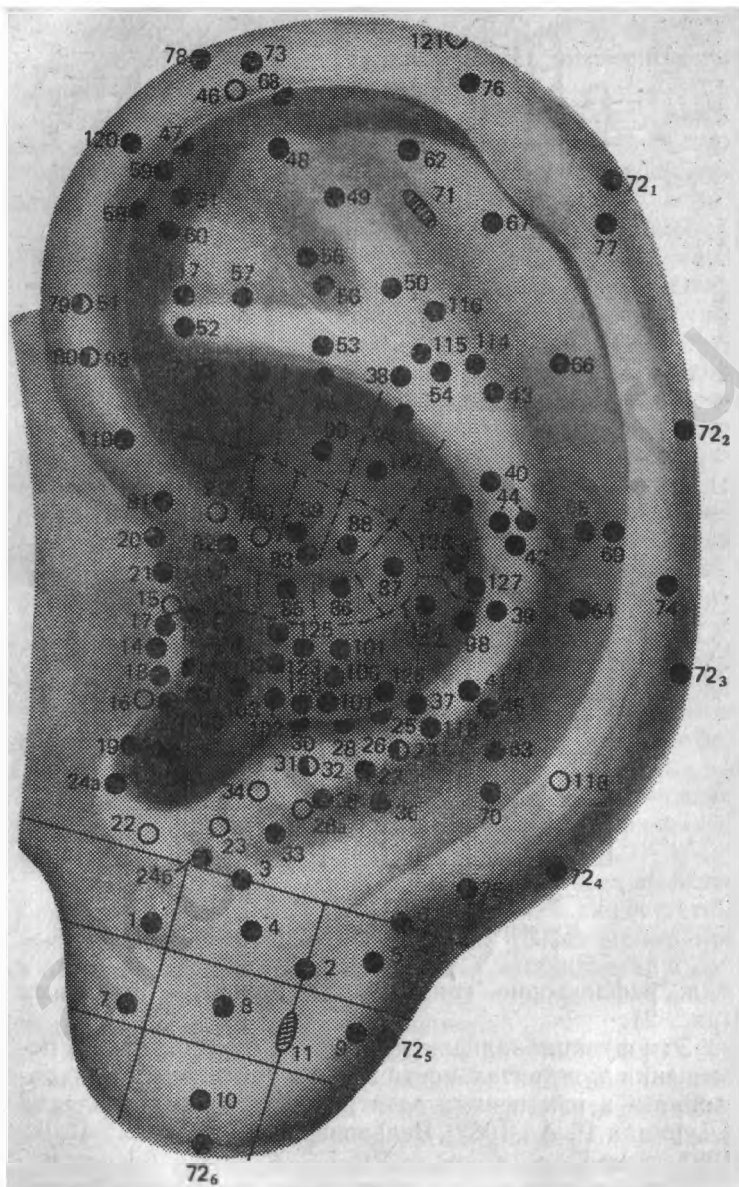


Рис. 2. Ушная раковина с точками воздействия [по Д. М. Табеевой, 1980].

1 — верхняя точка анальгезии при экстракции зубов; 2 — небо (точка верхней части ротовой полости); 3 — дно ротовой полости; 4 — язык; 5 — верхняя

челюсть; 6 — нижняя челюсть; 7 — нижняя точка анальгезии при экстракции зубов; 8 — глаза, первая; 9 — внутреннее ухо; 10 — миндалина, четвертая; 11 — скула (щека); 12 — вершина козелка; 13 — надпочечник; 14 — наружный нос; 15 — горло и гортань; 16 — полость носа; 17 — жажда; 18 — голод; 19 — гипертония; 20 — наружное ухо; 21 — сердце, вторая; 22 — железы внутренней секреции; 23 — яичник; 24б — зрение, первая; 24а — зрение, вторая; 25 — ствол мозга; 26 — зубная боль; 27 — гортань и зубы (точка коренных зубов); 28 — гипофиз (точка мозга); 29 — затылок; 30 — окологлазная слюнная железа; 31 — регулирующая дыхание; 32 — яичко; 33 — лоб; 34 — кора головного мозга; 35 — тай-ян (висок); 36 — вершина черепа (точка макушки); 37 — шейный отдел позвоночника; 38 — крестцовый отдел позвоночника; 39 — грудной отдел позвоночника; 40 — поясничный отдел позвоночника; 41 — шея; 42 — грудь; 43 — живот; 44 — молочная железа; 45 — щитовидная железа; 46 — пальцы ноги; 47 — пятка; 48 — голеностопный сустав; 49 — коленный сустав; 50 — тазобедренный сустав; 51 — симпатическая нервная система (симпатическая точка); 52 — седативный нерв; 53 — ягодица; 54 — люмбагия (болевая точка поясницы); 55 — шэнь-мэнь (точка ЦНС и наркоза при операциях); 56 — полость таза (шейка матки); 57 — бедро; 58 — матка (сексуальная точка); 59 — снижающая артериальное давление, первая (гипотензивная точка); 60 — астма (бронхолитическая точка); 61 — гепатит, первая; 62 — пальцы кисти (чжи); 63 — ключица; 64 — плечевой сустав; 65 — плечо; 66 — локоть; 67 — кисть; 68 — аппендикс; первая; 69 — аппендикс, вторая; 70 — аппендикс, третья; 71 — крапивница; 72₁ — завиток, первая; 72₂ — завиток, вторая; 72₃ — завиток, третья; 72₄ — завиток, четвертая; 72₅ — завиток, пятая; 72₆ — завиток, шестая; 73 — миндалина, первая; 74 — миндалина, вторая; 75 — миндалина, третья; 76 — синдром ян печени, первая; 77 — синдром ян печени, вторая; 78 — верхушка уха; 79 — наружные половые органы; 80 — мочеиспускательный канал; 81 — прямая кишка; 82 — диафрагма (точка «зеро» — нулевая, по Р. Nogier); 84 — рот; 85 — пищевод; 86 — кардиальная; 87 — желудок; 88 — двенадцатиперстная кишка; 89 — тонкая кишка; 90 — аппендикс, четвертая; 91 — толстая кишка; 92 — мочевого пузырь; 93 — простата; 94 — мочеочник; 95 — почка; 96 — поджелудочная железа (слева) и желчный пузырь (справа); 97 — печень; 98 — селезенка; 99 — аспит; 100 — сердце; первая; 101 — легкое; 102 — бронхи; 103 — трахея; 104 — три части туловища; 109 — нижняя часть живота; 110 — верхняя часть живота; 111 — несогласная; 112 — укачивание; 114 — внешний живот; 115 — тепло; 116 — колено; 117 — запор; 118 — нефрит; 119 — анальное отверстие; 120 — геморрой; 121 — малый затылочный нерв; 122 — панкреатит; 123 — бронхоэктазия; 124 — гепатит, вторая; 125 — глаза, вторая; 126 — туберкулез; 127 — увеличенная печень; 128 — цирроз печени.

и ряде гинекологических заболеваний. В основу оценки функциональной активности аурикулярной кожной точки был взят акцент, т. е. разница показателей в самой «звучащей» точке и в окружающей ее зоне. Для ушной раковины в отличие от корпоральных областей принимались во внимание показатели той зоны, в которой была расположена точка. С. М. Мохадю (1983) обнаружил разные уровни кожной температуры в различных зонах ушной раковины. Поэтому сопоставление их величин необходимо проводить в соответствии с теорией подобия, т. е. в буквенной однозначности. Изменения в точках акупунктуры необходимо оценивать применительно к фоновым показателям той зоны, где расположена конкретная точка. Вторым условием измерения

является его многообразие, т. е. наблюдения желательны проводить в динамике фаз менструального цикла, беременности, заболевания, лечения и т. д.

Оценивая состояние вопроса о рефлекторной диагностике в настоящее время, еще раз подчеркиваем, что диагностические возможности традиционной восточной медицины были ограниченными. Внешний осмотр больного, разработанный с высокой тщательностью (походка, выражение лица, голос, его тембр, выразительность, кожные знаки и т. д.), оценка пульса — вот те методы, которые обеспечивали выявление поражений на уровне систем организма человека. Современная медицина с ее высокой информативностью о процессах не только в целостном организме, но и в каждом органе и даже на клеточном и молекулярном уровнях дает возможность понять механизм значительного количества повреждений, расстройств и определить преимущественное поражение отдельных тканей, органов или их частей. Однако для современной медицины с ее обилием информации становится трудным объять весь человеческий организм, в связи с чем возникла необходимость специализации врачей по узким направлениям (ревматолог, кардиолог, пульмонолог и др.). Современный специалист, обеспечивая четкую и точную диагностику в отдельных органах или системах, не может в такой же детализации определить связь между отдельными органами. Поэтому свое лечение врач нередко направляет преимущественно на одну болезнь, которая относится к сфере его специальности (аппендицит, холецистит, отит и т. д.). Проблема интегрированной оценки здоровья всего организма и возможных взаимосвязей между отдельными одновременно существующими заболеваниями остается недостаточно разработанной. Возникает настоятельная необходимость объединения этих двух методик диагностики: детализирующей (современной) и обобщающей (восточной). Доступность, простота выполнения диагностики в сочетании с высокой результативностью в традиционной народной медицине должна сочетаться с самыми современными, в том числе аппаратными и лабораторными, методами, обеспечивающими информацию на многих уровнях.

Для определения характера рефлекторной терапии крайне желательно принимать во внимание динамичность патологического процесса и характер поврежде-

ния регулирующих систем, в том числе нервной и эндокринной. В оценке изменений нервной регуляции целесообразно учитывать ее уровни (корковые функции, соматическая и вегетативная иннервация, центральные и периферические звенья). При изучении состояния вегетативной нервной системы необходимо определять порог возбудимости, тонус и преобладающее влияние адрен- или холинергических звеньев.

Подобная оценка патологического процесса, основанная на современном понимании его этиопатогенеза, приблизит врача-рефлексотерапевта и к пониманию ряда категорий традиционной восточной медицины: взаимоотношений противоположностей (усиление — ослабление, прибавление — отнятие и др.).

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Рефлексотерапию (РТ) может осуществлять врач, имеющий специальную подготовку и владеющий методами рефлекторной диагностики и лечения (приказ министра здравоохранения СССР № 266 от 17.03.76 г.). Сеансы РТ проводят как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Процедуры РТ желательно выполнять в специальной комнате (приложение № 4 к приказу МЗ СССР № 266), оснащенной кушеткой с высокими ножками (70—80 см), креслами с откидывающимися спинками, аптечкой для оказания неотложной помощи при обмороках, ухудшении общего состояния, постельным бельем (простыни, подушки, тонкие одеяла, валики под спину, ноги и т. д.), а также соответствующим медицинским оборудованием. Необходимо иметь комплекты специальных игл для корпоральной и аурикулярной иглоторапии, кнопочные и прямые микроиглы для длительной акупунктуры, игольчатый молоточек, приборы для электроакупунктуры (ПЭП-1, «Элита-4», «Карат»), приборы точечного прогревания и прижигания, полынные сигареты, мокса, аппараты для стерилизации игл, спирт, настойку йода, вату и др.

Рефлексотерапию можно осуществлять как самостоятельный метод, а также в комплексе с медикаментозными и некоторыми физиотерапевтическими процедурами. Допустимы сочетания РТ с наркотиками, витами-

нами, антибиотиками и другими антимикробными средствами. Физиотерапевтические процедуры: водные (душ, местные ванны), грязевые аппликации, местные ультразвуковые, ультрафиолетовые облучения, гинекологический массаж — можно проводить при условии предварительного 2—3-часового отдыха перед рефлексотерапией.

Не рекомендуют сочетания РТ с малыми транквилизаторами и другими психотропными средствами, ганглиоблокаторами, налоксоном, кортикостероидными гормонами, с ионизирующим облучением и др. (приказ МЗ СССР № 106 от 10.03.59 г.).

Показания для рефлексотерапии в акушерской и гинекологической практике довольно широки. В акушерской практике показания к РТ можно разделить на 2 группы: 1) акушерская патология, осложняющая течение беременности, родов и послеродового периода; 2) экстрагенитальные заболевания у беременных, рожениц и родильниц.

Акушерские осложнения беременности, требующие проведения рефлексотерапии: угрожающее преждевременное прерывание беременности во всех ее сроках, ранние токсикозы (рвота, слюнотечение), нейродермиты беременных, холестатический гепатоз беременных, остеомалация, поздние токсикозы, иммуноконфликтные состояния (несовместимость крови матери и плода по системе АВО и резус-фактора), внутриутробная гипоксия плода.

С помощью РТ можно проводить подготовку беременной к родам; осуществлять возбуждение родовой деятельности при досрочном или запоздалом родоразрешении; лечить такие осложнения родового акта, как слабость родовой деятельности, дискоординированные схватки, функциональная дистония шейки матки; проводить обезболивание родов и аналгезию операции кесарева сечения.

В послеродовом периоде показаниями к РТ служат: необходимость профилактики гнойно-септических осложнений, субинволюция матки, лохиометра, послеродовой эндометрит, гипогалактия, лактостаз, серозный мастит, болезненные послеродовые схватки.

Заболевания, сопутствующие беременности, при которых показана рефлексотерапия:

1) неврозы, стрессовые состояния; фобии всех вариантов, неврозы страха, истерические неврозы, невроз

навязчивости, депрессивный невроз, неврастения, ипохондрический невроз;

2) аллергозы: артриты аллергические, крапивница, ангионевротический отек Квинке, бронхиальная астма, респираторные аллергозы, нейродермиты, риносинусопатии, конъюнктивиты, лекарственная непереносимость и др.;

3) болезни системы крови и кровообращения: анемии железодефицитные, гипертоническая болезнь I и II стадий, артериальная гипотония, рефлекторная стенокардия, нарушение сердечного ритма (экстрасистолия), не связанные с тяжелой патологией сердечной мышцы и др.;

4) болезни органов дыхания: назофарингит, трахеит, бронхит (острый и хронический), пневмония, синуситы, ларингиты;

5) болезни органов пищеварения: гингивиты, стоматиты, глоссалгии, гастриты, язвенная болезнь желудка, гастроэнтериты и колиты неинфекционной этиологии, функциональные расстройства желудка и кишечника (секреторные, двигательные, эвакуаторные и др.);

6) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: артрозы, спондилезы, остеохондроз позвоночника, радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый), полиартрит хронический, миалгии и др.;

7) болезни мочевыделительной системы: цистит, уретрит, пиелонефрит, почечная колика и др.;

8) болезни эндокринной системы: диабет (легкая и средняя степень тяжести), гипертиреоз (легкая степень), другие виды дисгормонов.

Гинекологические заболевания периодов детства и полового созревания нередко служат показаниями для РТ. К ним относятся воспалительные заболевания наружных половых органов и влагалища травматического и дистрофического характера у девочек любого возраста; нарушения становления менструального цикла, нередко развивающиеся на фоне сопутствующих соматических или системных заболеваний и при психических стрессовых перегрузках.

Болезни половой системы у женщин репродуктивного периода часто служат показаниями для РТ, которая проводится самостоятельно или в комплексе с другими лечебными средствами. С помощью РТ лечат: 1) сексуальные расстройства; 2) воспалительные процессы (острые и хронические) наружных половых органов (вуль-

виты, уретриты, бартолиниты), влагалища, влагалищ-ной части шейки матки, тела матки, маточных труб и яичников, тазовые ганглионевриты; 3) все виды нарушений менструального цикла, в том числе гипоменструальный синдром, недостаточность желтого тела, ановуляцию полигландулярного, диэнцефального и коркового генеза; 4) мастопатию (начальная стадия); 5) предменструальный синдром; 6) эндокринные формы бесплодия; 7) функциональную слабость мышц тазового дна, сфинктеров мочевого пузыря, прямой кишки (недержание мочи, газов).

В климактерическом периоде показаниями для РТ служат климактерический синдром, дисфункциональные маточные кровотечения.

Противопоказаниями для РТ в гинекологической практике являются гнойные мешотчатые образования придатков, не подлежащие консервативному лечению; доброкачественные опухоли и опухолевидные образования наружных и внутренних половых органов (кисты большой железы преддверия влагалища, субмукозные и субсерозные миомы матки с явлениями воспаления или дистрофическими процессами в тканях узлов, подозрение на злокачественное перерождение и др.); все виды эндометриозов, опухоли яичников, узловые формы фиброзно-кистозной мастопатии; фоновые и предракочные состояния шейки матки (дискератозы, лейко- и эритроплакии, полипозы, все виды гиперплазии и дисплазий); злокачественные новообразования, за исключением запущенных форм, при которых рефлексотерапию можно использовать как симптоматическое средство.

Поиск точек акупунктуры проводится по принципу их топографических отношений к костно-мышечным и сухожильным ориентирам и распределения поверхности кожи частей тела (туловища, головы, рук и ног) на так называемые пропорциональные отрезки.

Нахождение точек акупунктуры с помощью приборов (электротермометра, дермопотенциометра, ПЭП-1, «Элита-4» и др.) имеет определенное практическое значение. Однако нередко наблюдаются «провалы» точек, их «молчание» или высокая электропроводность всей поверхности кожи, в связи с чем у врача возникают сомнения в правильности выбора кожного участка для воздействия. Появление предусмотренных ощущений у больного во время укола или прессации является

одним из основных факторов, убеждающих врача в правильности выбора участка для акупунктуры.

В рефлексотерапии, кроме выбора точек акупунктуры, чрезвычайно существенным является метод воздействия на них применительно к заболеваниям. Традиционная иглотерапия во всех ее вариантах может быть использована у большинства больных, за исключением лечения детей и тяжелых состояний у беременной и роженицы (преэклампсия и эклампсия). Прижигание и прогревание кожных точек нежелательно при острых воспалительных заболеваниях и других лихорадочных состояниях. Универсальными могут быть акупунктурная магнитотерапия, воздействие светодиодами, пресация шаровидным наконечником, аппликации твердых шариков, цуботерапия, пальцевой и точечный вибрационный массаж, электроакупунктура, вакуум-терапия, точечное охлаждение, ультразвуковое воздействие и другие виды РТ. Для усиления терапевтического действия РТ целесообразно добиться психологической релаксации с тем, чтобы подкорковые вегетативные центры могли функционировать с большей самостоятельностью. С этой целью желательно предпослать РТ или сочетать с ней различные методы психотерапии: беседы, аутотренинг, музыкальное сопровождение [Секи Н., 1983].

Принимая во внимание наличие функциональных комплексов ТА, объединенных в соответствующие меридианы, есть все основания рассматривать их как «соматические гомологи» висцеральной афферентации от внутренних органов, обеспечивающих информацию в условиях физиологических колебаний и при возникновении патологических расстройств [Табеева Д. М. 1980].

Современная нейрофизиология подтверждает факты представительства в вентральном ядре гипоталамуса и коре головного мозга каждой висцеральной системы, что обеспечивает локализацию на определенных участках поверхности тела отраженных реакций от соответствующих органов [Дуринан Р. А., 1985].

Опыт традиционных методов диагностики рекомендует руководствоваться оценкой состояния «избыточности» и «недостаточности» меридиана, а при воздействии на них — способами торможения (дисперсии) или возбуждения (тонизации) [Тыкочинская Э. Д., 1979; Табеева Д. М., 1980; Warren F., 1976, и др.].

Д. М. Табеева (1980) рекомендует использовать в выборе ТА три уровня воздействия:

1) на точки акупунктуры измененных меридианов и стимуляция седативной или тонизирующей точек того меридиана, к системе которого относится поврежденный орган;

2) на точки акупунктуры вторичных меридианов через поперечные ло-пункты;

3) на точки «чудесных» меридианов.

Во всех отечественных и зарубежных руководствах по акупунктуре в качестве показаний для РТ в акушерско-гинекологической практике представлены отдельные симптомы (аменорея, маточное кровотечение, боли, рвота, отеки и т. д.). Рекомендации, взятые из руководств восточной народной медицины, не соответствуют современным классификациям нозологических форм заболеваний и акушерских осложнений и пониманию их патогенеза. Кроме того, в литературе, как правило, приводится перечень рекомендуемых для воздействия ТА без указания последовательности их включения, которая важна для предотвращения усугубления поломки конкретной функциональной системы. Наличие у женщин репродуктивного возраста специфического для них менструального цикла вызывает необходимость очередности применения ТА, направленной на нормализацию систем регуляции применительно к разным фазам цикла.

Чтобы быстрее и успешнее добиться поставленной цели, крайне желательно в процессе лечения проводить повторную рефлекторную диагностику для выявления реакций большого организма. Целесообразно проводить ее перед каждым сеансом РТ. Основное внимание в процессе выполнения диагностических тестов необходимо направлять на выявление порога возбудимости, тонуса, функциональной асимметрии вегетативной нервной системы (преобладание пара- или симпатической ее части).

В связи с тем, что настоящее издание рассчитано на врачей, владеющих методом рефлексотерапии, мы сочли возможным не перегружать текст детализацией методических положений, необходимых при проведении РТ. Все специалисты знакомы с подобными установками. Мы стремились отразить специфику диагностики и лечения применительно к акушерству и гинекологии.

АКУШЕРСТВО

Для выявления функциональных изменений на субклиническом уровне у беременных была использована рефлекторная диагностика на основе вегетативных проб с дозированными нагрузками, которая выявила, что физиологические константы здоровых беременных по вегетативным тестам характеризуются некоторыми изменениями по сравнению с их уровнем у здоровых небеременных женщин.

В сроки 10—12 нед беременности акценты точек акупунктуры ВМ-46 (яичниковые) равны $0,56 \pm 0,04$ °С и $5,3 \pm 0,3$ мВ, R-12 (маточные) — соответственно $0,41 \pm 0,04$ °С и $3,2 \pm 0,2$ мВ. С ростом беременности увеличение акцентов в точках яичников замедляется и стабилизируется в III триместре, а в точках матки прогрессирует. В процессе активной родовой деятельности возбудимость повышается и после родов быстро уменьшается до исходного уровня.

Кожно-сосудистые реакции характеризуются повышением порога чувствительности (удлинением скрытого периода) и усилением реакции в большей степени на адренергический раздражитель и в меньшей — на холинергический. Индекс продолжительности реакции А/К- в ранние сроки находится на уровне 1,41, к концу беременности он снижается до 1,09, перед родами — до 0,82 и в родах — до 0,54 [Аль Асаф Юсеф, 1984].

Пробы Ашнера — Дайнини характеризуются замедлением ЧСС на $7,5 \pm 2,3$ ударов в минуту в ранние сроки беременности, на $6,8 \pm 2,5$ — в середине ее и на $8,7 \pm 1,3$ — перед родами. Замедление ЧСС при клино-статической пробе усиливается на $7,5 \pm 2,8$ уд/мин, учащение при ортостатической пробе — на $9,5 \pm 1,7$ уд/мин.

С ростом беременности клинореакции усиливаются, ортореакции замедляются. Реакция на штриховую про-

бу в ранние сроки возникает через $9,4 \pm 2,3$ с и продолжается $11,3 \pm 2,7$ мин. В начале беременности чаще преобладает белый дермографизм, в конце ее — красный.

В пробе Мак-Клюра — Олдрича в динамике беременности выявляется волнообразность (в I триместре — $36,2 \pm 3,8$ мин, во II — $30,5 \pm 2,9$ мин, в III — $38,9 \pm 1,8$ мин).

Анализ полученных изменений вегетативных проб свидетельствует о значительном повышении порога возбудимости вегетативной нервной системы с наступлением беременности, о повышении ее общего тонуса (увеличение активности ответных реакций) с преимущественным преобладанием в ранние сроки симпатико-адреналовой системы. Во II триместре порог возбудимости стабилизируется на максимальном уровне, продолжается усиление тонуса вегетативной нервной системы (ВНС) с равномерным повышением активности симпатического и парасимпатического влияния ($A/K=1,09$).

В III триместре беременности порог возбудимости приобретает тенденцию к снижению, выраженность вегетативных реакций сохраняется высокой, наступает более интенсивное парасимпатическое влияние. К концу беременности (на 37—38-й неделе) показатели сосудистых реакций на действие медиаторов ВНС снижаются до 0,82 с устойчивым преобладанием холинергических реакций.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Ранний токсикоз беременных. Целью рефлексотерапии является усиление общего тонуса вегетативной нервной системы с преобладанием симпатико-адреналового влияния.

Рефлексотерапия проводится на фоне психотерапии с воздействием на ушные и корпоральные точки.

Аурикулотерапия: постоянные кнопочные иглы на 5—7 сут или ежедневные сеансы укалывания в АТ 13, АТ 55, АТ 82, АТ 83, АТ 87, АТ 30 (выборочно).

Корпоральная РТ проводится тормозным методом по второму варианту с экспозицией до 30 мин.

1-й сеанс: F-2, MC-7, VC-12 (при слюнотечении E-5, VB-23).

2-й сеанс: F-3, MC-6, RP-2 (при слюнотечении E-6, R-18, R-21).

3-й сеанс: F-5, R-21 (при слюнотечении Gi-18).

4-й сеанс: RP-4, E-42.

5-й сеанс: Gi-4 (справа), P-7 (слева).

6-й сеанс: RP-5, V-42, Gi-4 (слева), P-7 (справа).

7-й сеанс: E-36, E-40, RP-3.

8-й сеанс: F-3, MC-6.

9-й сеанс: Gi-4, E-36.

10-й сеанс: V-58, R-3.

При недостаточном эффекте после 10-го сеанса лечение можно продолжить, используя рецепты 1-го, 2-го, 3-го и 4-го сеансов. В последний завершающий сеанс желательно включить корпоральные точки: Gi-4, E-36, TR-5.

У больных с преимущественными проявлениями психоэмоциональных расстройств, нарушений сна, вегетососудистой дистонии РТ сочетается с психотерапией и осуществляется воздействием постоянными кнопочными иглами в АТ 13, АТ 28, АТ 34, АТ 51, АТ 55 сроком на 7—10 дней или в виде ежедневных сеансов с чередованием по 2—3 парные точки с экспозицией до 30 мин.

В корпоральные точки иглы вводятся ежедневно по курсовому принципу методом дисперсии по второму варианту с экспозицией до 20 мин.

1-й сеанс: Gi-4, E-36, VC-12.

2-й сеанс: MC-7, MC-6.

3-й сеанс: F-3, F-5, R-6.

4-й сеанс: TR-10, V-62.

5-й сеанс: R-24, R-3.

6-й сеанс: V-58, V-14.

7-й сеанс: Gi-4, E-36, E-44.

8-й сеанс: MC-6, MC-7, RP-6.

9-й сеанс: F-3, F-5, R-6.

10-й сеанс: Ig-8.

Угрожающее преждевременное прерывание беременности. У большинства беременных это осложнение сопровождается повышенной возбудимостью матки. Однако при назначении РТ всегда следует учитывать этиологию угрожающего прерывания беременности. Такие факторы, как истмико-цервикальная недостаточность, аномалии развития внутренних половых органов, не дают основания использовать РТ в качестве основного лечебного метода. В подобных условиях ее можно

применять как метод профилактики спонтанного аборта перед, во время и после корригирующих операций.

Угрожающее прерывание беременности сопровождается изменениями вегетативных реакций. Так, во всех измеряемых точках акупунктуры их акценты повышены в 1,2—1,5 раза, индекс кожно-сосудистой реакции А/К снижен до 0,9 во II триместре беременности и до 0,5 — в III триместре. ЧСС в пробе Ашнера — Дайнины уменьшена на $14,8 \pm 1,4$ уд/мин (в 2 раза), клинозамедление — на $16,7 + 2,7$ уд/мин (в 2 раза), ортоускорение — на $14,1 \pm 1,7$ уд/мин против $9,5 \pm 1,7$ в норме. Рассасывание инфильтрата в пробе Мак-Клюра — Олдрича ускорено на 12 мин. В штриховой пробе увеличена продолжительность скрытого периода до $17,4 \pm 1,8$ с (в 2 раза) и укорочена видимая реакция на 8,7 мин по сравнению с нормой в I триместре беременности. Все эти изменения свидетельствуют о повышении возбудимости вегетативных рефлексов с преобладанием холинергических влияний.

Цель лечения — добиться прекращения схваток или понижения тонуса матки на фоне нормализации вегетативной регуляции до уровня, характерного для физиологической беременности.

Рефлексотерапия проводится на фоне постельного режима, психотерапии, приема витаминов С, Е, А, соблюдения диеты, ограничивающей животные белки и соль.

Аурикулярная РТ: АТ 23, АТ 55, АТ 51, АТ 95, АТ 109. Вводятся постоянные кнопочные иглы сроком на 7—10 сут или обычные — при ежедневных сеансах с экспозицией 20—30 мин.

Для воздействия на корпоральные точки используют обычные и микроиглы. Сеансы РТ проводят 1 раз в сутки. При выраженной угрозе прерывания беременности в первые 2—3 сут желательно повторить сеанс РТ, так как действие его продолжается около 4—5 ч.

1-й сеанс: МС-7, РР-6.

2-й сеанс: МС-6, R-6, P-7.

3-й сеанс: VG-14, V-11, E-14 или Gi-15.

4-й сеанс: VG-4, V-23, VB-26.

5-й сеанс: TR-5, VB-13.

6-й сеанс: МС-7, РР-6.

7-й сеанс: TR-5, V-12.

8-й сеанс: VG-4, V-23, VB-26.

9-й сеанс: R-6, P-7.

10-й сеанс: VG-14, V-II, Gi-14 или Gi-15.

11-й сеанс: V-43, F-13.

12-й сеанс: MC-7, RP-6.

Метод лечения — тормозной по второму варианту с экспозицией от 20 до 40 мин.

В случае недостаточного терапевтического эффекта и появления схваток между сеансами РТ лечение можно дополнить постановкой микроигл в указанные точки сроком от 2 до 5 сут или назначением медикаментов в половинных дозировках (5 мл 10 % раствора магния сульфата, 1 мл 2,5 % раствора но-шпы).

Под нашим наблюдением находились 100 женщин с явлениями угрожающего прерывания беременности, которым проводилась РТ без применения медикаментозных средств или с добавлением половинных доз указанных выше препаратов.

Снижение возбудимости матки появлялось с 1-го сеанса РТ и становилось особенно заметным на 3—4-м сеансе. После 7-го сеанса у большинства пациенток прекращались спонтанные схватки. Одновременно с ослаблением сократительной активности матки уменьшалась психологическая напряженность беременных. Сон становился более спокойным, крепким и продолжительным. Улучшался аппетит, появлялась уверенность в благоприятном исходе беременности.

Снижение возбудимости матки сопровождалось ослаблением холинергического влияния, нормализацией вегетативных реакций и акцентов кожных точек гипогастрия и ушной раковины, повышением продукции половых стероидов, преимущественно прогестерона.

Сохранили беременность и родили живых детей с оценкой по шкале Апгар 8—10 баллов 96 (96 %) женщин. Роды были своевременными в 93 случаях, преждевременными — в 3.

Из 50 больных контрольной группы, получавших медикаментозное лечение без РТ, сохранили беременность и родоразрешились живыми детьми 43 (86 %).

Нейродермиты во время беременности рассматриваются как проявление своеобразного токсикоза в результате развития недостаточности функции печени или расстройства желудочно-кишечного тракта. Нередко они проявляются как аллергозы. Для уточнения причины осложнения с успехом можно использовать аурикулярную и пульсовую диагностику.

Методика лечения — комплексная, состоит из психотерапии, диеты (голод в течение 1—3 сут с приемом витаминизированных напитков до 1000 мл в день) и рефлексотерапии.

Аурикулярная РТ: АТ 55, АТ 71, АТ 76, АТ 77, АТ 13, АТ 61, АТ 82, АТ 97, АТ 83, АТ 67, АТ 124, точка аллергии по Р. Nogier. Для лечения можно использовать одновременно не все приведенные точки, а лишь несколько (не более 3—4). Выбор их может быть определен клиникой заболевания и механизмом развития дерматита. Ежедневную аурикулотерапию желательно сочетать с проведением сеансов РТ в виде одновременного или разделенного во времени воздействия в корпоральные точки.

Корпоральная РТ:

1-й сеанс: TR-5, VB-31, VB-39.

2-й сеанс: MC-7, P-7.

3-й сеанс: TR-5 (слева), VB-41 (справа).

4-й сеанс: VB-41 (слева), TR-5 (справа).

5-й сеанс: F-11, F-13, RP-9.

6-й сеанс: Gi-11, V-13, Gi-4.

7-й сеанс: VG-14, V-11, Ig-14 или Gi-15.

Дискинезия желудочно-кишечного тракта. Беременность сопровождается выраженными изменениями функции желудочно-кишечного тракта, проявляющимися в ослаблении перистальтики желудка и всех отделов тонкой и толстой кишок, в снижении секреции желудочного содержимого и, по-видимому, пищеварительных ферментов [Шехтман М. М., Бархатова Т. П., 1982, и др.]. Клинически это нередко обнаруживается в развитии запоров, а также способствует инфицированию мочевых путей в связи с интенсивным размножением кишечной флоры в результате брожения. Вегетативные изменения характеризуются развитием относительно высокого порога возбудимости и значительного преобладания симпатикотонии.

Методика рефлекторного лечения. Психотерапия; предельно допустимая физическая активность. В течение 1—2 дней преимущественно используют продукты, богатые клетчаткой и оказывающие послабляющее действие. Исключить картофель.

Рекомендовать блюда из круп (непроваренный рис, греча, пшено и др.).

Пить витаминизированные напитки из натуральных продуктов в количестве 800—1000 мл, при наличии

отеков — не более 600 мл. Диета с ограничением поваренной соли до 3 г и менее.

Для рефлексотерапии на ушной раковине используют зону вокруг ножки завитка: АТ 84, АТ 85, АТ 86 АТ 87, АТ 89, АТ 90, АТ 91, АТ 117, а также точки АТ 55, АТ 51, АТ 22, АТ 23, АТ 29. Применяют кнопочные постоянные иглы сроком от 1 до 7 сут или ежедневные сеансы иглоукалывания в 2—3 точки продолжительностью 20 мин.

Ежедневные сеансы иглоукалывания в корпоральные точки выполняют тормозным методом по второму варианту.

1-й сеанс: VB-41, TR-5.

2-й сеанс: F-8, F-3, E-40.

3-й сеанс: если после 2-го сеанса была повышенная перистальтика, назначить VB-38, при отсутствии активной перистальтики воздействовать на точки VB-40 VB-37, Gi-11, E-25.

4-й сеанс: F-5, VB-24, VB-25.

5-й сеанс: R-6, P-7, R-3.

6-й сеанс: F-5, VB-40.

7-й сеанс: Gi-6, P-9.

8-й сеанс: V-21, VC-12, E-42.

9-й сеанс: F-5, VB-24, VB-25.

10-й сеанс: TR-5, VB-41.

Геморрой. Нередко это осложнение сопровождается дискинезией кишок, так как в своей основе оба состояния имеют близкий патогенез. Кроме того, геморрой может явиться результатом венозного застоя в органах малого таза.

Вегетативные изменения у больных геморроем аналогичны тем, которые наблюдаются при дискинезии кишок.

Методика лечения. На ушной раковине используются АТ 51, АТ 117, АТ 81, АТ 83, АТ 119, АТ 120 с постановкой кнопочных игл на 1—7 сут или с проведением ежедневных сеансов по 20—30 мин.

Используя корпоральные точки, применяют тормозной метод второго варианта.

1-й сеанс: V-54, V-30, V-38.

2-й сеанс: MC-6, RP-8.

3-й сеанс: V-36, MC-7.

4-й сеанс: V-39, RP-13, V-53.

5-й сеанс: V-58, R-3.

6-й сеанс: R-7 (слева), R-6 (справа).

7-й сеанс: P-7 (справа), R-6 (слева).

8-й сеанс: MC-7, C-7.

9-й сеанс: MC-6, TR-5.

10-й сеанс: RP-6, MC-7, V-51.

Варикозная болезнь. Варикозное расширение вен на нижних конечностях и (или) вульве наблюдается относительно часто (до 50 %) уже при первой беременности и в еще большем числе (до 75 %) — при повторных беременностях. Механизм развития заболевания в настоящее время объясняют главным образом местной недостаточностью венозной стенки (структурной и функциональной). Не исключена возможность генетически детерминированного влияния. В связи с этим становятся понятными и прогрессирование процесса, и отсутствие действенных методов профилактики. Ухудшение течения варикозной болезни во время беременности обусловлено в значительной степени застоем крови в венах таза, наружных гениталий и нижних конечностей [Кулаков В. И. и др., 1984].

Состояние вегетативной нервной системы у беременных женщин с варикозной болезнью характеризуется ослаблением сосудистых реакций, повышением порога возбудимости и удлинением видимых изменений, возникающих в ответ на раздражение, снижением симпатического и усилением парасимпатического влияния.

Методы лечения. РТ может быть использована в дополнение к общепринятым мероприятиям в виде лечебной физкультуры, направленной на улучшение активного кровообращения в нижней половине тела; режима с ограничением длительного пребывания на ногах или сидячего положения; принятия возвышенного положения ног при отдыхе в лежачем положении; ношения эластических чулок во время беременности.

РТ в АТ 51, АТ 38, АТ 40, АТ 87, АТ 98, АТ 127, АТ 109, АТ 22, АТ 48, АТ 49 можно применять в виде кнопочных игл, вводимых на 2—8 сут, или разовых ежедневных сеансов с экспозицией 20—30 мин. Однократно применяют не более 3—4 точек. Корпоральные точки используют по второму варианту тормозного метода с экспозицией воздействия иглами от 20 до 40 мин.

1-й сеанс: RP-4, MC-6.

2-й сеанс: VB-29, VB-32, MC-5.

3-й сеанс: F-3, V-20, VB-37.

4-й сеанс: RP-3, E-40.

- 5-й сеанс: E-41, E-36.
6-й сеанс: V-19, V-60, V-58.
7-й сеанс: VB-30, F-10.
8-й сеанс: E-32, E-35, E-36.
9-й сеанс: RP-4, RP-10, F-5.
10-й сеанс: V-18, V-58, R-3.

В зависимости от особенностей клиники и от преимущественного поражения вен бедра или голени, наружной или внутренней их поверхностей можно подбирать точки по принципу местного влияния. При появлении болей в бедре на фоне застоя крови в венах лучше использовать точки меридианов RP (4,13), F (15—12). При возникновении расширений или тромбоза вен на голени и стопе лучше использовать точки меридианов E (35,41) и VB (34—40).

В целях профилактики осложнений заболевания над измененными подкожными венами желательно применять утешающее прогревание полынными сигаретами.

Избыточная масса тела беременной. Беременность и роды на фоне ожирения протекают более тяжело. Средняя масса новорожденных у матерей с ожирением оказывается ниже средней массы детей матерей среднего питания.

Ожирение в своей основе имеет снижение интенсивности обменных процессов, которое возникает в силу ослабления активности нейроэндокринной регуляции. У женщин ожирение нередко сопровождается уменьшением продукции половых стероидных гормонов и других биологически активных веществ. В связи с этим в целях профилактики различных осложнений беременности и родов целесообразно проводить лечение женщин, склонных к чрезмерной полноте. С успехом может быть применена РТ, направленная на стимуляцию вегетативно-трофических рефлексов, эндокринных желез, микроциркуляции крови в тканях, окислительно-восстановительных обменных процессов.

Для уменьшения массы тела могут быть использованы два направления: ограничение приема продуктов питания или интенсификация обмена веществ.

Методы лечения. Рефлексотерапия проводится на фоне: 1) психотерапии для повышения волевых и психоэмоциональных перестроек в направлении ограничения питания и выбора наиболее рациональных пищевых продуктов; 2) диеты с регулярным (1 раз в неделю) проведением разгрузочного дня, питьем витамини-

зированных напитков (желательно в горячем виде). С целью уменьшения аппетита используется АТ 18. По Р. Nogier, эта точка расположена чуть медиальнее основания козелка. Для стимуляции обменных процессов применяются АТ 51, АТ 23, АТ 28, АТ 45.

Корпоральные точки служат для курсового лечения сеансами методом дисперсии через сутки.

1-й сеанс: Gi-4, E-36, TR-10.

2-й сеанс: R-6 (справа), P-7 (слева).

3-й сеанс: R-6 (слева), P-7 (справа).

4-й сеанс: RP-6, RP-9, E-45.

5-й сеанс: P-7 (слева), R-6 (справа).

6-й сеанс: P-7 (справа), R-6 (слева).

7-й сеанс: VG-20, V-43.

8-й сеанс: E-36, Gi-4, Gi-11.

9-й сеанс: TR-5, Gi-13.

10-й сеанс: V-10, VC-12.

Симфизит, остеомаляция. Причиной заболевания является нарушение кальциевого обмена с последующей релаксацией связочного аппарата и декальцинацией костей.

Методы лечения. Рефлексотерапия проводится в комплексе с: 1) психотерапией; 2) соблюдением кальциевой диеты с добавлением каждые 3 ч по 1 г мелко размолотой яичной скорлупы или ракушек; 3) ультрафиолетовым облучением лонного сочленения на площади до 20 см², начиная с 1 биодозы, ежедневно добавляя 0,5 биодозы до максимальной дозы, равной 3. Используются аурикулярные (АТ 22, АТ 28, АТ 45, АТ 51, АТ 50, АТ 56, АТ 55) и корпоральные точки.

1-й сеанс: VB-30, VG-20 (19).

2-й сеанс: Ig-3 (справа), V-62 (слева).

3-й сеанс: У-62 (справа), Ig-3 (слева).

4-й сеанс: TR-8.

5-й сеанс: V-10, VC-12.

6-й сеанс: V-60, V-31.

7-й сеанс: E-8, VC-3.

Поздние токсикозы беременных. При данных осложнениях наблюдаются следующие изменения вегетативной нервной системы: снижение порога возбудимости и рефлекторной активности, симпатикотония.

Лечение водянки беременных, проявляющейся чрезмерным накоплением массы тела за счет задержки жидкости и развития скрытых и видимых отеков, а так-

же расстройствами микроциркуляции, следующее: психотерапия, бессолевая диета с ограничением жидкости до 600—800 мл в сочетании с рефлексотерапией. Используют аурикулярные (АТ 51, АТ 55, АТ 59, АТ 95, АТ 118, АТ 99, АТ 33, АТ 29, АТ 23) и корпоральные точки.

1-й сеанс: МС-6, МС-7.

2-й сеанс: V-52, V-28.

3-й сеанс: Gi-4, E-36.

4-й сеанс: V-23, R-7.

5-й сеанс: R-8, МС-6.

При сохранении отечности сеансы повторяют, начиная с 1-го.

Методы рефлексотерапии нефропатии I и II-степени тяжести. Используются аурикулярные АТ 59, АТ 55, АТ 22, АТ 23, АТ 105 (на задней поверхности ушной раковины) и корпоральные точки по сеансам.

1-й сеанс: E-36, VC-9, Gi-11, Gi-4.

2-й сеанс: VB-20, F-2, F-14, VB-25.

3-й сеанс: E-39, E-36, VC-12.

4-й сеанс: VG-14, V-11, Ig-14, Ig-15.

5-й сеанс: МС-6, V-60, R-7.

6-й сеанс: РТ продолжается в режиме повышенной интенсивности — VB-35, E-9, V-60, Gi-11, Gi-15.

7-й сеанс: V-6, C-7, МС-7.

При отсутствии стабильного эффекта после 7 сеансов РТ желательно дополнить назначением медикаментов в уменьшенных дозировках: 1 мл 1 % раствора дибазола под кожу, 1 мл 2 % раствора папаверина гидрохлорида под кожу или внутримышечно, 10 мл 25 % раствора магния сульфата внутримышечно 1 раз в сутки, гипотиазид по 25 мг внутрь 1 раз в сутки, калия хлорид по 1 г внутрь 3 раза в день. При наличии протеинурии желательно вводить внутривенно белковые препараты в количестве 200—400 мл.

8-й сеанс: VG-14, V-11, Gi-15.

9-й сеанс: R-2, V-60, МС-8.

10-й сеанс: R-6, P-7, RP-6.

11-й сеанс: TR-5, МС-6.

12-й сеанс: VB-37, F-3.

При отсутствии эффекта от двухнедельного курса РТ в сочетании с медикаментами необходимо решать вопрос о досрочном родоразрешении. Дальнейшее продолжение беременности в подобных условиях чревато высоким риском для жизни матери и будущего ребенка.

Нами проведено наблюдение над 152 беременными с поздними токсикозами, из которых 50 женщин лечились медикаментозными средствами (контрольная группа) и 102 — рефлекторным методом (основная группа). Водянка беременных диагностирована у 6 — в контрольной группе и у 18 — в основной, нефропатия I степени — соответственно у 32 и 63, нефропатия II степени — у 12 и 21.

В комплекс лечения всех больных входили полупостельный режим, диета и психотерапия. В контрольной группе лечение дополнилось медикаментозными препаратами по общепринятым схемам в соответствии с тяжестью токсикоза [Грищенко В. И., 1977; Вихляева Е. М., 1977, и др.]. В основной группе применялся курс рефлексотерапии, состоящий из 4—12 сеансов.

В группе беременных, получавших медикаментозную терапию, положительный диуретический эффект проявлялся на 2-е сутки лечения, а стойкий — на 5-е.

У больных на фоне рефлексотерапии начальный диуретический эффект проявлялся в 1-е сутки, а стойкий наступал на 2—4-е. Почасовой диурез увеличивался в 3—4 раза; суточный — достигал $1106 \pm 0,8$ мл против $984,0 \pm 0,9$ мл до лечения.

Гипотензивный эффект в контрольной группе на 2—3-й сутки выражался в уменьшении систолического артериального давления при нефропатии I степени на $2,7 \pm 0,2$ кПа ($20,1 \pm 1,3$ мм рт. ст.) и диастолического — на $2,5 \pm 0,1$ кПа ($19 \pm 1,1$ мм рт. ст.), а при нефропатии II степени на 4—5-е сутки соответственно — на $4,2 \pm 0,3$ кПа ($31,7 \pm 2,6$ мм рт. ст.) и на $4,0 \pm 0,3$ кПа ($30 \pm 2,1$ мм рт. ст.), при нефропатии III степени соответственно — на $6,2 \pm 0,4$ кПа ($46,6 \pm 2,9$ мм рт. ст.) и $5,8 \pm 0,3$ кПа ($43,3 \pm 2,4$ мм рт. ст.).

У больных на фоне иглотерапии при нефропатии I степени гипотензивный эффект проявлялся на 1-м сеансе.

Через 4—5 сеансов снижение артериального систолического давления достигало $3,2 \pm 0,2$ кПа ($23,7 \pm 1,4$ мм рт. ст.) и диастолического — $2,4 \pm 0,1$ кПа ($17,9 \pm 1,14$ мм рт. ст.). При нефропатии II степени величина гипотензивного влияния увеличилась до $6,9 \pm 0,4$ кПа ($51,7 \pm 3,3$ мм рт. ст.) систолического и $4,6 \pm 0,3$ кПа ($34,5 \pm 1,92$ мм рт. ст.) диастоли-

ческого. 14 беременным с нефропатией II степени на фоне рефлексотерапии назначались в половинных дозировках лекарственные средства в виде инъекций и инфузий.

Гипотензивный эффект проявлялся на 3—5-е сутки и также был в пределах 6,9 кПа (52 мм рт. ст.) и 4,6 кПа (35 мм рт. ст.) соответственно. Одновременно уменьшалась асимметрия артериального давления с 2 кПа (15,3 мм рт. ст.) до 0,7 кПа (5,6 мм рт. ст.) при нефропатии I степени и с 2,3 кПа (17,2 мм рт. ст.) до 1,3 кПа (10,1 мм рт. ст.) — при нефропатии II степени.

До начала рефлекторного лечения, во время и после него проводилось наблюдение за состоянием матки с помощью динамоутерографии и за состоянием плода с регистрацией ЭКГ. Во всех группах больных усиления сокращений матки не выявлено. В процессе сеансов РТ частота сердечных сокращений плода у беременных основной группы, по данным ЭКГ, была в пределах $136 \pm 2,1$ уд/мин, с урежением на 6 ударов на вдохе и учащением на 8 ударов на выдохе. Частота сердечных сокращений плодов у беременных контрольной группы составила $140,0 \pm 2,8$ уд/мин.

Под влиянием РТ на 7,8 с увеличивался латентный период сосудистой реакции на адреналин и на 15,1 мин уменьшался ее видимый период; одновременно латентный период реакции на карбахолин уменьшался на 5,1 с, а видимый период увеличивался на 7,2 мин. Адреналино-карбахолиновый индекс уменьшался с 1,12 до 0,86. Аналогичные показатели были получены и в других вегетативных пробах, что указывает на ослабление симпатико-адреналового тонуса и увеличение холинергического влияния. Изменения функциональной характеристики вегетативной нервной системы несколько отставали от положительной динамики клинических признаков заболевания. После исчезновения симптомов токсикоза нормализации вегетативных нарушений не наступало. Это было особенно заметно в группе больных, леченных медикаментами.

Все 102 беременных с поздними токсикозами получили по одному курсу РТ с числом сеансов от 4 до 12.

У больных с легкими признаками токсикоза, исчезавшими после 2—3 сеансов РТ, лечение прекращалось раньше и ограничивалось 4—6—8 сеансами. (Выписались из родильного стационара без признаков

токсикоза 64 беременных. Рецидивы наблюдались у 17 беременных, имевших нефропатию II степени.

В родах у 80 % рожениц, получавших при беременности РТ по поводу позднего токсикоза, артериальное давление было нормальным. В контрольной группе после медикаментозного лечения нормальное АД сохранялось у 73 %.

Все роженицы, перенесшие поздний токсикоз при беременности, разрешились живыми детьми. Оценка по шкале Апгар у новорожденных от матерей основной группы составила $9,3 \pm 1,7$ балла, в контрольной — $9,1 \pm 2,3$ балла. Масса новорожденных основной группы была равной 3150 ± 183 г, в контрольной — 3200 ± 177 г. Окружность головки детей основной группы равнялась $35,3 \pm 2,14$ см, в контрольной — $35,5 \pm 2,21$ см. Физиологическая потеря в массе у новорожденных обеих групп составила 4,3 % к исходной массе при рождении.

Восстановление ее у новорожденных основной группы наступило через $6,8 \pm 0,21$ сут, в контрольной группе — через $7,3 \pm 1,82$ сут.

Послеродовой период у всех матерей протекал без существенных осложнений. Все они выписаны домой в удовлетворительном состоянии без признаков позднего токсикоза с живыми детьми через $8,6 \pm 0,3$ сут после родов.

Метод рефлексотерапии нефропатии III степени тяжести состоит во введении постоянных кнопочных игл или аппликации ферромагнитных таблеток, разработанных В. С. Патрасенко (1982), на аурикулярные точки АТ 55, АТ 59, АТ 34, АТ 82, АТ 83.

РТ с использованием корпоральных точек состоит в воздействии по сеансам.

1-й сеанс: МС-7, R-3, R-7.

2-й сеанс: VG-14, V-II, Ig-14 или Ig-15.

3-й сеанс: E-36, V-60, Gi-4, Gi-11.

4-й сеанс: МС-6, VC-15, R-7.

5-й сеанс: V-20, V-22, VB-35.

6-й сеанс: V-23, V-28, VG-20.

Далее при положительной динамике порядок применения РТ с 7-го по 12-й сеанс такой же, как и при нефропатии I — II степени тяжести.

Для предупреждения болевого раздражения вместо игл можно применять электро-, магнито- или светодиодопунктуру.

Целью лечения тяжелых форм поздних токсикозов являются снятие стрессового напряжения и психоэмоциональной лабильности, нормализация артериального давления и восстановление циркуляторных процессов в тканях материнского организма, ликвидация отеков. Продолжительность применения РТ без положительной динамики не должна превышать трое суток.

Если проявления нефропатии имеют тенденцию к усилению, лечение с 1-х суток должно быть дополнено применением лекарственных средств, а при отсутствии эффекта — своевременно решить вопрос о досрочном родоразрешении.

Рефлексотерапия применена нами у 14 больных с нефропатией III степени тяжести в виде традиционного иглоукалывания. Мочегонный эффект проявился после 1-го сеанса, но в меньшей степени, чем при более легких формах токсикоза. Суточный диурез увеличился лишь на 112 мл, в то время как при нефропатии I степени увеличение составило 175 мл. Гипотензивный эффект проявился более ярко. Амплитуда снижения достигла 6,2 кПа (46,6 мм рт. ст.) систолического и 5,7 кПа (43,3 мм рт. ст.) диастолического артериального давления. Однако нормализации АД к 5—7-му дню лечения не наступало, что вызывало необходимость дополнительного применения гипотензивных и других медикаментов в половинных дозировках.

Состояние плодов, проявлявших до лечения признаки гипоксии, улучшилось. Частота сердечных сокращений, по данным фетальной электрокардиографии, уменьшилась на 14—18 уд/мин. В последующем роды протекали без осложнений. Все дети родились живыми.

Методы рефлексотерапии преэклампсии. Цель применения РТ — снять нарастающий отек мозга.

Аурикулярная РТ применяется по методике, рекомендованной для лечения нефропатии III степени. РТ с использованием корпоральных точек проводится следующим образом.

1-й сеанс: VB-35, E-9, MC-6, MC-7, VB-28. Больная находится под постоянным наблюдением. Сеансы повторяют через 4—6 ч или чаще при повышении артериального давления или усилении других симптомов токсикоза; желательно использовать РТ в аурикулярную точку АТ 105 до появления капли крови и в корпоральные точки по схеме:

2-й сеанс: VB-20, VC-9, F-13, F-14 или Gi-11, Gi-4, VG-20.

3-й сеанс: VG-14, V-11, Ig-14, Ig-15. При положительном эффекте лечение можно продолжить по схеме, разработанной для нефропатии III степени. При отсутствии эффекта необходимо приступить к интенсивной медикаментозной терапии.

Рефлексотерапию в условиях интенсивного лекарственного лечения проводить нецелесообразно, так как в его состав включают ганглиоблокаторы, несовместимые с методами РТ.

Методы рефлексотерапии эклампсии. На первый взгляд может показаться, что рефлексотерапия неприемлема перед припадком или во время его. Трудно допустить вероятность ее применения после случившегося припадка. Эти опасения обоснованы необходимостью обеспечения подобным больным лечебно-охранительного режима. Однако во многих традиционных руководствах по иглорефлексотерапии существуют рекомендации для применения РТ у женщин с эклампсией [Тыкочинская Э. Д., 1979, и др.]. В современной акушерской отечественной и зарубежной литературе обсуждение вопросов лечения иглоукалыванием ограничивается более легкими формами поздних токсикозов.

Нами приведены 3 наблюдения за результатами комплексного лечения эклампсии с включением РТ. Все беременные были после перенесенного припадка в сумеречном сознании, загруженные седативными и нарколептическими препаратами, поэтому оценка терапевтического эффекта РТ оказалась затруднительной. Рефлексотерапия являлась дополнительным методом, ограничивающим свои возможности создаваемой блокадой рефлекторных процессов средствами интенсивной терапии.

И все же есть основание сохранить РТ в резерве с тем, чтобы иметь возможность оказать необходимую помощь в трудных ситуациях, например при непереносимости или отсутствии в экстремальной обстановке необходимых лекарств.

Возможно ли предупредить наступающий припадок эклампсии с помощью РТ? Вероятность положительного эффекта достаточно очевидна. Во-первых, потому, что этот метод может быть применен немедленно с помощью любых подручных средств (точечного пальцевого массажа, аппликаций магнитофоров, цуботерапии,

биоэнерготерапии с использованием светодиодов, электроакупунктуры и даже иглотерапии). Во-вторых, рефлекторная природа акупунктуры позволяет получить быструю ответную реакцию. В-третьих, РТ воздействует, прежде всего, на системы регуляции (головной мозг, эндокринные органы) в противоположность ряду медикаментозных средств, обладающих преимущественно заместительным действием. И, в-четвертых, с помощью РТ создается возможность пролонгированного влияния на организм с целью предупреждения рецидива эклампсии.

Мы рекомендуем комплексную методику лечения эклампсии. Для усиления терапевтического действия РТ необходимо предварительное введение наркотиков в половинных дозах, антигистаминных препаратов, гепарина, витаминов; обязательна инфузионная терапия.

Чтобы снять нарастающий отек мозга, быстро снизить артериальное давление и достичь мочегонного эффекта, на фоне ингаляции смеси закиси азота и кислорода проводится рефлексотерапия в аурикулярные точки АТ 105 (прокол трехгранной иглой с извлечением ее до получения капельки крови), АТ 104, АТ 55 и АТ 59, а также введение игл в корпоральные точки Е-9, VB-35, VB-28, VC-9, MC-7. Целесообразно использовать мягкие иглы (серебряные, медные и др.), которые не могли бы сломаться в случае возникновения припадка. Метод воздействия — тормозной вторым вариантом с экспозицией от 20 до 40 мин. Экспозиция зависит от вида физических факторов. Ферромагнитные аппликации можно сохранять от 5 мин до нескольких часов. Светодиоды в красном и инфракрасном спектрах могут работать в пределах от 2 до 10 мин. Экспозиция при электропунктуре не должна превышать 4 мин на точку. Активные электроды при этом целесообразно подключать к положительному полюсу (метод дисперсии). Допустимо воздействие переменным током частотой не более 8—10 Гц и преимущественным влиянием положительного знака в соотношении 3:1.

Восстановительное лечение методами рефлексотерапии после припадка эклампсии может быть спланировано по схеме лечения нефропатии III степени. Оно достаточно интенсивно и предусматривает воздействие на большинство разбалансированных систем.

Анемия у беременных. Наиболее распространенными клиническими формами анемий беременных являются

ся железodefицитные, которые обнаруживаются преимущественно во II и III триместрах беременности. Лечение железodefицитных анемий во время беременности проводят главным образом с помощью диеты, витаминов, препаратов железа, некоторых микроэлементов (кобальта, меди) и других средств. Подобный комплекс лечения имеет основе своей заместительный характер. Рефлексотерапия железodefицитных анемий у женщин вне беременности зарекомендовала себя как достаточно эффективное средство. Однако большинство специалистов не рискуют применять этот способ во время беременности из-за опасности ее прерывания.

Мы предлагаем применять *рефлексотерапию* параллельно с проведением психотерапии для снятия тревоги, страхов, создания хорошего настроения и назначением витаминизированной диеты, содержащей микроэлементы железа, меди, кобальта. Можно использовать аурикулярные (АТ 104, АТ 51, АТ 97, АТ 98, АТ 95, АТ 55) и корпоральные точки.

На фоне анемии у ряда беременных возникают спонтанные сокращения матки, поэтому стимулирующие воздействия в этих условиях нежелательны. Опыт нашей клиники показывает, что седативное воздействие способствует снятию эмоционального напряжения и плавному повышению уровня гемоглобина. Поэтому мы предпочитаем применять точки меридианов «перикарда», «печени», «почек», «мочевого пузыря».

1-й сеанс: МС-6, МС-7, С-7 или Е-36, Gi-11, Gi-10.

2-й сеанс: RP-4, МС-6, VB-38.

3-й сеанс: RP-2, RP-6.

4-й сеанс: VG-14, V-43, V-13.

5-й сеанс: TR-8, V-58.

6-й сеанс: V-37, R-2, V-43.

7-й сеанс: Ig-3, V-62. В этом сеансе используют тонизирующую точку Ig-3, поэтому необходимо особенно тщательно наблюдать за состоянием матки. При повышении ее тонуса или появлении слабых сокращений необходимо извлечь иглу из точки Ig-3 и ввести в точку МС-7.

8-й сеанс: R-3, V-20.

9-й сеанс: V-21, V-8, F-14.

10-й сеанс: МС-6, RP-6, RP-4.

Нами проведено обследование 150 беременных с железodefицитной анемией в сроки от 28 до 40 нед, 50 из которых получили общепринятое медикаментоз-

ное лечение (контрольная группа) и 100— рефлексотерапию (Л. Г. Гурова, Э. А. Емельянов, О. Б. Чистовский). Беременным обеих групп назначали стационарный режим, диету, психотерапию, витамины С, В1, препараты железа (феррум Лек внутримышечно, ферроплекс внутрь и др.). Пациентки контрольной группы в дополнение к общим назначениям получали витамин В12, гемостимулин и по показаниям — гемотрансфузии. В основной группе беременным проводили рефлексотерапию по указанной схеме. До лечения в контрольной группе анемия I степени была установлена у 25 женщин, II степени — у 20, III степени — у 5. В основной группе с анемией I степени было 55 беременных, II степени — 39, III степени — 6.

У пациенток контрольной группы, получавших медикаментозное лечение, положительные изменения в общем состоянии и анализах крови выявились на 10—12-е сутки. При анемии I степени они выражались в повышении гемоглобина на 2,3 г/л, эритроцитов — на $0,1 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоцитов — на 0,9 ‰, при II степени соответственно — на 15,9 г/л, $0,16 \cdot 10^{12}/л$ и 0,16 ‰; при III степени — на 2,4 г/л, $0,27 \cdot 10^{12}/л$ и 0,18 ‰ (при $p < 0,05$).

У беременных основной группы улучшение общего самочувствия наступало после 3—5 сеансов РТ. У них нормализовался сон, уменьшалась слабость, улучшался аппетит. При анемии I степени гемоглобин к этому времени повысился на 8,3 г/л, количество эритроцитов — на $0,3 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоцитов — на 0,25 ‰ ($p < 0,01$); при анемии II степени гемоглобин увеличился на 12,2 г/л, эритроциты — на $0,35 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты — на 0,44 ‰ ($p < 0,01$); при анемии III степени изменения проявились соответственно — на 14,2 г/л, $0,42 \cdot 10^{12}/л$ и 0,42 ‰ ($p < 0,05$).

Сывороточное железо у беременных основной группы увеличилось с $10,45 \pm 0,45$ до $16,67 \pm 2,23$ мкмоль/л ($p < 0,01$). У больных контрольной группы это увеличение к 12-м суткам от начала лечения оказалось менее выраженным: с $10,5 \pm 0,45$ до $13,6 \pm 0,62$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

На 6—8-е сутки наблюдалось прогрессирующее восстановление сил и показателей красной крови, что позволило 86 беременным основной группы выписаться из стационара; у 14 других наступили своевременные роды.

Пребывание больных в стационаре при медикаментозном лечении без РТ составило 12—14 дней, при применении РТ — 8—9.

Осложнений от рефлексотерапии не было. Рецидивов анемии у беременных основной группы не наблюдалось. В контрольной группе повторное снижение показателей красной крови было установлено у 14 женщин из 50. Все женщины родили живых детей. В основной группе роды были своевременными у 96 женщин, преждевременными — у 3, запоздалыми — у 1; в контрольной группе у 48 — своевременными, у 2 — преждевременными.

Полученные нами результаты подтверждают не только эффективность РТ железodefицитной анемии у беременных, но и ее безвредность.

Внутриутробная гипоксия плода возникает как самостоятельное заболевание в силу функциональной недостаточности фетоплацентарной системы (аномалии, дистрофии, воспаление и др.), а также как следствие влияния различных акушерских осложнений и сопутствующих соматических заболеваний. Поэтому лечение гипоксии плода в первую очередь должно быть направлено на ликвидацию болезней и восстановление гомеостаза материнского организма.

В патогенетическом плане улучшение дыхательной и других функций плаценты возможно главным образом через восстановление маточно-плацентарного кровообращения, которое существенно нарушается в условиях заболеваний беременной и роженицы. Очевидно, что РТ, благодаря направленному рефлекторному влиянию, в состоянии изменить интенсивность кровообращения как в целом организме, так и в отдельных его регионах. Поэтому есть все основания считать необходимым включение в курсовое лечение гипоксии плода комплексов точек, способствующих улучшению кровообращения в тазовых органах матери. Помимо этого, РТ целесообразно дополнить другими методами лечения, направленными на ликвидацию болезни. В частности, при наличии воспалительного процесса необходимы антимикробные препараты, при гипоксии материнского организма — патогенетическая терапия, направленная на восстановление активности дыхательных ферментов, повышение количества гемоглобина и т. д.

Рефлексотерапия гипоксии плода направлена на оздоровление материнского организма от сопутствующей

щих заболеваний или акушерских осложнений, поэтому разработка схемы РТ в индивидуальных условиях должна быть адаптирована к особенностям конкретной болезни. Мы приводим перечень ТА, при воздействии на которые достигается улучшение маточно-плацентарного кровообращения: аурикулярные точки (АТ 55, АТ 51, АТ 34, АТ 83, АТ 101, АТ 100, АТ 22) и корпоральные точки, используемые по определенной схеме.

1-й сеанс: Gi-4, E-36, Gi-10.

2-й сеанс: VG-14, V-11, Ig-15.

3-й сеанс: V-13, V-15, V-43.

4-й сеанс: VG-4, V-23, VB-25.

5-й сеанс: R-6, P-7, Ig-18.

6-й сеанс: F-5, F-13.

7-й сеанс: RP-6, P-1, P-5.

8-й сеанс: R-6, P-7, VC-17.

9-й сеанс: VB-39, VB-26.

10-й сеанс: Gi-4, TR-5, E-36.

Контроль за эффективностью РТ, проводимый с помощью динамоутерографии, кардиомонитора, электрокардиографии плода с применением дозированных нагрузок, свидетельствует о том, что все вышеприведенные схемы РТ не вызывают повышения тонуса матки, а сердцебиение плода улучшается по мере ликвидации основного заболевания.

Иммуноконфликтная беременность. Возникновение иммунологического конфликта во время беременности является результатом поломки защитных систем и специфических реакций лимфоидной ткани материнского звена. Многие из этих процессов необратимы. В частности, нельзя ликвидировать сенсбилизацию при вовлечении клеточных структур иммунитета и невозможно восстановить брешь, через которую происходит утечка иммуноактивных соединений из фетоплацентарной системы. Однако на ранних стадиях осложнения можно предупредить или снизить повреждающее влияние возникшего конфликта.

Значение РТ как десенсибилизирующего фактора общеизвестно. Ее с успехом применяют для лечения бронхиальной астмы, лекарственной непереносимости, аллергических поллинозов и других подобных осложнений. Исходя из этих качеств РТ, нами разработан способ лечения иммуноконфликтной беременности (Т. Н. Пекарская, А. Ф. Жаркин, С. В. Вдовин), который оказался достаточно успешным. Достоинствами

способа являются возможность применения его в амбулаторных условиях, доступность и простота. Цель лечения заключается в ослаблении или ликвидации сенсibilизации материнского организма в процессе развития беременности.

Методика *рефлексотерапии* состоит в использовании аурикулярных точек (АТ 55, АТ 51, АТ 22, АТ 34, АТ 78, АТ 29 и вспомогательная АТ 13) и корпоральных точек по схеме.

1-й сеанс: МС-7, МС-6, Е-36.

2-й сеанс: V-11, V-13, VG-14.

3-й сеанс: RP-5, RP-6.

4-й сеанс: VB-20, V-43.

5-й сеанс: Е-36, Е-40.

6-й сеанс: V-12, V-13.

7-й сеанс: МС-6, МС-7, RP-4.

8-й сеанс: VB-31, VB-39.

9-й сеанс: V-11, V-13, VB-13.

10-й сеанс: RP-5, RP-6.

Метод тормозной по 1-му варианту. Второй курс лечения рекомендуем начинать через 2 нед после первого, третий — на 37-й неделе беременности.

Т. Н. Пекарская (1984) обследовала 30 беременных с резус-конфликтной беременностью. У всех женщин определялся титр антител к резус-фактору от 1:4 до 1:128. Беременные получили 3 курса РТ. Для объективизации степени сенсibilизации организма в процессе развития беременности использовали определение титра резус-антител, белковых фракций сыворотки крови, иммуноглобулинов М, G, и А, содержания В- и Т-лимфоцитов, экскреции 17-кетостероидов в суточном количестве мочи. К 6—7-му сеансу первого курса РТ наблюдалось снижение титра антител в 2—4 раза по сравнению с его исходным уровнем. Альбуминоглобулиновый коэффициент к 8—9-му сеансу повышался с 0,6 до 0,9.

Экскреция 17-кетостероидов увеличивалась на 4,5—7,3 мкмоль/сут после 9—10 сеансов.

Титр резус-антител сохранялся на сниженном уровне в течение месяца после окончания первого курса, после чего наблюдалось его повторное повышение.

Имуноглобулины G перед лечением были повышены до $12,08 \pm 0,07$ г/л против $7,20 \pm 0,02$ г/л в норме. После первого курса РТ они снижались до $8,74 \pm 0,05$ г/л в I триместре беременности, на

0,25±0,5 г/л — во II и на 0,1—0,15 г/л — в III. Иммуноглобулины А и М изменялись недостоверно.

Т-лимфоциты до лечения оказались увеличенными (33 % против 20 % в норме). После первого курса они снижались до 25 % в I триместре беременности, до 30 % (при норме 39 %) — во II и до 40 % (при норме 55 %) — в III. В-лимфоциты после РТ снижались менее заметно — на 4—8 %.

Все 30 женщин родили живых детей. Признаки гемолитической болезни выявлены у 15. 5 детей имели резус-отрицательную принадлежность крови. Сенсибилизация у их матерей, по-видимому, была связана с предыдущими беременностями. Гемолитическая болезнь I—II степени наблюдалась у 12 детей, все они после проведенного лечения выписаны здоровыми. 3 ребенка, имевшие III степень тяжести заболевания, умерли на 1—2-е сутки неонатального периода.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Гипертоническая болезнь. Применение РТ при гипертонической болезни было обосновано А. М. Монаенковым и соавт. (1981).

Беременность на фоне гипертонической болезни возникает относительно часто, причем в I триместре артериальное давление нередко снижается, что может дезориентировать врача. Диагностике гипертонической болезни в этих условиях, наряду с общепринятыми анамнестическими и клиническими признаками, помогает использование тестов Акабанэ и Риодораку, которые обнаруживают повышенную активность точек в меридианах «мочевого пузыря» и «почек» или «желчного пузыря» и «печени», или «тройного обогревателя» и «перикарда», или «толстой кишки» и «легких».

Рефлексотерапия гипертонической болезни проводится в комплексе с достаточно интенсивной психотерапией, так как следует учитывать эмоциональную лабильность подобных больных, а также на фоне диеты, обогащенной витаминами С, D, E.

H. Schmidt (1982) рекомендует схемы лечения, которые проводят дифференцированно в зависимости от изменений показателей тех или иных меридианов.

1-й вариант — «избыток меридианов мочевого пузыря и почек»: V-10, V-17, V-23, V-60, R-20, R-3, R-10 (метод воздействия — дисперсия).

2-й вариант — «избыток меридианов желчного пузыря и печени»: VB-20, VB-21, VB-38, F-2, F-14, V-18 (метод воздействия — дисперсия).

3-й вариант — «избыток меридианов тройного обогревателя и перикарда»: TR-10, TR-16, V-22, MC-7, VC-17, VC-14, VC-12 (метод воздействия — дисперсия).

4-й вариант — «избыток меридианов толстой кишки и легких»: VB-4, E-25, V-25, P-5, P-9, V-13 (дисперсия).

При резком повышении артериального давления автор рекомендует на 3 мин вводить иглу в точку E-9.

Эти схемы предназначены для больных гипертонической болезнью обоюго пола и всех возрастов. Наличие беременности автором не оговаривается.

Клиническая проверка предложенных схем не выявила отрицательного влияния на течение беременности. Цель лечения — дисперсия, расслабление.

Другие схемы зарубежных и отечественных авторов ограничиваются лишь перечнем точек акупунктуры, не детализируя их очередность. Исключением является справочник Д. Н. Стояновского (1981), в котором автор рекомендует проводить лечение по набору точек на каждый сеанс. В нашей клинике (С. Б. Антонова) предварительно с помощью функциональных проб и теста Риодораку осуществляется оценка состояния вегетативной нервной системы. В зависимости от выявленных изменений разрабатывается индивидуальная схема лечения при соблюдении общих правил РТ, дифференцированных по степени тяжести заболевания.

При I стадии гипертонической болезни, особенно в фазе А, при которой нередко в начале беременности имеются нормальные показатели артериального давления, мы назначаем профилактическое лечение в виде аппликаций ферромагнитных таблеток [Патрасенко В. С., 1982], или в виде «клипс» на кожные точки ушной раковины АТ 55 и АТ 59 сроком до 10 сут.

Клинические проявления гипертонической болезни вызывают необходимость проводить курсовую РТ. В этих случаях мы применяем сочетанную схему воздействия на акупунктурные и корпоральные точки в целях снижения чрезмерной симпатикотонии и повышения порога возбудимости вегетативной нервной системы.

Аурикулярные точки (АТ 55, АТ 59, АТ 104, АТ 105, АТ 29, АТ 34) можно использовать все одновременно при высоких показателях артериального давления. Но лучше включать их последовательно в процессе проведения курса на корпоральных точках.

Корпоральная РТ гипертонической -болезни в I и II триместрах беременности проводится следующим образом.

1-й сеанс: МС-7, Е-36, РР-6.

2-й сеанс: Gi-4, Gi-11, TR-5.

3-й сеанс: VG-14, V-11, Ig-15, Gi-15.

4-й сеанс: VB-20, VB-25, VB-38, **TR-10**.

5-й сеанс: V-19, V-26, V-58.

6-й сеанс: V-22, V-25.

7-й сеанс: V-60, Ig-8.

8-й сеанс: МС-6, R-6, РР-6.

9-й сеанс: VG-20, V-43.

10-й сеанс: МС-6, РР-4.

В III триместре беременности при гипертонической болезни цифры артериального давления обычно увеличиваются.

Степень повышения давления и сроки его клинического проявления зависят от тяжести заболевания. Более легкие стадии гипертонии проявляются в III триместре, и степень увеличения артериального давления находится на средних уровнях. Тяжелые формы болезни имеют короткий промежуток мнимого благополучия, повышение артериального давления наступает со II триместра беременности.

Клинические проявления гипертонической болезни нередко вуалируются присоединением позднего токсикоза, поэтому точная развернутая диагностика заболевания становится еще более затруднительной. Вопрос этот может проясниться в процессе лечения. Так называемый «чистый» токсикоз ликвидируется быстрее и легче, «сочетанный» с гипертонической болезнью — имеет более упорное течение. Поэтому терапия гипертонической болезни в сочетании с поздним токсикозом беременных должна быть более интенсивной. В связи с этим приходится после пробных 3—4 сеансов РТ добавлять медикаментозные гипотензивные средства. Из особенностей РТ следует указать на необходимость более раннего применения «сильных» точек, таких как Е-9, МС-7, МС-6, Gi-11, V-20, «симпатический воротник» и др.

Общая схема лечения при гипертонической болезни в сочетании с поздним токсикозом беременных аналогична описанной для лечения нефропатии III степени и преэклампсии.

Мы располагаем опытом наблюдения за 68 беременными с гипертонической болезнью, у которых при поступлении в стационар ведущим симптомом было повышение артериального давления: систолического — от 17,9 кПа (135 мм рт. ст.) до 19,9 кПа (150 мм рт. ст.), диастолического — от 12,6 кПа (95 мм рт. ст.) до 14 кПа (105 мм рт. ст.). В III триместре беременности у всех проявились признаки позднего токсикоза. Применение иглотерапии обеспечивало гипотензивный эффект после 1—2-го сеансов у больных, которые имели сочетание гипертонической болезни с отеками беременных. Снижение систолического артериального давления было в пределах 1,3—2,7 кПа (10—20 мм рт. ст.) и диастолического — 0,7—1,3 кПа (5—10 мм рт. ст.). Суточное количество мочи увеличивалось в среднем на 122±3,7 мл.

При наличии нефротического синдрома (протеинурия) гипотензивный эффект проявлялся после 2—4-го сеанса. Симптомы позднего токсикоза и артериальной гипертензии исчезали на 6—9-е сутки после начала рефлексотерапии.

У больных с нефропатией II степени для достижения лечебного эффекта РТ приходилось сочетать с назначением медикаментов в уменьшенных дозировках.

Ликвидация симптомов позднего токсикоза и нормализация артериального давления были получены у 61 беременной из 68. У 7 женщин с нефропатией II степени через 10—12 дней после начала лечения наступили своевременные роды. Нормализации артериального давления у них не произошло, однако имело место снижение его в пределах 1,3—2 кПа (10—15 мм рт. ст.). В родах наблюдалось повышение артериального давления, не превышавшее исходного уровня до начала лечения. Роженицам была добавлена медикаментозная терапия, обеспечившая благоприятное родоразрешение. Все пациентки с гипертонической болезнью родили живых детей: 65 доношенных и 3 недоношенных. Оценка по шкале Апгар у доношенных новорожденных составила $8,1 \pm 0,3$ балла, у недоношенных — $6,4 \pm 0,4$ балла. У матерей в раннем послеродовом периоде артериальное давление было нормаль-

ным. Признаки позднего токсикоза у всех исчезли к 3—5-му дню после родов.

Артериальная гипотония. Частота артериальной гипотонии у беременных превышает среднюю частоту этого заболевания. Подобное явление объясняют гипотензивным влиянием беременности, особенно у тех женщин, у которых артериальное давление до беременности находилось на нижних границах нормы. Имеющаяся гипотензия усугубляется с развитием беременности. Клинические проявления заболевания характеризуются головокружением, слабостью, быстрой утомляемостью, а также функциональной недостаточностью надпочечников (общий астенический синдром) и угрожающим прерыванием беременности. У ряда больных гипотония сочетается с гипохромной анемией. Изменения вегетативной рефлекторной регуляции проявляются снижением порога возбудимости, лабильностью рефлексов и выраженной парасимпатикотонией.

Рефлекторная диагностика по пульсу, тестам Акабанэ и Риодораку выявляет «недостаточность» функциональной активности точек, входящих в меридианы «сердца», «почек», «мочевого пузыря» [Schmidt H., 1982]. Для больных характерно снижение активности «Ян» и преобладание «Инь».

Рефлексотерапия артериальной гипотонии проводится, исходя из выявленных функциональных особенностей. Н. Schmidt (1982) предлагает при обмороках проводить кратковременное (2—3 мин) однократное воздействие на корпоральные точки С-9, Р-1. При длительном раздражении этих точек возможна активизация маточных сокращений. Для курсового лечения применяют точки Gi-4, Ig-3, V-10, VB-17, VB-20 (дисперсия) и TR-4 (возбуждение).

Автор не предусматривал использование этой схемы у беременных женщин и поэтому в ее состав включил сильнодействующие точки. Раздражение этих точек действительно может оказать возбуждающее действие на мышцу матки и привести к прерыванию беременности. Возникает клинический диссонанс. Снижение артериального давления способствует возбуждению матки. И в то же время повышение тонуса сосудистой стенки сопровождается новой волной сократительной активности матки.

В настоящее время угрожающее прерывание беременности лечат введением спазмолитических средств

и р-адреномиметических препаратов. Сочетание угрозы аборта с артериальной гипотонией затрудняет активное применение этих лекарств. Рефлексотерапия, обладая нормализующими свойствами на все системы организма, в подобных условиях становится методом выбора. Кроме того, РТ не оказывает тератогенного влияния, сохраняет и даже улучшает жизнеспособность плодного яйца. Однако применять ее необходимо с осторожностью, чтобы не усугубить нежелательные воздействия. Наши попытки активнее использовать РТ для более быстрой ликвидации гипотонии у большинства пациентов приводили к усилению сокращений матки.

На основании приведенного клинического анализа мы пришли к мнению о целесообразности бережной схемы лечения без применения тонизирующих точек и возбуждающего метода.

Схема лечения практически не отличается от схемы при угрожающем прерывании беременности [Мохад С. М., 1983].

1-й сеанс: МС-6, РР-4, МС-7.

2-й сеанс: R-7, R-3.

3-й сеанс: VG-14, V-11.

4-й сеанс: VG-4, V-23, VB-26, АТ 13 (аурикулярная).

5-й сеанс: TR-5, V-13.

6-й сеанс: МС-7, РР-6.

7-й сеанс: TR-5, V-12.

8-й сеанс: VG-4, V-23, VB-26.

9-й сеанс: R-6, P-7.

10-й сеанс: VG-14, Gi-15, АТ 13 (аурикулярная).

11-й сеанс: V-43, V-13.

12-й сеанс: P-7, РР-6, R-6.

Процедуры РТ необходимо выполнять в положении больных лежа на спине или боку тормозным методом по второму варианту с экспозицией от 20 до 40 мин. Регистрация динамоутерограмм во время сеанса может подтвердить ослабление сократительной активности матки.

Снижение возбудимости матки сопровождается нормализацией вегетативной регуляции, проявляющейся в уменьшении до физиологического уровня акцентов сегментарных и аурикулярных точек акупунктуры, повышении порога возбудимости и уменьшении парасимпатической активности. На этом фоне отмечается усиление выделения в кровь половых стероидов, преиму-

щественно прогестерона. По нашим наблюдениям, артериальное давление нормализуется или приближается к нижней границе нормы у 96 % больных.

Мы проследили за течением гипотонической болезни и эффективностью РТ у 39 женщин. С наступлением беременности артериальное давление у них значительно снизилось: систолическое — до $11,3 \pm 0,6$ кПа ($85 \pm 4,6$ мм рт. ст.) и диастолическое — до $6,6 - 0,5$ кПа ($50 \pm 3,8$ мм рт. ст.). На фоне выраженного снижения артериального давления у 20 беременных в сроки от 8 до 24 нед возникли признаки угрожающего аборта.

Улучшение общего состояния, исчезновение головокружения и головных болей, нормализация сна наступали после 2—3 сеансов РТ. Ослабление возбудимости матки проявлялось через 3—4 сеанса. Повышение артериального давления в пределах $0,7 - 1,3$ кПа ($5 - 10$ мм рт. ст.) наблюдалось не ранее 6—7-го сеанса. К концу курса РТ (через 10—12 сеансов) общее состояние и все другие показатели устойчиво улучшались, и необходимость в дальнейшем лечении исчезала.

Артериальная гипотония сохранялась у 21 из 34 пациенток. В течение последующих 10 дней проводилось стационарное наблюдение без назначения какого-либо лечения. У беременных в этот период отмечались повышение порога возбудимости вегетативной нервной системы, усиление ее активности и симпатикотония. После 10-дневного обследования при отсутствии клинических проявлений заболевания женщины выписывались под наблюдение участкового акушера и терапевта женской консультации.

Все пациентки не имели рецидива усиления гипотензивного состояния, доносили беременность до срока и самостоятельно родили живых детей с оценкой по шкале Апгар $8,4 \pm 0,4$ балла. Масса новорожденных составила $3165,0 \pm 11,3$ г. В послеродовом периоде у 32 матерей из 34 артериальное давление спонтанно нормализовалось.

Бронхиальная астма. Приступы бронхиальной астмы у беременных нередко становятся более частыми и протекают тяжелее. Интенсивное медикаментозное лечение в этих условиях может оказать повреждающее влияние на плод и течение беременности в целом. Хроническая гипоксия матери и фетоплацентарной системы способствует развитию ацидотических изменений

и других нарушений обмена веществ, что требует дополнительных корригирующих мероприятий.

Рефлексотерапия, обладая мощным противоаллергическим влиянием, может оказаться полезной в ликвидации или хотя бы в ослаблении приступов бронхиальной астмы. Успешный опыт ее применения у женщин вне беременности весьма обнадеживает [Кочергина В. Ф. и др., 1981]. Однако не исключена возможность, что РТ может оказать тонизирующее влияние на мускулатуру матки.

Изменения вегетативной нервной системы во время приступа бронхиальной астмы характеризуются резким снижением порога возбудимости, усилением рефлекторной активности и выраженной парасимпатикотонией преимущественно грудных сегментов.

Рефлексотерапию можно применять для снятия приступа: Gi-1, P-11 (кровопускание), BM-3 (инь-тан), P-7, VG-24, R-6, E-9 (30 с);

VG-22, VG-14, VG-12 (вращать 5 мин);

V-10, VB-20, AT 101, AT 13, AT 51, AT 95, AT 102, AT 60.

Рефлексотерапия в фазе ремиссии для профилактики приступов бронхиальной астмы проводится с целью повышения порога возбудимости и ослабления парасимпатикотонии.

Методика лечения:

1-й сеанс: P-7, P-9, P-1, AT 51, AT 101.

2-й сеанс: V-17, V-22, V-23, AT 102.

3-й сеанс: V-38 (43, гао-хуан), TR-5, AT 60.

4-й сеанс: P-5, V-13.

5-й сеанс: VG-14, V-11, AT 31.

6-й сеанс: P-7, BM-3.

7-й сеанс: R-7, R-27, R-3.

8-й сеанс: R-23, MC-7.

9-й сеанс: MC-6, RP-6.

10-й сеанс: V-38 (43), VC-18, VC-16.

Метод лечения — тормозной вторым вариантом с экспозицией 20—30 мин. Перерыв между первым и вторым курсом не должен превышать 7—10 дней. В зависимости от состояния вегетативной нервной регуляции схема лечения может быть индивидуальной с использованием точек, обладающих седативным или симпатикотоническим влиянием. Срок беременности также влияет на схему лечения. В I и II триместре лучше поддерживать симпатикотонию, а в III триместре сти-

муляция ее должна быть более осторожной во избежание усугубления проявлений позднего токсикоза и задержки готовности организма к родам. Поэтому в конце беременности лучше использовать точки меридианов «мочевого пузыря», «почек», «перикарда».

В нашей практике прошло только 5 беременных женщин в сроке 28—36 нед, лечившихся с помощью РТ. При поступлении в стационар у 3 общее состояние было нарушенным. Наблюдались бледность кожных покровов, общая слабость, кашель, одышка, метеоризм. В легких выслушивались свистящие сухие и местами влажные хрипы. Частота сердечных сокращений была в пределах 90—104 уд/мин. Артериальное давление — 13,3 и 8,6 кПа (100 и 65 мм рт. ст.). У 2 заболевание было в фазе ремиссии. Состояние больных было удовлетворительным. Беспокоили одышка и кашель.

Вегетативные тесты показали относительно низкий порог возбудимости с преобладанием парасимпатикотонии.

Всем больным была проведена рефлексотерапия: 2 беременным, находившимся в удовлетворительном состоянии, — профилактический курс, а 3 с явлениями выраженной декомпенсации — два курса РТ. В период лечения и до конца беременности приступов удушья у больных не наблюдалось. Роды прошли без осложнений. Все дети живы, состояние их после рождения было оценено по шкале Апгар от 6 до 8 баллов. В течение 2 мес после родов приступов бронхиальной астмы у матерей не было.

Несмотря на то, что бронхиальная астма у беременных встречается относительно редко, тяжесть заболевания заставляет врача относиться к этому осложнению весьма настороженно. Метод РТ позволяет успешно предупреждать рецидив, купировать приступ и ликвидировать его последствия.

Состояние вегетативной регуляции частично улучшилось после первого и более стойко — после второго курса. Однако у тяжелых больных полной нормализации общего состояния добиться не удалось. Им была дана рекомендация продолжить РТ в послеродовом периоде.

Бронхиты являются более частыми заболеваниями органов дыхания у беременных. РТ может способствовать выздоровлению и на достаточно длительный пери-

од обеспечить профилактику рецидивов при хронических формах.

Рефлексотерапия острого бронхита проводится на фоне соблюдения полупостельного режима, приема щелочных минеральных вод; в тяжелых случаях — назначения antimикробных препаратов (полусинтетические пенициллины в допустимых терапевтических дозировках).

Аурикулярные точки можно использовать самостоятельно в виде 3—5 сочетаний за один сеанс, а также в комбинации с корпоральными по 1—2 за один сеанс. Применяют АТ 102, АТ 51, АТ 55, АТ 15, АТ 29, АТ 78, АТ 23, АТ 34.

Комбинированное лечение можно назначать по схеме.

1-й сеанс: RP-4, VC-17, F-2, P-5, АТ 51, АТ 55.

2-й сеанс: АТ 22, АТ 78, V-12, VG-14, V-II.

3-й сеанс: VB-22, VB-23, VB-39.

4-й сеанс: VG-16, VG-17, P-7.

5-й сеанс: VC-20, VC-21, АТ 15, АТ 29.

6-й сеанс: P-4, MC-7, P-1.

7-й сеанс: VB-23, VB-38.

8-й сеанс: АТ 34, P-5, R-27.

9-й сеанс: R-24, R-6.

10-й сеанс: R-23, MC-7, P-7.

Метод тормозной по второму варианту с экспозицией 20—40 мин.

Хронический бронхит требует проведения рефлексотерапии в комплексе с соблюдением полупостельного режима, диеты с ограничением соли и животных жиров, с дыхательной гимнастикой и психотерапией.

Рефлексотерапию хронического бронхита можно назначать по курсовой схеме.

1-й сеанс: АТ 51, АТ 101, P-1, P-7.

2-й сеанс: АТ 22, VG-14, V-13, V-14, MC-6 (для предупреждения гипертонуса матки). Сеанс проводится сидя.

3-й сеанс: АТ 29, АТ 34, VG-13, V-II, V-12.

4-й сеанс: АТ 55, E-40, E-42, E-13, E-18, VC-17.

5-й сеанс: АТ 31, F-14, VC-18.

6-й сеанс: АТ 97, VG-14, V-11, V-43.

7-й сеанс: АТ 29, P-7, R-6, R-24.

8-й сеанс: АТ 102, P-10, P-2.

9-й сеанс: АТ 51, АТ 55, F-13, F-14, VC-19.

10-й сеанс: АТ 22, АТ 34, VC-22, RP-17, RP-4.

Метод воздействия тормозной по второму варианту.

Под нашим наблюдением находились 16 беременных со сроком 30—38 нед, страдавших хроническим бронхитом длительностью от 2 до 4 лет.

Общее состояние у всех больных существенно не страдало. Беспокоили одышка, общая слабость, кашель, боль в груди, периодическая лихорадка, потливость, нарушение сна и аппетита. Кожные покровы бледные, влажные, частота дыханий от 18 до 24 в минуту, в легких выслушивались сухие и влажные хрипы. Артериальное давление находилось на уровне 15,3 и 9,3 кПа (115 и 70 мм рт. ст.), у 4 больных — 13,3 и 8,6 кПа (100 и 65 мм рт. ст.), частота сердечных сокращений колебалась от 70 до 94 уд/мин. Тоны сердца у 8 больных оказались приглушенными. Сердцебиение плодов не страдало.

Исследования крови выявили анемизацию у 4 больных с содержанием гемоглобина от 90 до ПО г/л. Содержание лейкоцитов не превышало $8,0 \cdot 10^9$ /л. Вегетативная регуляция характеризовалась относительно высоким порогом возбудимости, лабильностью рефлексов с низким тонусом и незначительной симпатикотонией. У больных с сочетанным поздним токсикозом выявились более низкий порог возбудимости и симпатикотония.

Больные получали малосолевою высококалорийную диету, витамины С, К, Е, D, А. Ежедневно проводили дыхательную гимнастику. 15 беременным проведен один курс рефлексотерапии, 1 — два. Дыхание стало более свободным у всех женщин. У беременных, имевших признаки анемии, содержание гемоглобина повысилось на 5—8 г/л к исходному уровню. Клинические проявления позднего токсикоза были ликвидированы. Все беременные разрешились живыми доношенными детьми, состояние которых по шкале Апгар было оценено на $8 \pm 0,3$ баллов. Период новорожденности протекал без осложнений.

Конечно, хронический бронхит за короткий срок лечения не мог быть полностью ликвидирован, однако РТ позволила укрепить материнский организм и довести беременность до благоприятного исхода.

Острые респираторно-вирусные заболевания у беременных встречаются довольно часто.

Опасность вирусной инфекции заключается в ее многообразном влиянии. Во-первых, она оказывает рез-

кое и значительное ослабление иммунобиологической системы материнского организма. Во-вторых, вирусы обладают способностью вызывать внутриутробное заболевание плода. В-третьих, вирусные возбудители, развиваясь в эмбриональной ткани, могут внедряться в ее генетический аппарат, приводя к образованию нового генетического кода и в последующем к аномальному развитию плода. Лекарственная терапия вирусной инфекции не избавляет будущую мать и ее ребенка от этих опасностей.

В подобных условиях приобретает большое значение профилактика ОРВИ с помощью интерферона. В случае развития заболевания повышение иммунобиологической сопротивляемости может быть успешно осуществлено с помощью РТ. Предложено несколько *методов рефлексотерапии* ОРВИ, которые применяются у женщин вне беременности.

Н. Schmidt (1982) рекомендует на фоне высокой температуры, ознобов, потоотделения, головных болей проводить кровопускание в точке Ig-1, иглоукальвание в точки Ig-3, V-2, V-10, V-11, V-12, V-60, VB-15 тормозным методом по второму варианту.

При возникновении беспокойства, страха проводят кровопускание в точке С-9, иглоукальвание в точки С-7, VC-14 возбуждающим методом с экспозицией до 10 мин, а в точки VB-19 — тормозным методом (до 30 мин).

Учащенное сердцебиение снимают иглоукальванием в точку R-7 возбуждающим методом с экспозицией до 10 мин. При головных болях автор советует делать кровопускание в точке V-54.

На фоне повышенной температуры в сочетании с такими симптомами, как насморк, чихание, першение в горле, головная боль, покраснение лица, автор назначает иглоукальвание в точки R-7, С-3, С-7, VC-13, VC-17 возбуждающим методом с экспозицией до 10 мин и в точку E-9 — до 1 мин, прижигание по 3 мин в каждую точку V-15, V-23.

При тонзиллите, ларингите помогает прижигание точек R-3, R-6 продолжительностью 3 мин. Кашель, боль в груди снимает иглоукальвание в точку R-6 возбуждающим методом экспозицией до 10 мин. Учащенное сердцебиение можно ликвидировать акупунктурой точек С-7, R-1 возбуждающим методом, V-15 — кожной микроиглой.

На фоне тяжелого состояния со склонностью к коллапсу, стенокардии, с цианозом губ, холодными конечностями, потерей сна, аппетита, поносом назначают кровопускание в точках МС-9, F-1, иглоукальвание — в точки F-3, RP-6, МС-6, VC-3, VC-12, VC-17, V-4, V-18 возбуждающим методом в течение 10 мин.

При наличии рвоты, сердцебиения, боли в груди показано прижигание в точку МС-4 продолжительностью 3—5 мин, при нервном возбуждении — E-9 (экспозиция иглотерапии от 30 с до 1 мин), иглоукальвание в точки МС-6, МС-3; при стенокардии — кровопускание в точке МС-9, иглоукальвание — МС-7, VC-3 в течение 15—20 мин.

В приведенных рекомендациях используются высокоактивные точки VC-3, МС-9, F-1, которые не могут быть применены у женщин при беременности в силу опасности ее прерывания. Поэтому использование приведенной схемы у беременных возможно после исключения перечисленных точек. Скажется ли это на результативности иглоукальвания? По-видимому, некоторое ослабление эффекта лечения возможно, но в целом терапевтическая ценность метода едва ли существенно изменится.

А. А. Уманская (1981) предлагает способ лечения гриппа, который заключается в электростабилизации точек, имеющих асимметрию при тестировании по методу А. И. Нечушкина (1977). Проверка на стабильность проводится в точках Gi-4, VG-14, VG-16, VB-20, Gi-20.

Заболевания пищеварительной системы. У беременных расстройства функций желудочно-кишечного тракта приобретают особенно существенное значение. Помимо нарушения общего состояния материнского организма, они могут вызвать спонтанные сокращения матки или оказать другое повреждающее влияние на фетоплацентарную систему. Усиленная перистальтика кишечника, тенезмы способствуют развитию угрожающего прерывания беременности. Метеоризм или атония кишечника сочетаются с расслаблением матки и в родах сопровождаются слабостью маточных сокращений. С другой стороны, беременность в силу специфического влияния на функцию желудочно-кишечного тракта активизирует существующие хронические заболевания, в частности обостряется течение язвенной болезни желудка, холецистита, гепатита, панкреатита, аппендици-

та. Конечно, РТ не может претендовать на полное исцеление от подобных заболеваний, однако с ее помощью можно у многих больных обеспечить ремиссию болезни до конца беременности.

Из заболеваний, имеющих наиболее существенное значение при беременности, следует отметить острые расстройства желудочно-кишечного тракта (в том числе и пищевые отравления), язвенную болезнь желудка, холецистит, панкреатит, хронический колит (запоры).

Для лечения острого гастроэнтерита рефлексотерапия может быть использована в комплексе с полупостельным режимом, голодом в течение одних или двух суток, с приемом горячих витаминизированных напитков (отвар ягод шиповника, черной смородины и др.) до 1500 мл в сутки; по показаниям — промывание желудка.

Рефлексотерапия проводится с применением аурикулярных и корпоральных точек: аурикулярные точки АТ 34, АТ 51, АТ 55, АТ 87; корпоральные точки используются по определенной схеме.

1-й сеанс: RP-4, F-2, тормозной метод до 30 мин; E-21, E-41, MC-6, возбуждающий метод до 5 мин.

При улучшении общего состояния после извлечения игл прогреть эти же точки по 5—6 мин каждую или одну точку R-6.

2-й сеанс: при сохранении метеоризма, колик, тошноты или рвоты рекомендуются VG-20, RP-6, E-25, E-36, VC-12.

3-й сеанс: TR-5, E-34, E-42.

4-й сеанс: V-21, V-22, V-43, VG-14.

5-й сеанс: TR-8, Ig-5, Ig-8.

6-й сеанс: F-5, VB-25, VB-40.

Второй вариант тормозного метода (30 мин).

Рефлексотерапия хронического гастроэнтероколита также требует комплексного лечения, включающего физический покой, диету (крупяные и овощные блюда без картофеля, кисели, компоты, витаминные напитки).

Рефлексотерапия проводится с использованием аурикулярных точек (АТ 51, АТ 55, АТ 34, АТ 85, АТ 91 — вокруг ножки завитка) и корпоральных точек по схеме.

1-й сеанс: RP-6, E-34, Gi-4, Gi-10.

2-й сеанс: VG-20, E-25, E-49.

3-й сеанс: RP-4, MC-6, R-17.

4-й сеанс: Ig-8, Ig-4.

- 5-й сеанс: V-21, VG-14, VG-20.
- 6-й сеанс: TR-5, E-45, E-37.
- 7-й сеанс: RP-15, RP-16, RP-6.
- 8-й сеанс: VC-12, MC-6, RP-4.
- 9-й сеанс: VC-15, VB-24, VB-25.
- 10-й сеанс: E-36, Gi-10, Gi 1.

Клинические наблюдения за эффективностью *рефлексотерапии при язвенной болезни желудка* установили нормализацию двигательных функций желудка при гипер- и гипокинетических состояниях его как во время сеанса иглоукалывания, так и после курсового лечения. М. Н. Мельникова (1981) вызывала угнетение биоэлектрической активности желудка воздействием на точки Gi-11, MC-6, RP-4 и сегментарные (в эпигастрии и на спине). Стимулирующий эффект возникал при воздействии на точки RP-4 и E-36.

Достаточно благоприятные результаты лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки были получены в наблюдениях А. Б. Кадржановой и В. И. Дробот (1981). Ю. А. Гарджюлене и Д. С. Василяускене (1981) установили положительный эффект от применения РТ, который наступал раньше, чем при использовании медикаментозного лечения. Однако все авторы приведенных исследований не сообщают о РТ язвенной болезни у беременных. Приводим схему лечения, используемую у больных женщин вне беременности. На наш взгляд, применение точек на меридианах «мочевого пузыря» и «толстой кишки» с воздействием тонизацией у беременных неприемлемо. После соответствующей коррекции схему рефлексотерапии можно использовать при беременности на фоне физического и эмоционального покоя при соблюдении диеты.

Аурикулярные точки: АТ 55, АТ 51, АТ 34, АТ 87, АТ 23.

Корпоральные точки:

- 1-й сеанс: E-36, E-45, RP-6.
- 2-й сеанс: VC-12, E-40, MC-6.
- 3-й сеанс: RP-4, E-42.
- 4-й сеанс: VG-14, V-21, V-60 или E-21, VC-15.
- 5-й сеанс: E-42, E-43, VC-12.
- 6-й сеанс: R-6, R-16.
- 7-й сеанс: RP-3.
- 8-й сеанс: VG-4, VB-26, V-23.
- 9-й сеанс: E-36, RP-6, Gi-10, Gi-4.

При изжоге добавляется точка VC-21, икоте — E-21, V-43.

Метод тормозной, второй вариант.

Через 10—12 дней курс лечения можно повторить.

Запоры могут быть ликвидированы с помощью *рефлексотерапии*, проводимой беременным параллельно с назначением диеты: овощи, растительное масло, крупяные блюда из непроваренного риса, гречи, пшена, косточковые фрукты, витаминизированные напитки.

Рефлексотерапия использует аурикулярные точки (AT 104, AT 109, AT 91, AT 117, AT 81, AT 34) и корпоральные точки по схеме.

1-й сеанс: Gi-4, Gi-2, E-25, V-25 (дисперсия при спастическом запоре) или Gi-4, Gi-11, E-36, E-25 (тонизация при атоническом запоре).

2-й сеанс: E-22, E-23, TR-5.

3-й сеанс: E-25, VB-34, E-40, RP-3.

4-й сеанс: RP-4 (справа), MC-6 (слева).

5-й сеанс: RP-4 (слева), MC-6 (справа).

6-й сеанс: V-50, V-51, V-62.

В отечественной литературе в последние годы появились сообщения о применении *рефлексотерапии при дискинезии желчевыводящих путей*. Т. М. Ненилина (1981) получила хороший клинический эффект при гипотонии желчного пузыря воздействием на точки E-36, E-19, E-23 методом стимуляции, при гипертонусе его — на точки VB-20, MC-6, RP-4, F-25, E-36 тормозным методом.

А. П. Горячевым (1981) разработана методика РТ, при которой на фоне гипотензивных состояний желчевыводящих путей использовались возбуждающий, при гипертензивных нарушениях — тормозной методы воздействия.

Приводим одну из схем рефлексотерапии при дискинезии желчевыводящих путей, которую можно проводить беременным на фоне физического и эмоционального покоя и соблюдения диеты. Используют аурикулярные точки (AT 96, AT 34, AT 51, AT 82, AT 83, AT 97, AT 22, AT 29) и корпоральные точки по второму варианту тормозного метода.

1-й сеанс: VB-38, VB-25, VB-34.

2-й сеанс: R-4, R-8.

3-й сеанс: V-19, V-22, V-65.

4-й сеанс: V-18, V-21.

6-й сеанс: RP-6, F-3, RP-4.

7-й сеанс: VG-14, V-11.

8-й сеанс: VB-38, VB-40, VB-25.

9-й сеанс: V-17, V-22, V-60.

10-й сеанс: R-6, R-8.

Рефлексотерапия хронического панкреатита может способствовать сохранению ремиссии заболевания и возможности доношивания беременности. В литературе приводится лечение хронического панкреатита без учета влияния РТ на беременность. Схема может быть адаптирована к применению у беременных. Для этого необходимо исключить воздействие на точки меридиана «мочевого пузыря», расположенные в поясничной области. Используется сочетание аурикулярных (АТ 96 АТ 122, АТ 34, АТ 51, АТ 104, АТ 22, АТ 29) и корпоральных точек.

1-й сеанс: RP-6, E-36, RP-4.

2-й сеанс: VC-10, VC-12.

3-й сеанс: R-6, R-16.

4-й сеанс: RP-15, RP-16.

5-й сеанс: R-6, VC-12, P-7.

6-й сеанс: Ig-4, Ig-8.

7-й сеанс: VB-25, VB-34.

Метод тормозной, второй вариант.

Нарушение сна у беременных. Общеизвестно, что прием снотворных препаратов беременными женщинами (особенно в ранние сроки) чреват серьезными тератогенными повреждениями. Методами выбора в подобных условиях являются немедикаментозные способы (психотерапия с аутотренингом, физические факторы, лечебная физкультура и др.), среди которых РТ занимает одно из основных мест.

Для *рефлексотерапии нарушений сна* рекомендуют применять аурикулярные точки АТ 55, АТ 95 АТ 29 АТ 33, АТ 100, АТ 87 [Табеева Д. М., 1980]. Корпоральные точки можно использовать по такой схеме:

1-й сеанс: P-7, R-6.

2-й сеанс: VB-12 и точка сна по Н. Schmidt (1982), расположенная на 0,5 пропорционального отрезка ниже VB-12.

3-й сеанс: E-36, Gi-10.

4-й сеанс: E-44 (при ночных кошмарах), TR-10.

5-й сеанс: R-24, V-62.

Головная боль. Многообразие причин и клинических проявлений головных болей исключает применение ка-

кого-либо одного стандартного метода РТ. Существует большое разнообразие вариантов РТ, причем многие авторы считают более эффективными точки тех меридианов, которые расположены в зоне боли. Так, при болях в области затылка лучше помогают точки меридианов «мочевого пузыря», в височно-теменных — точки меридианов «желчного пузыря» и «тройного обогревателя», при болях в области лба — точки меридиана «желчного пузыря».

Мы ограничимся основными рекомендациями по *рефлексотерапии головных болей*.

Для всех видов головных болей можно использовать аурикулярные точки АТ 29, АТ 33, АТ 55, АТ 34, АТ 121, АТ 35, АТ 112. Корпоральные точки по классическому рецепту используют в качестве пробного средства: Gi-4, Gi-11, Gi-15, E-36, E-44 в течение 30 мин. При отсутствии эффекта можно применить воздействие по принципу локализации головных болей.

При болях в затылочной области головы пользуются АТ 55, АТ 34, АТ 29 и корпоральными точками по следующей схеме.

1-й сеанс: V-2, V-9, V-10.

2-й сеанс: VG-14, V-11, V-12.

3-й сеанс: V-58, V-60.

4-й сеанс: VB-14, VB-19.

5-й сеанс: Ig-3, V-62.

6-й сеанс: VB-20, VB-39.

7-й сеанс: TR-8.

Боли в височно-теменной области можно снять или значительно уменьшить акупунктурой аурикулярных точек АТ 33, АТ 55, АТ 34, а также корпоральных точек по схеме.

1-й сеанс: MC-7, VB-3, VB-4, VB-5.

2-й сеанс: VB-6, VB-7, VB-8.

3-й сеанс: VG-20, TR-5.

4-й сеанс: VB-17, VB-20, VB-38.

5-й сеанс: TR-19, TR-20, V-47.

6-й сеанс: TR-15, VG-14, TR-20, TR-19.

7-й сеанс: MC-7, MC-6.

Тормозной метод, второй вариант.

Боли в области лба ликвидируются, если использовать следующую методику рефлексотерапии: аурикулярные точки (АТ 33, АТ 34, АТ 35, АТ 112, АТ 121) или корпоральные точки по определенной схеме.

1-й сеанс: Gi-4, Gi-11, VG-24.

2-й сеанс: VG-20, E-8.

3-й сеанс: BM-3 (инь-тан), E-36, V-60.

4-й сеанс: P-7, VC-15.

5-й сеанс: VG-14, V-11.

6-й сеанс: Ig-3, VG-20, V-62.

Пиелонефрит. Значительная распространенность пиелонефрита у беременных приводит к учащению ряда акушерских осложнений (угроза прерывания беременности, поздний токсикоз, гипоксия плода, анемия и др.). Повышается опасность возникновения гнойно-септических заболеваний матери в послеродовом периоде.

Беременность создает предпосылки для развития пиелонефрита. С ранних сроков существования плодного яйца возникают расширение мочеточников и замедленный пассаж мочи в связи с развитием мышечной гипотонии их стенок. Это способствует застою мочи в лоханках и мочеточниках. Аналогичное состояние кишечных стенок (релаксация и замедление перистальтики) создает условия для проникновения кишечной инфекции и в мочевыводящие пути. Наличие застоя мочи благоприятствует активному пассированию гнойно-септических возбудителей и клиническому проявлению заболевания.

Распространение инфекции у беременных возможно восходящим, лимфогенным и гематогенным путем [Шехтман М. М., 1980; Шехтман М. М., Бархатова Т. П., 1982, и др.].

Для профилактики пиелонефрита большое значение имеет восстановление нормального оттока мочи и промывание мочевыводящих путей. Большую помощь в этом может оказать рефлексотерапия.

Кроме того, обладая общеукрепляющим, десенсибилизирующим, противовоспалительным и другими видами влияния, РТ может быть использована для лечения заболевания.

Рефлексотерапию с целью профилактики пиелонефрита проводят в сроки 14—18 и 30—34 нед беременности. Задача профилактики заключается в восстановлении нормального пассажа мочи и повышении иммунологической защиты организма беременной.

На фоне соблюдения малосолевой диеты и употребления витаминных напитков используют аурикулярные (АТ 55, АТ 94, АТ 34, АТ 95) и корпоральные точки.

1-й сеанс: P-7, R-6, RP-6.

2-й сеанс: VG-4, V-23, VB-26.

- 3-й сеанс: V-67; V-58, MC-6.
4-й сеанс: V-22, V-23, TR-5, V-14.
5-й сеанс: V-55, RP-6.
6-й сеанс: RP-4, R-16, R-18.
7-й сеанс: V-20, V-28.

Рефлексотерапия может быть с успехом применена для лечения хронического и острого пиелонефрита. С ее помощью можно снять воспалительную реакцию, повысить иммунологическую защиту организма и восстановить нормальный отток мочи.

Для лечения хронического пиелонефрита назначают полупостельный режим, малосолевую диету, витаминные напитки, психотерапию.

Рефлексотерапия состоит из акупунктуры аурикулярных точек (АТ 55, АТ 34, АТ 92, АТ 94, АТ 95, АТ 78, АТ 29, АТ 22) и корпоральных точек по следующей схеме.

- 1-й сеанс: P-7, R-6, RP-6.
2-й сеанс: V-22, V-28, V-14.
3-й сеанс: V-20, V-21.
4-й сеанс: V-52, V-58.
5-й сеанс: R-7, VC-7, VC-9.
6-й сеанс: RP-4, R-18, R-21.
7-й сеанс: R-3, V-58, MC-6.
8-й сеанс: RP-6, F-3.
9-й сеанс: MC-6, MC-7, RP-4.
10-й сеанс: P-7.

Острый пиелонефрит характеризуется нарушением общего состояния, слабостью, головными болями, ознобами и повышенной температурой. Боль в пояснице носит постоянный характер, чаще — тупая, реже — острая; иногда появляется резь при мочеиспускании. В III триместре беременности у большинства больных присоединяется поздний токсикоз разной степени тяжести.

Вегетативная регуляция у подобных больных отличается относительно высоким порогом возбудимости, повышенным тонусом с замедленными, резко выраженными, длительно сохраняющимися рефлекторными влияниями и преобладанием адренергического звена.

Лечение острого пиелонефрита должно быть комплексным, оно включает: постельный режим, малосолевую диету, витаминные напитки, психотерапию, антимикробные средства широкого спектра действия и рефлексотерапию.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РОДАХ

С 36—37 нед беременности начинается постепенная подготовка организма женщины к родам. Под влиянием рефлекторных импульсов из матки, генетически детерминированных, возникают изменения в функции регулирующих систем, в частности нервной и эндокринной. Эндокринное звено в этом аспекте изучено достаточно развернуто. Установлены закономерные изменения в экскреции отдельных фракций половых стероидов. Функциональные изменения претерпевают и другие железы внутренней секреции (надпочечники, щитовидная, поджелудочная, паращитовидные, шишковидная железы и гипофиз). На основе принципа обратной связи, прямых и параорганных влияний происходит первичное функциональное объединение между центральной нервной и эндокринной системой на уровне диэнцефальных образований: гипоталамуса, гиппокампа, лимба и ретикулярной формации. В этих мозговых формированиях происходят трансформация импульсов из внутренних органов и интеграция их через вегетативную нервную систему и кору головного мозга.

В наших исследованиях [Аль Асаф Юсеф, 1984] установлено закономерное изменение вегетативных рефлексов в динамике беременности и в родах. Если до 37 нед беременности имеют место высокий порог возбудимости и преобладание адренергического влияния, то на 38—39-й неделе становится заметным понижение порога возбудимости; ответные реакции на пороговый раздражитель становятся более интенсивными и продолжительными. Обнаруживается постепенное ослаб-

ление адренергического тонуса и возникает преобладание холинергического. За 1—2 сут перед родами наступают резкое повышение чувствительности вегетативной нервной системы и нарастание холинергического тонуса. Эти качественно новые изменения прогрессивно увеличиваются в процессе становления и развития родовой деятельности, достигая максимального уровня к концу периода раскрытия и сохраняясь в периоде изгнания плода. Затем наступает перестройка системы регуляции в сторону повышения порога возбудимости и ослабления холинергического тонуса. Но ни в последовом, ни в раннем послеродовом периодах эта перестройка не достигает уровня, характерного для организма женщины в конце беременности.

Полученные нами факты дают основание в целях нормализации нарушенного течения родового процесса имитировать изменения вегетативной регуляции и приближать их к уровню физиологических трансформаций. Рефлексотерапия с успехом позволяет это сделать.

Подготовка организма беременной к родам показана при необходимости досрочного родоразрешения.

Известные методы подготовки к родам предусматривают в основном принцип ускоренного «созревания» матки, определяемого преимущественно по состоянию ее шейки. Эти методы включают в себя применение ряда медикаментов (кальция хлорид, калия хлорид, витамины В, С, глюкоза, гормональные и спазмолитические препараты), тонизирующих матку физических средств (битемпоральная электростимуляция по С. Н. Давыдову, электростимуляция шейки матки и др.). Однако эффективность используемых средств и методов пока еще не удовлетворяет клиницистов.

Рефлексотерапия с ее возможностью изменять регуляцию вегетативной нервной системы является, на наш взгляд, в этих условиях методом выбора, достаточно успешно конкурирующим с физиотерапией.

Подготовка организма беременной к родам включает в себя комплекс мероприятий: 1) психотерапию; 2) стационарный режим; 3) рефлексотерапию. Для РТ используют аурикулярные точки (АТ 23, АТ 34, АТ 13, АТ 104) и корпоральные точки по схеме методом дисперсии с извлечением игл через 30—40 мин.

1-й сеанс: Е-30, Е-32, РР-6, ТР-15.

2-й сеанс: R-24, R-3, V-60.

3-й сеанс: R-2, V-39, V-53.

4-й сеанс: V-30—34 (ба-ляо), V-62.

5-й сеанс: VC-4, C-3, C-7.

До и после каждого сеанса желательны провести диагностические вегетативные пробы с тем, чтобы оценить результативность лечения и состояние готовности к родам. Применение вегетативных проб не исключает использование акушерских тестов (проба Смита, «зрелость» шейки матки). При необходимости сеансы РТ можно повторять через 6—8 ч с тем, чтобы ускорить необходимую функциональную перестройку организма беременной.

При отсутствии эффекта можно повторить этот курс лечения спустя сутки или использовать направленную тонизацию меридианов Gi, E, RP, Ig, R через собственные тонизирующие точки и Ло-пункты к сопряженным с ними меридианам. Интенсивность воздействия РТ определяется состоянием беременной и уровнем тонуса ее вегетативной регуляции. При удовлетворительном состоянии и хорошем проявлении вегетативных реакций можно провести достаточно интенсивный метод. У лиц ослабленных, с незначительной реакцией на функциональные дозированные пробы следует применить более слабое раздражение.

Второй курс подготовки беременной к родам состоит из 6 сеансов.

1-й сеанс: R-6, R-8, RP-6, VC-3, P-7.

2-й сеанс: VB-41, VB-26, VB-28.

3-й сеанс: E-41, E-42, E-40.

4-й сеанс: RP-2, RP-3, RP-4, VC-4.

5-й сеанс: V-22, V-60, V-28.

6-й сеанс: R-7, R-4, V-23, V-64.

Проведенные нами наблюдения за эффективностью подготовки к родам показали положительное влияние у 76 % беременных. Роды начинались спонтанно в течение 3 сут от начала РТ. Дальнейшее развитие родового акта характеризовалось прогрессирующим усилением сократительной деятельности матки. Аномалий схваток не наблюдалось.

У оставшихся 24 % беременных с помощью РТ было проведено родовозбуждение, также оказавшееся эффективным. Роды завершились через 6—12 ч после его начала.

Возбуждение родовой деятельности осуществляется при необходимости досрочного родоразрешения по показаниям со стороны матери и плода, при преждевре-

менном излитии околоплодных вод, при пролонгированной или переношенной беременности и др.

Условием для проведения этого мероприятия является наличие готовности организма беременной к родоразрешению, которое можно оценивать по состоянию вегетативной регуляции. В случае отсутствия готовности необходимо с помощью рефлексотерапии провести курс специальной подготовки.

Методика возбуждения родовых схваток состоит в следующем. Утром после очистительной клизмы, душа и завтрака беременной в асептических условиях вскрывают плодный пузырь и медленно выпускают передние воды.

Через 1 ч выполняется однократный сеанс РТ в точки АТ 13, АТ 55, АТ 34, АТ 104, АТ 29 и в корпоральные точки Gi-4, Gi-11, E-36, RP-6, VC-4 методом дисперсии, продолжительностью от 30 до 60 мин. У большинства рожениц схватки начинаются в процессе РТ до извлечения игл, у остальных — в первые 3—6 ч после сеанса. Родовые силы обычно развиваются активно, и роды заканчиваются в пределах 6—8 ч у первородящих и 3—6 ч — у повторнородящих.

Стимуляция родовой деятельности. Усиление слабой сократительной активности матки всегда должно быть комплексным. Акушер обязан обратить внимание на нормализацию нервно-психического состояния роженицы, способствовать созданию готовности к родам, повышению возбудимости и сократимости матки, проводить профилактику или лечение гипоксии плода.

Как показали исследования Аль Асаф Юсефа (1984), у рожениц со слабой родовой деятельностью наблюдаются сохранение высокого порога возбудимости, ослабление активности рефлекторных реакций и отсутствие преобладания холинергического влияния.

Все перечисленные положения нормализации родовой деятельности современные акушеры используют в клинической практике. Постоянно совершенствуются способы применения утеротонических средств с целью повышения их эффективности, безотказности и безвредности. Наибольшее распространение в настоящее время находят окситоцин, простагландин F_{2a} и прозерин, которые не всегда безопасны для матери и плода.

Рефлексотерапия может быть использована в качестве токомоторного средства. Однако свое действие по усилению сокращений матки РТ обеспечивает через

нормализацию вегетативно-эндокринной регуляции. Поэтому разработка рецептов РТ должна предусматривать главным образом повышение чувствительности матки к импульсам от плода, усиление рефлекторных реакций и выраженное преобладание холинергического влияния.

Н. Schmidt (1982) описал методику стимуляции родовых сил, включающую корпоральные точки Gi-4 (тонизация), RP-6 (дисперсия), VC-4 (тонизация). Однако автор не привел результатов применения предложенной методики.

Г. М. Воронцова (1982) проводила стимуляцию слабой сократительной деятельности матки по методике М. С. Соловьевой и В. С. Степанова, которая включала воздействие на точки VC-2, VC-4 и R-11 в течение $1\frac{1}{2}$ —3 ч и более. Способ оказался эффективным у 64,9 % рожениц.

А. Ф. Жаркиным и А. Н. Рьльковой (1984) предложен способ рефлекторной стимуляции слабой сократительной активности в родах, отличающийся от вышеуказанного меньшей экспозицией, простотой и более высокой эффективностью. Показаниями для использования данного метода служат монотонность схваток, уменьшение их продолжительности и силы. Рефлексотерапия выполняется однократно методом иглоукалывания в парные точки Gi-4, Gi-11, E-36 вторым тормозным вариантом продолжительностью 20 мин.

У ослабленных рожениц, при астеническом синдроме и артериальной гипотонии целесообразно добавить раздражение аурикулярных точек: АТ 13, АТ 104. При беспокойном поведении рожениц и невозможности обеспечить необходимый физический покой во время сеанса можно использовать электроакупунктуру, аппликации магнитофоров, прогревание точек.

РТ по предложенному способу можно применять в двух вариантах: в качестве составной части комплексной стимуляции родов и как самостоятельный метод.

Разработанный нами метод РТ проверен в клинических условиях у 150 рожениц, из которых первородящих было ПО и повторнородящих — 40. Отягощенный акушерский анамнез установлен у 115 рожениц, экстрагенитальные заболевания — у 63. Несвоевременное излитие околоплодных вод до начала стимуляции родовой деятельности выявлено у 94. Первичная слабость родовых сил диагностирована у 128, вторичная — у 22.

РТ в комплексе с другими мероприятиями осуществлена у 68 рожениц (у 46 первородящих и 22 повторнородящих). После медикаментозного отдыха проводили однократный сеанс РТ продолжительностью 20—40 мин. Схватки усилились во время сеанса у 41 роженицы (у 32 первородящих и 9 повторнородящих), и роды закончились через 4 ч. У 27 рожениц схватки стали усиливаться в течение часа после окончания сеанса. У 24 женщин роды закончились в следующие 4 ч. 3 роженицы имели признаки эндометрита, схватки у них повторно ослабли через 3 ч. Пришлось прибегнуть к комплексной медикаментозной стимуляции, включавшей внутривенное вливание окситоцина. Исходы для детей оказались благоприятными. Оценка по шкале Апгар новорожденных после комплексной стимуляции с применением РТ составила $8,1 \pm 0,2$ балла против $7,3 \pm 0,2$ балла при медикаментозной стимуляции.

РТ в качестве единственного средства стимуляции подключалась в первые часы развития слабости родовых сил без добавления других средств и методов. Использовался тот же набор корпоральных точек. У всех 82 рожениц уже во время сеанса наблюдалось усиление родовой деятельности. Схватки учащались, амплитуда сократительной волны на гистерограммах повышалась в 1,5—2 раза. Через 5—8 ч 74 роженицы родили живых детей с оценкой по шкале Апгар $9,3 \pm 0,3$ балла. Спустя 4—5 ч у 8 рожениц схватки ослабли. Эти женщины имели более тяжелый общесоматический и акушерский фон. Им был предоставлен отдых и проведена комплексная родостимуляция по первому варианту, после которой они родили живых детей с оценкой по шкале Апгар $8,6 \pm 0,3$ балла.

Кровопотеря у 80 рожениц была физиологической. У 2 рожениц в послеродовом периоде возникла повышенная кровопотеря — 400 и 500 мл. Послеродовой период протекал без осложнений.

Использованные комплексы корпоральных тонизирующих точек не являются единственными. Возможны новые сочетания с более эффективным результатом.

Чрезмерная родовая деятельность. Акушерская наука и практика до настоящего времени не располагает достаточно надежными методами регуляции чрезмерно интенсивной родовой деятельности. А между тем такие роды чреваты грозными последствиями. Бурная родо-

вая деятельность может привести к повышению материнского травматизма и гипоксии плода.

Существующие лечебные схемы в основном предусматривают расслабление маточной мускулатуры при угрожающем аборте и преждевременных родах. Эти схемы содержат в своем составе спазмолитические, анальгетические, 8-адреномиметические средства.

При своевременных родах бурная активность миометрия может быть купирована глубоким наркозом (II—III стадия) или магния сульфатом. 8-Адреномиметические средства в родах практически не используют из-за их побочного влияния на тонус сосудистых стенок (расслабление).

Наркотические и другие анальгезирующие средства также не могут обеспечить регулируемого расслабления матки.

Из физических методов воздействия используют электрофорез препаратов, стимулирующих синаптические связи шейных симпатических узлов или паравертебральной цепочки. Однако физические методы не могут быть использованы у рожениц из-за длительной экспозиции (15—20 мин) и наличия продолжительного скрытого периода ответной реакции. Поэтому поиски и разработка других методов регулируемого ослабления родовой деятельности остаются чрезвычайно актуальными.

Можно рассчитывать на успех при использовании *рефлексотерапии*, однако нами обнаружены единичные публикации подобного рода. Так, Н. Schmidt (1982) приводит рецепт корпоральных точек для ослабления бурной родовой деятельности: Gi-4 (дисперсия), RP-6 (тонизация), VC-4 (дисперсия), VB-21 (дисперсия), E-36 (тонизация). Автор использует прогревание в течение 3 мин. Данных об эффективности рекомендуемой схемы Н. Schmidt не сообщает.

В нашей клинике разработана схема РТ, направленная на ослабление активности родовой деятельности. Рефлексотерапия проводится в комплексе со следующими мероприятиями: 1) постельный режим; 2) психотерапия, не исключая суггестивного воздействия; 3) электроаналгезия.

Применяют аурикулярные точки (АТ 51, АТ 55, АТ 56, АТ 58, АТ 59) и корпоральные точки МС-7, МС-6 (дисперсия), Gi-11 (тонизация), VB-38, VG-1, RP-4, E-45 (дисперсия).

Указанные точки не обязательно использовать одновременно во избежание слишком интенсивного воздействия. При чрезмерном ослаблении сокращений матки аурикулярную РТ можно сочетать с небольшой тонизацией корпоральных точек RP-6, E-36.

Под нашим наблюдением находились 29 рожениц с чрезмерно активной родовой деятельностью. В большинстве случаев оказалось вполне достаточным на 30—60 мин ввести кнопочные иглы в АТ 51, АТ 55, АТ 59. Схватки ослабевали в ближайшие 20—30 мин после введения игл. В зависимости от течения родов иглы можно извлечь после проявления действия, после чего родовая деятельность спонтанно восстанавливается.

На гистерограммах после введения игл в аурикулярные точки достаточно четко регистрировались ослабление и урежение частых и болезненных схваток, а после включения тонизации на RP-6 и E-36 амплитуда схваток вновь становилась выше и интервалы между ними укорачивались до 2'¹/₂—3 мин. Но исходного состояния, наблюдавшегося до начала РТ, сила и частота сокращений не достигали. В связи с достаточной эффективностью в нашей практике закрепился данный вариант схемы.

Весь комплекс вышеуказанных точек может быть использован в условиях угрожающего разрыва матки, когда требуется немедленное и достаточно глубокое расслабление матки. Подобных ситуаций в нашей практике не было. У 2 беременных при наличии угрожающих преждевременных родов получен достаточно выраженный эффект. Схватки ослабли через 5—7 мин после введения игл, а через 25—30 мин — прекратились. Этот опыт подтверждает возможность использования подобного рецепта для остановки угрожающих преждевременных родов, а также в других акушерских ситуациях, требующих стойкого расслабления миометрия.

Выделение последа. Известен ряд методов ускорения выделения последа; некоторые из них имеют историческое значение, другие — находят широкое применение в практическом акушерстве.

Метод *рефлексотерапии*, используемый в этих целях, является, пожалуй, самым древним. И то, что методы РТ не упоминаются в руководствах по акушерству, изданных в западных странах в последние годы, есть результат не столько их слабой эффективности, сколько забвения РТ в целом. Поэтому мы сочли воз-

возможным восстановить давно известные методы РТ, успешно применявшиеся при ряде urgentных ситуаций в акушерстве.

Одним из таких методов является способ выделения задержавшегося в матке последа. Н. Schmidt (1982) приводит схему лечения, напоминающую метод стимуляции слабой сократительной деятельности матки. Она заключается в воздействии на корпоральные точки: Gi-4 (тонизация), RP-6 (дисперсия), V-60 (дисперсия), VC-3 (тонизация). Мы считаем, что приведенный рецепт не является единственно возможным. Применение других тонизирующих точек может оказаться не менее эффективным.

Исходя из современного понимания механизмов регуляции родового акта в каждом его периоде, возможно дифференцированное использование метода РТ. Если в периодах раскрытия шейки матки и изгнания плода наблюдается нарастание рефлекторной активности вегетативной нервной системы с преимущественным усилением холинергического влияния, то в последовом периоде наступает относительно резкая ее перестройка. Тонус вегетативной нервной системы несколько снижается, напряженность ответных реакций ослабевает, холинергическое влияние становится более слабым. Однако общий уровень вегетативной регуляции по своим качественным и количественным характеристикам остается достаточно высоким и соответствует уровню его в середине периода раскрытия. Поэтому рефлекторное воздействие необходимо проводить достаточно интенсивно и в направлении имитации основных показателей вегетативной регуляции (относительно низкий порог возбудимости, высокий тонус адренергического и особенно холинергического влияния).

Нами предложен способ выделения задержавшегося в матке последа, который заключается в рефлексотерапии с воздействием на аурикулярные точки (АТ 13, АТ 22, АТ 23, АТ 34, АТ 104), а при необходимости и корпоральные: RP-1, RP-3, RP-10, R-7, F-12 (тонизация).

Аурикулярные точки можно использовать всем комплексом или избирательно.

Корпоральные точки желательно сочетать с аурикулярными.

Тонизация осуществляется быстрым введением иглы на глубину 1—2 см с последующим 3—5-минутным

интенсивным вращением по часовой стрелке, после чего игла извлекается.

Клиническая апробация способа выполнена на 26 роженицах, из них 20 были первородящими, 6 — повторнородящими. Продолжительность последового периода удалось сократить с $12 \pm 0,3$ мин до $4,5 \pm 0,2$ мин. Схватка и желание тужиться появлялись у рожениц через 2—3 мин в процессе выполнения сеанса. У 1 роженицы послед оставался в матке в течение 10 мин. Кровотечение составило 300 мл. Диагностировано нарушение отделения плаценты и выполнены, ручное ее отделение и выделение последа. Кровотечение прекратилось. Общая кровопотеря составила 450 мл. Тонус матки сохранялся на протяжении последующего наблюдения вполне удовлетворительным.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Особенности вегетативной регуляции у здоровых родильниц, изученные в нашей клинике, заключаются в сохранении относительно высоких температурных и биоэлектрических акцентов органоспецифических кожных точек гипогастрия, ушных раковин (матки и яичников) и особенно молочных желез. Так, акценты температуры в точках кожи молочных желез по сравнению с уровнем их у беременных ($0,84 \pm 0,04$ °С) снижены в первые 2 сут до $0,75 \pm 0,05$ °С и вновь повышаются на 3—4-е сутки до $0,8 \pm 0,05$ °С. Позднее величины этих акцентов волнообразно колеблются с амплитудой $0,04—0,1$ °С.

Аналогичная закономерность наблюдается в динамике биоэлектрических акцентов: снижение их в первые 2 сут после родов с $10,0 \pm 0,52$ мВ у беременных до $8,2 \pm 0,7$ мВ с последующими колебаниями в пределах 2—2,5 мВ у родильниц [Емельянов Э. А., 1982].

В кожных зонах гипогастрия у родильниц на 1-й неделе акценты температуры уменьшились до $0,86 \pm 0,03$ °С и биоэлектрического потенциала — до $11,7 \pm 0,09$ мВ или на $1,2 \pm 0,02$ °С и $6,3 \pm 0,05$ мВ по сравнению с их величиной у беременных [Аль Асаф Юсеф, 1984].

В кожно-сосудистых пробах ответы на дозированный раздражитель оказались менее выраженными, но не достигали величин показателей у беременных перед

родами. Латентный период сохранялся коротким, а видимые реакции становились более продолжительными. Индекс соотношения ответов на адреналин и карбахоллин (А/К) на 4—5-е сутки после родов был равен 0,6, на 6—7-е сутки — 0,61, через месяц — 0,55, через 3 мес — 0,54 [Емельянов Э. А., 1982; Аль Асаф Юсеф, 1984].

Индекс потоотделительной реакции с кожи передней брюшной стенки, определяющийся электродермометрическим методом на дозированную физическую нагрузку, составил у беременных перед родами 2,42, у родильниц в 1—2-е сутки — 2,41, на 4—5-е сутки — 2,19, на 6—7-е сутки — 2,13, через месяц после родов — 2, через 6 мес — 1,98 [Емельянов Э. А., 1982]. Снижение индексов потоотделительной реакции автор рассматривает как результат усиления парасимпатического влияния.

Пробы Ашнера — Дайнины, ортоклиностагическая, реакция зрачка, Мак-Клюра — Олдрича также указывали на сохранение в раннем послеродовом периоде преобладания холинергического тонуса. По нашим данным, на фоне осложненного инфекцией течения послеродового периода проявлялось усиление симпатического тонуса и ослабление парасимпатического.

При выборе методов рефлексотерапии мы стремились к восстановлению того уровня вегетативной регуляции, которая была свойственна для здоровых родильниц и характеризовалась относительно высоким порогом возбудимости, ослаблением рефлекторных реакций по сравнению с их уровнем у здоровых женщин вне беременности и значительным преобладанием парасимпатического тонуса.

Кровотечение в раннем послеродовом периоде чаще всего обусловлено нарушением сократительной деятельности матки. Нам трудно отказываться от стройной системы остановки гипотонического кровотечения, основанной на применении медикаментозных средств. Она достаточно эффективна. Все же у некоторых родильниц эта система не приводит к желаемому результату, и приходится прибегать к крайним мерам: чревосечению в целях перевязки магистральных сосудов или удалению матки.

В медицинской практике могут возникнуть экстремальные ситуации, при которых не окажется под рукой необходимых лекарственных средств. В подобных ситуациях может быть полезной РТ.

Не исключено, что *рефлексотерапия* найдет должное место в общей системе остановки гипотонических кровотоков в комплексе с медикаментозными средствами.

При остановке гипотонического кровотока возникает необходимость добиться резкого повышения холинергического тонуса, что способствует сокращению матки. С этой целью применяют тонизацию точки RP-4, дисперсию точек RP-6, VB-21, VB-23 или тонизацию точек Ig-1, Ig-2, F-8, VC-7, R-6 [Schmidt H., 1982].

В чистом виде РТ гипотонических кровотоков нами не использовалась. В комплексе с утеротоническими средствами (окситоцин, метилэргометрина гидро-тарtrat и др.) мы применяли РТ в разных вариантах. Получали ободряющие результаты. Остановка кровотока у 27 родильниц наступала через $8 \pm 0,2$ мин против $11 \pm 0,2$ мин в контрольной группе.

Профилактика послеродовых гнойно-септических осложнений с помощью РТ предусматривает повышение иммунобиологической защиты материнского организма от внешней и внутренней инфекции. Она не исключает проведения других профилактических мер, таких, как психофизическая подготовка беременных к родам, рациональное ведение родового акта, ЛФК в послеродовом периоде, витаминизированная диета.

Рефлексотерапия может быть использована в комплексе их как дополнительный метод, в основном для общеукрепляющего и десенсибилизирующего действия. Применяются аурикулярные точки (АТ 13, АТ 22, АТ 23, АТ 29, АТ 34, АТ 51, АТ 55), а также корпоральные — по следующей схеме:

1-й сеанс: Gi-4, TR-5, E-36.

2-й сеанс: C-6, RP-6, R-3.

3-й сеанс: R-6, P-7, R-12.

4-й сеанс: VB-43, E-30, E-18.

5-й сеанс: E-29, Gi-4, Gi-10.

6-й сеанс: Ig-3, RP-15, VB-34.

Метод воздействия — тонизация по 3—5 мин с вращением игл по часовой стрелке.

Из 67 родильниц, получавших РТ в родах или рефлекторную профилактику в послеродовом периоде, у 62 послеродовый период протекал без осложнений, у 5 — повышалась температура тела без установленного диагноза. В контрольной группе из 40 матерей, не получавших РТ, у 4 наблюдалось повышение температуры тела, у 1 — заживление раны промежности про-

шло вторичным натяжением, инволюция матки была своевременной и полноценной у 38.

Количество наблюдений недостаточно для получения убедительных выводов. Но, принимая во внимание возможность стимуляции защитных сил организма с помощью РТ, можно рассматривать рефлекторное воздействие как средство профилактики послеродовых инфекционных осложнений.

Субинволюция матки. Для улучшения контрактильной способности миометрия *рефлексотерапия* может быть применена не только в родах, но и послеродовом периоде. С этой целью назначают 2—3 сеанса, направленных на сохранение преобладающего холинергического влияния.

1-й сеанс: Gi-4, RP-6, VC-3 — тонизация (5 мин).

2-й сеанс: V-31, V-33, V-66 — тонизация (5 мин).

3-й сеанс: E-41, E-40, RP-2, E-28 — тонизация (5 мин).

Из 18 матерей с субинволюцией матки, получавших РТ на 3—5-е сутки послеродового периода, у 17 удалось добиться инволюции матки; на 7-е сутки после родов все они выписались из родильного стационара в удовлетворительном состоянии.

Лохиометра. Скопление лохий в полости матки вследствие закупорки, спазма или перегиба вновь формирующегося после родов канала шейки матки, всасывание инфицированного содержимого приводят к интоксикации материнского организма и лихорадке. Целью лечения этого состояния является обеспечение оттока содержимого из полости матки путем повышения контрактильной способности миометрия. Это достигается назначением ряда сокращающих матку средств (метилэрометрина гидротартрата, окситоцина и др.).

Рефлексотерапия благодаря своей способности быстро возбуждать сокращения матки, может быть использована для ликвидации лохиометры.

В аурикулярные точки АТ 13, АТ 22, АТ 58 вводят постоянные кнопочные иглы на 6—12 ч или в виде однократного сеанса иглоукалывания продолжительностью 20—40 мин. В дополнение к этому можно провести иглоукалывание в корпоральные точки Gi-4, RP-6, E-36, F-4, Ig-4 — методом тонизации, вращая иглы по часовой стрелке в течение 3—5 мин.

При безуспешности первого сеанса РТ можно его повторить спустя 7—8 ч.

При спазме внутреннего зева и перешейка матки желательно добавить иглоукалывание точек VC-4, VC-3 в течение 20—30 мин методом дисперсии.

Указанным способом проведено лечение 16 рожениц с лохиометрой. Уже в момент сеанса РТ у 11 женщин матка приобрела тонус, сократилась, из половых путей появились лохии. У 5 матерей опорожнение полости матки наступило через 2—5 ч после однократного сеанса РТ.

Эндометрит. Н. Schmidt (1982) при остром процессе рекомендует тормозить RP-6, RP-10, V-28, V-32, V-47 (30 мин) и тонизировать VC-3, VG-13, E-27 (экспозиция до 10 с).

При хронических стадиях болезни автор считает целесообразным тонизировать точки меридианов «печени» и тормозить точки меридианов «мочевого пузыря»: F-3, F-5, V-18 (тонизация), V-26, V-34, V-23 (дисперсия).

Исходя из современных представлений о патогенезе воспалительного процесса с учетом поломки регулирующих нейроэндокринных систем, нами разработана несколько иная схема лечения. Мы стремились повысить вегетативную реактивность с преобладанием парасимпатического тонуса. Лечение эндометрита в послеродовом периоде всегда должно включать:

- 1) постельный режим;
- 2) психотерапию;
- 3) обеспечение сна;
- 4) диету, витаминизированные соки;
- 5) антимикробные препараты;
- 6) инфузионную дезинтоксикационную терапию;
- 7) рефлексотерапию.

Рефлексотерапия использует аурикулярные точки AT 13, AT 22, AT 29, AT 34, AT 104, AT 91, AT 97, AT 58, AT 78. Можно проводить лечение, комбинируя аурикулярные и корпоральные точки:

1-й сеанс: AT 13, AT 22, AT 104, AT 58 и корпоральные точки Ig-4, VC-4 (дисперсия).

2-й сеанс: AT 29, AT 91, AT 97 и корпоральные точки VB-34, VB-16, V-32, V-33 (дисперсия).

3-й сеанс: RP-6, RP-12, V-67.

4-й сеанс: R-5, C-7, R-6 (дисперсия).

5-й сеанс: VB-26, VB-37, TR-5, VB-41

6-й сеанс: P-7, R-6, R-13.

7-й сеанс: Gi-4, E-36, E-30.

8-й сеанс: АТ 13, АТ 34, АТ 78 и корпоральные точки V-60, V-23.

9-й сеанс: TR-5, TR-8, E-18.

10-й сеанс: АТ 22, АТ 97, АТ 104 и корпоральные точки Ig-3, Ig-1, VC-4.

У 11 больных послеродовым эндометритом нами проведено комплексное лечение с применением РТ. Обследование вегетативной регуляции, проведенное до начала лечения, выявило на электроэнцефалограммах дизритмию в виде регулярного высокоамплитудного (80—90 мкВ) а-ритма частотой 10—12 Гц со сменой на низкоамплитудный (20—25 мкВ) частотой 15—18 Гц преимущественно в переднетеменных и центральных отведениях. После холодной нагрузки возникала кратковременная депрессия а-ритма. Подобные изменения можно оценить как результат возбуждения мезодиеэнцефальных структур головного мозга [Вдовин С. В., 1979, и др.]. Наблюдались стойкий белый дермографизм, асимметрия показателей гидрофильной пробы и артериального давления, а также относительно высокий порог возбудимости с преобладанием адренергического влияния.

Матери, получавшие комплексную терапию в сочетании с РТ, восстанавливали свои силы на 3—4 дня раньше, чем роженицы контрольной группы, которым РТ не проводилась. При этом нормализация температуры и гематологических показателей в контрольной группе не соответствовала изменениям вегетативной регуляции, которая в значительной степени и на более длительный период сохраняла признаки дистонии. Выраженность вегетативной дистонии у матерей после РТ оказалась меньшей, и дистония исчезала через неделю после окончания курса лечения. Таким образом, РТ обеспечивала более быструю и полноценную реабилитацию от болезни по сравнению с действием медикаментозной терапии.

Гипогалактия. Причины гипогалактии многообразны. Помимо конституциональных факторов и анатомо-функциональной неполноценности паренхимы молочной железы, определенное значение имеют сопутствующие соматические заболевания, хронические инфекции, осложненное течение родов и послеродового периода и психоэмоциональный фон. Поэтому лечение гипогалактии следует проводить с учетом этиологии и патогенеза. Изучая лактацию у 5240 рожениц в климатоге-

ографических условиях Нижнего Поволжья (г. Волгоград), Э. А. Емельянов (1982) установил достаточную лактацию в 84,5 % случаев.

У матерей с гипогалактией (15,5 %) наблюдались сопутствующие заболевания (хронические инфекции, эндокринопатии, соматические болезни и др.).

Вегетативная нервная регуляция у родильниц с гипогалактией характеризовалась снижением общего тонуса (ответные реакции были слабо выраженными, непродолжительными), относительно высоким порогом возбудимости и неустойчивостью адренергического и холинергического влияния с некоторым преобладанием первого. В традиционных рукописях по *рефлексотерапии* приводят рекомендации по лечению гипогалактии, но эффективность этого метода не оценена. J. Ni-boyet и соавт. (1980) рекомендуют использовать корпоральные точки E-15, F-3. A. Fava и соавт. (1980) применяют точки VC-17 и E-18 со стойким положительным эффектом в течение месяца после родов. H. Schmidt (1982) предлагает использовать корпоральные точки Gi-1, Gi-2, RP-6, C-7 (тонизация), F-4, JM-7 (прижигание — 5 мин).

В нашей клинике подобран комплекс точек, способствующий повышению функциональной активности вегетативной нервной системы с преимущественным усилением холинергического влияния [Жаркий Н. А., 1983]. В схему включены аурикулярные точки (АТ 55, АТ 34, АТ 13, АТ 29, АТ 104, АТ 44, АТ 95, АТ 28, АТ 22) в сочетании с корпоральными.

1-й сеанс: АТ 55, АТ 28, АТ 13; Ig-1, Gi-10, VC-17 (тонизация).

2-й сеанс: АТ 34, АТ 29, АТ 22; Ig-2, VB-39.

3-й сеанс: АТ 104, АТ 95; R-3, R-23 (дисперсия).

4-й сеанс: АТ 44, АТ 55; Ig-3, VB-42, VB-23.

5-й сеанс: АТ 95, АТ 44; P-5, P-7, R-24 (дисперсия).

6-й сеанс: АТ 13, АТ 34; VC-17, E-18, E-30.

7-й сеанс: АТ 55, АТ 104; E-36, Gi-4, Gi-11.

8-й сеанс: АТ 44, АТ 22; R-24, VC-18, VC-16.

9-й сеанс: АТ 58, АТ 95; R-12, R-22, R-3.

10-й сеанс: АТ 44, АТ 55; P-7, E-13.

Приведенный метод РТ апробирован у 49 родильниц. Гипогалактия I степени наблюдалась у 32 родильниц, II степени — у 9, III и IV степени — у 8.

Реография молочных желез у матерей с гипогалактией выявила монотонный характер кривых и сни-

жение их количественных показателей. Амплитуда волны была равной $0,025 \pm 0,01$ Ом против $0,09 + 0,01$ Ом у здоровых матерей, анакрота оказалась более длительной, модуль упругости равнялся $40,9 \pm 8$ %, индекс периферического сопротивления оставался низким ($0,4 \pm 0,05$) на протяжении 4 дней исследования, что свидетельствовало о стабилизации кровообращения в молочных железах.

Рефлексотерапия обеспечила положительный результат у 43 матерей. Особенно эффективной она оказалась у рожениц с гипогалактией I степени, у которых дефицит молока был ликвидирован после 2 сеансов. Одновременно с увеличением секреции молока улучшились показатели реографии. Появились дополнительные волны на нисходящей части кривой, увеличилась амплитуда основной волны до нормальных величин ($0,08 \pm 0,01$ Ом), уменьшилась анакрота до $0,2 \pm 0,1$ с, снизился модуль упругости до 20 ± 2 %, повысился индекс периферического сопротивления до $0,60 \pm 0,05$. Продолжительность повышенной секреции молока была различной и колебалась от 2 нед до 6 мес.

6 рожениц, не ответивших положительной реакцией на РТ, имели осложненное течение беременности и родов или страдали экстрагенитальной патологией.

Ухудшения общего состояния или уменьшения продукции молока под влиянием РТ не наблюдалось.

У лиц с положительными результатами лечения вегетативная регуляция оптимизировалась: снижался порог возбудимости, уменьшался скрытый период сосудистых реакций, особенно в ответ на карбахолин. Индекс латентного периода сосудистых реакций (А/К) составил 0,55.

Потоотделительная реакция у них оказалась более выраженной.

Результаты исследования общих вегетативных реакций соответствовали повышению показателей функционального состояния сегментарных активных точек кожи молочных желез. Акценты температуры в них повышались к концу курса лечения на $0,31^\circ\text{C}$ на правой молочной железе и на $0,23^\circ\text{C}$ — на левой ($p < 0,001$). Акценты биоэлектрических потенциалов после лечения повысились на $3,25$ мВ.

Таким образом, РТ оказалась достаточно эффективной у 89,8 % больных, обеспечивала не только увеличе-

ние количества выделяемого молока, но и продолжительность лактации.

Нагрубание молочных желез, наблюдающееся практически у всех родильниц на 2-е или 3-й сутки после родов, зависит от застоя молока в связи с быстрой его секрецией и недостаточным оттоком. У большинства из них при достаточной сосательной активности ребенка нагрубание спонтанно ликвидируется.

Задачей врача в подобных ситуациях является обеспечение регулярного удаления молока из молочных желез без подавления лактации. Это достигается либо дополнением к кормлению ребенка сцеживанием молока ручным или аппаратным методом, или активацией сосания ребенка. При недостаточной эффективности этих мер возникает необходимость назначения лекарственных препаратов, которые могут быть заменены сеансами *рефлексотерапии*, цель которой — обеспечить ликвидацию нагрубания молочных желез за счет легкого оттока молока при сохранении его активной секреции.

Н. Schmidt (1982) рекомендует метод однократной тонизации точки VB-41, однако не сообщает об его эффективности.

Наши наблюдения свидетельствуют об относительно невысоком результате. Из 15 родильниц, получавших РТ по этому методу, только у 7 удалось ликвидировать нагрубание молочных желез. Мы предлагаем осуществить терапию лактостаза в 2 этапа. На первом этапе провести дисперсию точек MC-6, MC-7, E-9, VC-20, VC-21. При отсутствии эффекта — на втором этапе, который выполняется через 1 ч после первого, проводится тонизация точек Gi-4, Gi-10, V-II, V-12, V-13, V-41, V-42.

При резкой болезненности молочных желез можно начинать сеанс РТ с точек E-18, E-36.

Подавление лактации. Необходимость подавления лактации возникает при достижении ребенком возраста 10—12 мес и при заболеваниях матери, препятствующих кормлению.

Подавление лактации обычно обеспечивается медикаментозными средствами.

В традиционных и современных руководствах по РТ мы не смогли обнаружить рекомендаций для прекращения лактопоза методом *рефлексотерапии* и попытались разработать оригинальную методику. Секреция и выведение молока обусловлены возникновением

сложного функционального комплекса взаимодействующих систем. Передача эфферентных импульсов с рецепторов молочных желез обеспечивается как по соматическим, так и по вегетативным проводникам. Формирование рефлекторных дуг при этом может осуществляться на всех уровнях ЦНС, в том числе и в вегетативных ганглиях. Сущность рефлекторной терапии основана на перестройке вегетативной регуляции в направлении ослабления холинергического влияния и относительного усиления адренергического, так как гормональное влияние выступает в качестве конечного эффекторного звена, подчиненного нервному контролю.

Методика рефлексотерапии:

1-й сеанс: АТ 51, АТ 76, АТ 77; Е-18, Gi1, Gi-15, Е-41 (тонизация — 5 мин).

2-й сеанс: АТ 23, АТ 58; VG-14, V-11, Ig-14, Gi-15 (тонизация).

3-й сеанс: АТ 60, АТ 51; R-24, V-43, VC-17 (дисперсия).

4-й сеанс: Е-36, RP-6, RP-4 (дисперсия).

Клиническая проверка у 48 родильниц (34 — первородящих и 14 — повторнородящих) показала, что субъективное ослабление нагрубания молочных желез проявилось после 1-го сеанса у 39 матерей. После 2-го сеанса нагрубание уменьшалось у всех женщин, заметно снизилось выделение молока. После 3-го (31 родильница) и 4-го (17 родильниц) сеанса РТ молочные железы стали мягкими.

Серозный лактационный мастит. Основной задачей рефлексотерапевта является купирование начальных признаков серозного мастита, когда процесс еще обратим.

В связи с этим чрезвычайно важно своевременно поставить диагноз, который основывается на изменении общего состояния женщины (головная боль, ознобы, повышение температуры, слабость, нарушение сна и аппетита) и появлении локальных признаков (покраснение кожи, инфильтрация тканей молочных желез и др.). Возможны изменения морфологии крови.

Применение *рефлексотерапии* в подобных условиях направлено на повышение защитных сил организма матери, уменьшение застоя и усиление выделения молока, снятие воспалительной реакции. Поэтому РТ всегда должна сочетаться с антибактериальной и местной

терапией физическими факторами (гипотермия или ультразвуковое воздействие).

Рефлексотерапия проводится по следующему курсовому методу.

1-й сеанс: АТ 51, АТ 23, Е-8, Е-34, Gi-4, Е-36, TR-5.

2-й сеанс: АТ 44, АТ 60; Ig-3, VC-18.

3-й сеанс: TR-5, VC-12, MC-6.

4-й сеанс: V-11, V-18, VG-14, V-46.

5-й сеанс: RP-18, RP-21, VB-39, VB-41.

6-й сеанс: Gi-4, Gi-10, R-23, R-26.

7-й сеанс: R-27, VC-18.

8-й сеанс: VG-14, V-11, Ig-15.

9-й сеанс: Е-30, Е-36, Е-18.

10-й сеанс: Gi-4; Е-36, RP-6.

Под нашим наблюдением было 8 родильниц с серозным лактационным маститом, который развился на 6—9-е сутки после родов. Всем проводилась комплексная терапия с применением РТ. 15 родильниц с серозным маститом получали комплексное лечение без РТ. Купирование воспалительного процесса молочной железы достигнуто у всех родильниц обеих групп, однако при использовании РТ оно наступило на 1—2 сут раньше.

ГИНЕКОЛОГИЯ

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ И В ПЕРИОДЕ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

Среди гинекологических заболеваний в детском возрасте чаще всего встречаются и могут быть подвергнуты РТ такие заболевания, как острые и хронические воспаления наружных половых органов. Эти болезни могут быть вызваны различными причинами: бактериальной инвазией в расчесанные на коже ранки; влиянием инородных тел, занесенных ребенком во влагалище; общими острыми и хроническими инфекциями и другими заболеваниями. Не подлежит сомнению тот факт, что без ликвидации причины не может быть получено стойкое выздоровление. Поэтому во всех ситуациях основное внимание необходимо уделить выявлению и устранению причины заболевания. Вторым условием благоприятного исхода лечения является необходимость соблюдения правил личной гигиены ребенка. Эти условия необходимо соблюдать при лечении по-

добных заболеваний у девочек, так как рефлекторная терапия лишь способствует ликвидации воспалительного процесса и повышению общей реактивности организма.

Использование иглорефлексотерапии у детей ограничено из-за болезненности процедуры и необходимости относительно длительного мышечного покоя во избежание поломки игл и оставления их обломков в тканях. Соблюдение покоя ребенком на сроки более 1 мин связано с известными трудностями. Поэтому в детской практике для РТ целесообразнее использовать внутрикожные иглы или воздействия в виде прогревания, точечного массажа, электроакупунктуры, магнитоакупунктуры, цуботерапии, вакуум-терапии, светодиодотерапии.

Лазеротерапию мы не рекомендуем применять из-за возможности повреждения гонад. Нашими экспериментальными исследованиями на куриных эмбрионах, беременных самках кролика и овцах установлено повреждающее действие лазера, использованного в терапевтических дозах для облучения отдаленных, сегментарных, аурикулярных точек акупунктуры. Куриные эмбрионы в зависимости от срока инкубации повреждались в 100 % случаев. Воздействие на 3—4-й день инкубации приводило к гибели всех зародышей, на 10—12-й день — способствовало появлению аномальных или мертвых цыплят, на 18—19-й день — вызывало появление живых, но ослабленных цыплят, которые погибали спустя 1—2 нед жизни. У кроликов наблюдалась аналогичная закономерность повреждения плодов в зависимости от сроков гестации. У 19 % овец, у которых до случки облучалась область гипофиза, возникала многоплодная беременность. Все это свидетельствует об определенном терапевтическом влиянии лазерного излучения, в связи с чем мы не применяли его у девочек и женщин репродуктивного возраста.

Применение различных методов рефлексотерапии подчиняется правилам иглотерапии. Основными из них являются тонизация и дисперсия (слабое и более интенсивное воздействие), выбор места и комплекса точек акупунктуры, их «рецепта» с учетом общего состояния больных и особенностей течения у них заболевания.

Острые состояния нуждаются в более слабом раздражении, хронические — в более сильном.

В детском возрасте характерны высокий порог возбудимости, тонус и активность рефлекторных реакций с преобладанием адренергических влияний.

Вульвит может служить показанием для РТ по следующему рецепту. Аурикулярные точки: АТ 79, АТ 80, АТ 101, АТ 55, АТ 58, АТ 56.

Корпоральные точки:

1-й сеанс: TR-5, Gi-4, E-36.

2-й сеанс: R-11, E-30, E-33, F-10.

3-й сеанс: VG-4, V-23, VB-26.

4-й сеанс: V-31, V-33, V-54.

5-й сеанс: F-12, C-7, VC-4.

6-й сеанс: VC-1, F-11, RP-9.

7-й сеанс: R-12, R-13, R-6.

8-й сеанс: Gi-4, TR-5, E-36.

При остром вульвите применяется более слабое раздражение (тонизация или I тип воздействия) с экспозицией до 5 мин.

При хроническом процессе лучше будет результат от применения метода дисперсии или II и III варианта воздействия [Табеева Д. М., 1980] с повторным курсовым лечением до 10—12 сеансов в каждом.

Нарушение менструального цикла. Наиболее частыми нарушениями функциональных отпращиваний полового аппарата у девушек в периоде формирования вторичных половых признаков являются расстройства менструальной цикличности. Клинически они протекают в виде аменореи или кровотечений, в основе которых лежат нарушения созревания фолликулов по типу ановуляции. Длительное влияние эстрогенных гормонов приводит к развитию гиперплазии эндометрия. Отторжение гиперплазированного эндометрия сопровождается кровотечением с переменной интенсивностью, вызывающим у больных девочек выраженную анемию. Отсутствие стойкого эффекта от применения медикаментозных средств вынуждает обращаться к поиску новых методов лечения. Физиотерапевтические воздействия не всегда дают достаточно успешный результат. Гормональный гемостаз, хотя и обеспечивает положительный эффект у большинства больных, но может оказывать повреждающее побочное влияние.

Рефлекторное лечение издавна использовалось в традиционной восточной медицине для остановки маточных кровотечений, но сообщения о применении его у больных в периоде полового созревания ограниче-

ны до единичных наблюдений, а методика терапии патогенетически не обоснована.

Результаты наших исследований состояния вегетативной нервной системы в юношеском возрасте на фоне расстройств менструального цикла свидетельствуют о несовершенстве регуляторных способностей, на что указывает высокий порог возбудимости, длительное повышение тонуса без выраженных циклических превращений. Следовательно, приступая к *рефлексотерапии* у подобных больных, перед врачом возникает задача ускорить становление вегетативной цикличности, приблизить рефлекторную активность к ее состоянию у женщин репродуктивного периода.

С целью рефлекторного гемостаза необходимо повысить контрактильную способность миометрия, для чего используют тонизирующий метод в первом или втором варианте на корпоральных точках.

1-й сеанс: Gi-4, E-36, RP-6.

2-й сеанс: V-31, V-33, V-14.

3-й сеанс: RP-10, RP-7, F-8, VC-4.

4-й сеанс: VG-4, V-23, VB-26.

5-й сеанс: F-5, F-8, VB-34.

6-й сеанс: E-29, RP-6, F-13.

Лечение проводится до остановки кровотечения, которое обычно наступает после 3-го, 4-го и даже 5-го сеансов.

Затем приступают к проведению РТ, направленной на создание вегетативной цикличности. Первый этап нацелен на имитацию фазы пролиферации менструального цикла. Кнопочные иглы устанавливают на 6 сут билатерально в аурикулярную точку АТ 23. Затем начинается курс ежедневного иглоукалывания в корпоральные точки методом тонизации по второму варианту с экспозицией сеанса 5 мин.

1-й сеанс: MC-7, VC-6.

2-й сеанс: VC-4, R-3.

3-й сеанс: R-13, C-7.

4-й сеанс: R-12, MC-6.

5-й сеанс: C-5, R-3, R-4.

6-й сеанс: VC-1, VC-6, MC-7, R-13.

После 5-дневного перерыва продолжается РТ для стимуляции преимущественно симпатико-адреналового влияния.

Второй этап лечения направлен на имитацию секреторной фазы менструального цикла. Выполняется по-

становка кнопочных игл билатерально в аурикулярные точки АТ 51, АТ 55 сроком на 7 сут и проводится ежедневное иглоукалывание в корпоральные точки по схеме.

1-й сеанс: Gi-4, V-23.

2-й сеанс: V-32, V-33.

3-й сеанс: Gi-11, V-31.

4-й сеанс: E-36, V-33.

5-й сеанс: Gi-4, V-31.

6-й сеанс: V-33, E-41.

7-й сеанс: E-36, V-23.

Через 5—7 сут можно повторить весь курс с непрерывным проведением обоих его этапов.

Восстановление двухфазного менструального цикла нами было получено у 74 % больных [Ткаченко Л. В., 1983].

Принимая во внимание в качестве первопричины расстройств наличие сопутствующих системных или соматических заболеваний у девушек в периоде полового созревания, имеющих нарушения становления менструального цикла, необходимо наряду с РТ проводить оздоровительные мероприятия специальными методами и средствами.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Сексуальные расстройства. У женщин в основе полового влечения и сексуального удовлетворения лежит психическая составляющая, а у мужчин — оргазм, который обеспечивается преимущественно на уровне вегетативной регуляции [Васильченко Г. С., 1983]. Поэтому понятия «нормы» в сексологии связаны с влиянием физиологических свойств, возраста, конституции, а также морально-этических канонов каждого из заинтересованных лиц.

Лечение половых расстройств у женщин определяется, прежде всего, совокупностью причин, их вызвавших, но всегда должно быть комплексным. Место *рефлексотерапии* в этом комплексе зависит от индивидуальных особенностей конкретной пациентки и социально-бытовых условий. У одних женщин целесообразны курсы РТ седативного плана, у других — стимулирующие вегетативную рефлекторную активность, у треть-

их — нормализующие фазность менструального цикла и т. д. У ряда пациенток можно применять РТ по синдромному принципу: лечение головных болей, тазовых болей, маточных кровотечений и др.

Приводим примерные рецепты точек.

Седативное воздействие при половом возбуждении можно осуществлять по следующей схеме.

1-й сеанс: АТ 55, АТ 51 (кнопочные постоянные иглы на весь курс лечения); МС-7, МС-6, С-7.

2-й сеанс: РР-6, Е-44, ВС-12.

3-й сеанс: ВС-4, РР-5, VG-20.

4-й сеанс: С-7, С-8.

5-й сеанс: Ig-8, F-2.

6-й сеанс: VG-4, V-23, VB-25.

7-й сеанс: МС-7, МС-6, С-7.

Метод дисперсии с экспозицией игл 20—30 мин.

При астеническом синдроме можно оказывать тонирующее воздействие по такой схеме.

1-й сеанс: АТ 23, АТ 34, АТ 58 (кнопочные постоянные иглы на весь курс лечения); Gi-4, TR-5, Gi-11 (тонизация с экспозицией игл 5 мин).

2-й сеанс: TR-3, R-7, VC-7.

3-й сеанс: E-36, РР-6, VC-4.

4-й сеанс: V-67, V-40.

5-й сеанс: V-43, V-41, VG-14.

6-й сеанс: РР-9, Gi-5, E-29.

7-й сеанс: P-7, R-6.

Вагинизм. Болезненный спазм мышц тазового дна во время полового сношения возникает у женщины в результате развития невротического состояния. Клиническая выраженность его различна: от кратковременных сокращений до длительного спазма, делающего невозможным половое сношение. Вагинизм возникает, как правило, в начале половой жизни и в своей основе связан с психическим фактором. Поэтому в комплексном лечении данного состояния психотерапия во всех вариантах занимает ведущее место, а рефлексотерапия включается как дополнительный компонент. Можно рекомендовать методику *рефлексотерапии* с использованием аурикулярных точек АТ 55, АТ 29, АТ 51, АТ 34 и корпоральных точек по схеме.

1-й сеанс: С-8, R-7.

2-й сеанс: МС-7, МС-6, R-3..

3-й сеанс: VC-1, F-2, РР-6.

4-й сеанс: E-36, Gi-4.

5-й сеанс: VG-14, V-11, V-43.

6-й сеанс: VG-4, V-23.

7-й сеанс: V-31, V-60, V-33.

8-й сеанс: R-11, R-12, VC-2.

9-й сеанс: VC-4, VC-6, R-13. •

10-й сеанс: RP-13, VC-3.

Фригидность женщин. Отсутствие полового влечения у женщин появляется в результате многих причин. Прежде всего, следует исключить конституциональные и генетические факторы, аномалии развития органов половой системы. Нередко фригидность развивается на фоне хронических системных или соматических заболеваний, а также вследствие гинекологической патологии.

Есть основания полагать, что психоэмоциональные факторы в развитии половой холодности являются основными, наряду с необходимой культурой половой жизни у обоих супругов. Поэтому *рефлексотерапию* желательно проводить в составе комплексных мероприятий, включающих режим труда и отдыха, диету, лечебную физкультуру, психотерапию, беседы по повышению культуры брачных отношений.

РТ проводится в целях общей стимуляции организма женщины и улучшения кровообращения в органах малого таза.

1-й сеанс: P-7, R-6.

2-й сеанс: R-7, R-10 (у женщин — слева, у мужчин — справа). Это традиционный рецепт. Не исключена возможность проследить более внимательно влияние этих сочетаний в зависимости от осевой асимметрии пациентки (праворукие, леворукие, двусторонние).

3-й сеанс: Gi-5, E-30, E-45.

4-й сеанс: RP-6, RP-9, RP-14.

5-й сеанс: VC-4, VC-7, R-15.

6-й сеанс: VG-3, VG-4, VG-20.

7-й сеанс: Gi-4, Gi-10, E-36, RP-6.

При отсутствии оргазма рекомендуется предварительно провести РТ по схеме лечения фригидности с последующим многократным повторением комплекса точек по схеме 4-го и 5-го сеансов (RP-6, RP-9, VC-4, VC-6, VC-7).

Сексуальные нарушения невротической природы могут возникнуть у женщины как при недостаточной потенции супруга, так и в связи с наличием у нее невротических расстройств. Рефлексотерапия входит в состав комплекса мероприятий, включающих режим тру-

да и отдыха (достижение умеренной усталости) и психотерапию.

1-й сеанс: МС-7, МС-6.

2-й сеанс: VG-3 (метод дисперсии по второму варианту с экспозицией игл 20—40 мин).

А. Lebarbier (1975) рекомендует для достижения гармонии половых отношений обеспечить:

1) хорошее общее состояние с помощью РТ в точки E-36, Gi-4, V-38, V-62, VG-5;

2) нормализацию психологических взаимоотношений (правильное обоюдное половое влечение) воздействием на точки VG-20 и C-9 в сочетании с психотерапией;

3) улучшение гормональной активности воздействием на точки F-8 и сперматогенеза — на точки C-5, C-6, V-38, VG-14;

4) оптимизацию функций органов чувств с помощью РТ в точки Gi-4, Gi-20; E-8, V-2, VG-22;

5) повышение чувствительности эрогенных зон тонизацией в точки VG-1, VG-2, VG-3, VG-4.

У ряда женщин сексуальные расстройства можно ликвидировать путем нормализации половой функции их партнера. В связи с этим целесообразно применять РТ не только у женщин, но и у их мужей, страдающих половыми нарушениями. Эффективность лечения будет более высокой, если лечение обоих супругов сосредоточено в руках у одного врача.

У мужчин при неполной эрекции необходимо проводить тонизацию точек VG-5 или VG-3, VG-4. При вегетодистонии РТ выполняется по схеме.

1-й сеанс: VB-20, V-10.

2-й сеанс: V-33, V-34.

3-й сеанс: E-29, E-30, VC-2, RP-10.

При снижении общего тонуса проводится тонизация точек F-3, F-8, RP-6, МС-9; в случае аноргазмии желательна дисперсия точек VC-7; при преждевременной эякуляции с «застывшим» оргазмом показана тонизация точек E-28, E-29, C-1.

Лечение приапизма проводится по схеме.

1-й сеанс: F-2, F-5.

2-й сеанс: VC-5, VG-5.

Контрацепция. Предупреждение непланируемой беременности методами РТ разработано недостаточно. Имеются единичные указания, которые касаются двух направлений: предупреждение зачатия и прерывание

наступившей беременности в течение 10 дней после зачатия, т. е. не позднее 1—2 сут после задержки менструации.

Предупреждение зачатия можно осуществить по рекомендациям, приводимым в традиционных руководствах путем воздействия на точку VC-4 методом дисперсии по второму варианту. Стойкую стерильность, по мнению восточных рефлексотерапевтов, может вызвать воздействие на точку VC-6 методом дисперсии по второму варианту. Однако убедительной клинической проверки обоих указанных методов не существует.

В западной медицине ведутся эксперименты по предупреждению беременности с помощью РТ, но выхода в клинику пока нет. Имеются единичные наблюдения о положительном эффекте раздражения точек яичников, расположенных на внутренней поверхности восходящей ножки завитка ушной раковины.

Прерывание беременности ранних сроков проводится возбуждающим методом с вращением иглы в течение 1—3 мин, в парных точках Gi-4, E-36, RP-1, RP-3, RP-6. Методика также недостаточно апробирована.

Воспалительные заболевания половых органов. Воспалительная реакция в любом участке человеческого организма является результатом ответа на внедрение в ткани повреждающего начала, в частности микробного возбудителя. Формирование ответа обеспечивается лимбико-ретикулярным комплексом головного мозга и особенно гипоталамическими образованиями. При этом ЦНС в значительной степени повреждается, о чем свидетельствуют многочисленные экспериментальные исследования. В подобных условиях реакция в ответ на раздражение, исходящее из очага воспаления, может оказаться извращенной, сопровождаться деструктивными изменениями в тканях, что делает невозможной полноценную реабилитацию от болезни. Как показали наши клинические и экспериментальные наблюдения [Вдовин С. В., 1979], на фоне развития хронического воспаления на периферии, в том числе в половых органах женщины, в ЦНС формируется патологическая система регуляции, в которую вовлекаются соответствующие корковые и высшие вегетативные центры, железы внутренней секреции. Наличие этой системы обуславливает эмоциональную окраску болезни, разнообразные вегетативные расстройства и нарушения обменных процессов.

Разработка методов РТ острого воспаления должна предусматривать, прежде всего, защиту центральных вегетативных комплексов от повреждающего влияния инвазивного фактора, что способствует осуществлению более полноценной реакции в ответ на формирование воспалительного очага и его обратимости.

При обострении хронического воспаления задачей РТ, помимо защиты вегетативных центров, является восстановление физиологической функции системы регуляции.

Подобный системный масштаб лечебного воздействия позволит упорядочить восстановительную реакцию и будет способствовать ее более полноценной ликвидации.

Кольпиты. Каждому практическому врачу известно, что лечение кольпита должно быть этиологическим. Однако *рефлексотерапия* находит свое место в комплексе мероприятий, направленных на ликвидацию воспалительного процесса влагалища. Применяют аурикулярные точки АТ 71, АТ 58, АТ 56 (кнопочные постоянные иглы на 5 сут) в сочетании с корпоральными по определенной схеме.

1-й сеанс: Gi-4, E-36, RP-6.

2-й сеанс: V-53, V-58.

3-й сеанс: R-4, R-10, V-55.

4-й сеанс: VB-28, VB-29, F-2.

5-й сеанс: F-10, F-11, VC-1 (извлечение игл из аурикулярных точек).

6-й сеанс: VC-2, F-12, VB-27 и АТ 13, АТ 22, АТ 34 (кнопочные постоянные иглы на 5 сут).

7-й сеанс: E-36, RP-6, Gi-10.

8-й сеанс: P-7, R-6.

9-й сеанс: R-3, R-12.

10-й сеанс: TR-5, VB-39, VB-41.

Метод воздействия: дисперсия с пребыванием игл в тканях в течение 20—40 мин, возможно прогревание отдельных точек, особенно относящихся к «фэн».

Воспаление шейки матки. Для *рефлексотерапии* острого эндоцервицита рекомендуем схему курса.

1-й сеанс: АТ 56, АТ 51, АТ 13 (постоянные кнопочные иглы на 5 сут), F-2, F-12 (метод дисперсии с пребыванием игл в тканях от 20 до 30 мин).

2-й сеанс: R-6, R-3, V-58.

3-й сеанс: VG-4, V-23, V-26.

4-й сеанс: V-25, V-32.

5-й сеанс: V-53, V-64, V-60 (извлечение игл из аурикулярных точек). Постановка кнопочных игл в аурикулярные точки АТ 58, АТ 22, АТ 23.

6-й сеанс: R-2, Ig-4.

7-й сеанс: VC-2, VC-7.

8-й сеанс: VC-3, E-30, E-29.

9-й сеанс: VC-6, RP-5, RP-11.

10-й сеанс: V-60, R-5.

Лечение хронического эндоцервицита можно проводить по схеме:

1-й сеанс: Gi-4, E-36, RP-6, постановка кнопочных игл на 6 сут в аурикулярные точки АТ 22, АТ 23, АТ 29.

2-й сеанс: VG-14, V-11, V-28.

3-й сеанс: V-20, V-22.

4-й сеанс: V-23, V-29.

5-й сеанс: V-26, V-53.

6-й сеанс: V-31, V-33, постановка кнопочных игл в аурикулярные точки АТ 34, АТ 80, АТ 95.

7-й сеанс: VC-2, VC-4, RP-6.

8-й сеанс: R-12, R-6.

9-й сеанс: F-9, F-12, VB-27.

10-й сеанс: VB-39, VB-26.

Метод воздействия — дисперсия с пребыванием игл в тканях от 20 до 40 мин.

Под нашим наблюдением находились 62 больные, имевшие острое течение воспалительного процесса в шейке матки.

Эффект от РТ у всех обследованных наступал после 2-го или 3-го сеанса. Уменьшались секрция слизи, отечность и гиперемия шейки матки. После 6—7 сеансов к лечению добавляли местные процедуры в виде влагалищных ванночек. Через 2 нед наступило полное выздоровление у 59 больных. Неполное заживление эрозии шейки матки имело место у 3 больных, лечение было дополнено диатермоэлектрокоагуляцией. Последующая эпителизация раны у них прошла полноценно.

РТ в этих условиях явилась не только методом, обеспечивающим достаточно высокий процент выздоровления, но и критерием для проведения диатермоэлектрокоагуляции.

У больных с острым эндоцервицитом нормализация вегетативных тестов происходила параллельно клиническому улучшению. Быстрее восстанавливались центральные рефлекссы. Выраженность их нарушений до

лечения была незначительной, и нормализация наступила через 6—8 сеансов РТ. Периферические рефлексы (сосудистая проба с нагрузкой адреналином и карбахолином, температурные и биоэлектрические акценты сегментарных точек подчревной области) оставались повышенными в течение 5—8 сут после исчезновения клинических симптомов болезни.

У больных с хроническим эндоцервицитом периферические вегетативные рефлексы были ослабленными и замедленными. Порог возбудимости сосудистых реакций незначительно укорачивался, видимый период удлинялся с малозаметными колебаниями в динамике лечения.

Возникал феномен замедленной реактивности. Акценты сегментарных точек (R-12) сохранялись повышенными и после окончания лечения.

Острый эндометрит у гинекологических больных обычно развивается в послеабортном периоде. Клинически это заболевание проявляется нарушением общего состояния в виде лихорадки, слабости, головной боли, плохого аппетита и сна, повышения температуры тела. Местные симптомы характеризуются болями внизу живота, слизисто-гнойными, гнойными или серозно-кровянистыми выделениями из половых путей, увеличением и болезненностью тела матки и ограничением ее подвижности за счет напряжения связочного аппарата.

Лечение включало постельный режим, психический покой, витаминизированную диету, антибактериальные препараты в комплексе с *рефлексотерапией* по примерному курсу.

Постановка кнопочных игл в аурикулярные точки АТ 51, АТ 58, АТ 29 на 8—10 сут и сеансы акупунктуры корпоральных точек.

1-й сеанс: Gi-4, E-36, RP-6, Gi-10.

2-й сеанс: C-5, VC-3, VC-5.

3-й сеанс: VB-41, VB-37, VB-25.

4-й сеанс: VG-4, V-53, VB-23.

5-й сеанс: TM-14, V-11, V-43.

6-й сеанс: V-27, V-30, V-60.

7-й сеанс: E-30, E-36, E-25.

8-й сеанс: R-6, R-12, C-7.

9-й сеанс: F-5, RP-14.

10-й сеанс: Gi-4, E-36, RP-6.

Используется тормозной метод воздействия с пребыванием игл в тканях от 20 до 30 мин.

Эффективность комплексного метода лечения острого эндометрита с включением РТ оказалась выше, чем при проведении медикаментозного лечения. В группе из 36 больных, леченных РТ, признаки улучшения общего состояния наступили на 2—3-е сутки, а в группе из 30 больных, которым проводилось медикаментозное лечение — на 4—5-е сутки. Клиническое выздоровление зафиксировано в 1-й группе к 8-му дню лечения, во 2-й — на 10—12-е сутки.

Хронический эндометрит. Клинические проявления этого заболевания характеризуются разнообразными симптомами. Чаще всего у больных наблюдаются тупые ноющие боли внизу живота и пояснице, повышенная секреция из половых путей, кровотечения в виде меноррагий и метроррагий. *Рефлексотерапия* в этих случаях чаще всего используется как симптоматическое средство для остановки кровотечения, ликвидации белей и болевого синдрома.

Остановку кровотечения можно осуществить по следующей методике. Постановка кнопочных игл на 5—7 сут в аурикулярные точки АТ 58, АТ 23, АТ 22 и использование корпоральных точек по схеме.

1-й сеанс: тонизация корпоральных точек Gi-11, E-29 E-30

2-й сеанс: RP-2, RP-4, RP-12.

3-й сеанс: RP-9, VC-3, F-8.

4-й сеанс: V-67, V-58, V-27 (тонизация).

5-й сеанс: R-7 (тонизация), R-3, R-12.

6-й сеанс: RP-6, VC-2.

Мы имели возможность провести РТ с целью остановки кровотечения у 36 женщин, страдавших хроническим эндометритом. У 29 больных кровотечение остановилось на 2—3-е сутки от начала лечения. Поэтому РТ ограничилась 6 сеансами. Однако при необходимости ее можно продолжить до 10—12 сеансов, повторяя указанные сочетания или в индивидуальном порядке подбирая новые на основе диагностики по методу Риодораку с использованием точек меридианов «печени» (F), «желчного пузыря» (VB), «почек» (R), «селезенки и поджелудочной железы» (RP), «желудка» (E).

При наличии белей РТ может осуществляться по той же схеме, что и лечение кровотечений с преимущественным использованием точек меридианов F, R, RP, E.

1-й сеанс: F-5, F-3, VB-26.

2-й сеанс: R-6, R-12.

3-й сеанс: RP-7, RP-9, E-29.

4-й сеанс: E-30, E-25; Gi-4 (дисперсия с экспозицией от 20 до 30 мин).

Рефлексотерапия болевого синдрома при хроническом эндометрите проводится курсовым методом.

Постановка кнопочных игл или разовое иглоукальвание в аурикулярные точки АТ 58, АТ 56, АТ 23 в сочетании с акупунктурой корпоральных точек.

1-й сеанс: VC-5, TR-5.

2-й сеанс: F-12, F-9.

3-й сеанс: F-2, E-28.

4-й сеанс: P-7, VC-4, R-6.

5-й сеанс: VG-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: VG-14, V-11.

9-й сеанс: R-11, R-21.

10-й сеанс: MC-7, MC-6, RP-4.

Используется метод дисперсии с пребыванием игл в тканях от 20 до 30 мин.

Болевой синдром, как правило, уменьшается на 2—3-й день лечения и полностью прекращается после 7-го или 8-го сеанса. У 4 больных из 36 боли сохранились в ослабленном виде и впоследствии обострились вновь. При дополнительном обследовании этих пациенток было установлено наличие спаечного процесса за пределами матки, между петлями кишечника, телом матки и ее придатками. Повторный курс РТ, проведенный адаптированно к индивидуальным особенностям заболевания, привел к выздоровлению всех больных.

Острый и обострение хронического сальпингоофорита. Лечение острого воспалительного процесса придатков матки осуществляется комплексно и состоит из постельного режима, диеты. При выраженном экссудативном процессе в течение первых 2 дней следует применять локальную гипотермию по 30 мин каждые 3 ч. По показаниям в комплекс лечения необходимо назначать детоксикационные и антибактериальные препараты.

Рефлексотерапия осуществляется традиционным методом иглоукальвания, а в более тяжелых случаях — в сочетании с электроакупунктурой (ЭЛАП). Курс лечения состоит из 11—14 ежедневных сеансов. Используют аурикулярные точки АТ 55, АТ 23, АТ 58 и корпоральные точки по схеме.

1-й сеанс: E-36, Gi-4, Gi-11, RP-6 (билатерально по второму варианту тормозного метода с экспозицией 20 мин).

2-й сеанс: при явлениях интоксикации применяют комплекс точек, входящих во вторую пару «чудесных меридианов» (справа — TR-5, слева — VB-41), и аурикулярные точки AT 55, AT 58 справа. При преобладании вегетативных нарушений применяют третью пару «чудесных меридианов» (P-7, R-6).

3-й сеанс: TR-5 — слева, VB-41 — справа, AT 55, AT 58 — слева.

4-й сеанс: TR-5 — справа, VB-41 — слева, VB-25 — билатерально.

5-й сеанс: TR-5 — слева, VB-41 — справа, VB-26 — билатерально.

6-й сеанс: RP-6, VC-4.

7-й сеанс: AT 23, AT 97, AT 58 (со стороны более выраженного воспаления), V-60, V-23, V-32. Желателен контрольный гинекологический осмотр.

8-й сеанс: R-6, R-12, R-14 (на стороне более выраженных воспалительных явлений или билатерально).

9-й сеанс: VG-14, V-II, Ig-14 или Gi-15.

10-й сеанс: E-36, E-30 (при сопутствующих запорах — E-25).

11-й сеанс: V-31, V-32, V-33 (выбираются болезненные точки), V-60.

12-й сеанс: Gi-4, P-7.

Под нашим наблюдением находилась 21 больная с острым сальпингоофоритом. 19 больных поправились после одного курса РТ. У 2 больных наступило выздоровление после второго курса РТ. Лечение обострения хронического сальпингоофорита проведено у 109 женщин. Длительность заболевания колебалась от 3 до 10 лет. Инфекционно-токсический компонент преобладал у 58 женщин (53,2 %), болевой синдром и незначительные экссудативные явления — у 51 (46,8%). Антибактериальные препараты назначались только больным с признаками интоксикации.

После 1-го сеанса все больные отмечали ослабление болей, нормализацию сна, небольшую сонливость на следующий день. Через 5—6 сеансов у 94 больных боли полностью прекратились. После 5—7 сеансов уменьшилась отечность в очаге воспаления.

Первый курс лечения дал положительный эффект у 97 женщин (89 %) при длительности стационарного

лечения до 17 дней. Улучшение отмечено у 10 больных (9,2 %). Лечение оказалось неэффективным у 2 женщин с 10-летней давностью заболевания и обширным спаечным процессом в полости малого таза.

После проведения РТ вегетативная регуляция характеризовалась повышением порога возбудимости (удлинением скрытого периода реакций), более подвижными реакциями с преобладанием адренергического влияния.

Однако полного восстановления вегетативных реакций до физиологического уровня не наблюдалось.

Через 7—10 дней после выписки из стационара 34 больным был проведен повторный курс РТ в амбулаторных условиях.

Кратковременный эффект был получен у 5 человек. Дополнительное обследование выявило у них сопутствующий эндометриоз.

Из 38 пациенток, страдавших длительное время бесплодием, у 19 наступила беременность, закончившаяся своевременными родами.

При хронических рецидивирующих процессах в придатках матки желательно проводить 2 или 3 курса РТ, после которых больным с выраженным спаечным процессом в полости малого таза следует назначить рассасывающее лечение физическими факторами.

Вегетативный тазовый ганглионеврит характеризуется разнообразными симптомами, основным из которых является боль. Заболевание чаще всего возникает на фоне длительно существующих хронических воспалений или травматических повреждений внутренних гениталий. В основе развития многочисленных симптомов лежат нейроциркуляторные процессы. Больные жалуются на постоянные боли внизу живота и в пояснице с периодическими усилениями и ослаблениями, но никогда не исчезающие полностью. При вовлечении в патологический процесс бедренного или седалищного нерва появляется иррадиация в одно или оба бедра. Боли ощущаются как жгучие и разлитые. У большинства больных они дополняются головными болями, потливостью, сердцебиением, нарушениями сна и аппетита, цисталгией и другими дизурическими расстройствами, зудом в наружных половых органах. Нередко наблюдаются нарушения менструального цикла в виде аменореи или ациклических кровотечений. Тяжелые формы заболевания сопровождаются расстройствами движений

нижних конечностей, что вынуждает больных прибегать к помощи костылей.

Заболевание это длительное, продолжается годы и десятки лет. Больные подвергаются многочисленным методам лечения с временным успехом или без него. В конечном итоге у них развивается непереносимость многих лекарств, не позволяющая им продолжать направленное лечение.

Рефлексотерапия в этих случаях становится методом выбора. Проводить ее следует на фоне щадящего режима, витаминизированной диеты и психотерапии.

1-й сеанс: АТ 13, АТ 34, АТ 22 (кнопочные постоянные иглы на 7—8 сут), МС-7, МС-6 (при гипертензии), Gi-4 (при нормотонии), Е-36, РР-6, РР-4.

2-й сеанс: РР-2, РР-9, V-60.

3-й сеанс: VC-14, VI 1.

4-й сеанс: V-20, V-22, V-53.

5-й сеанс: V-23, V-52.

6-й сеанс: R-6, P-7.

7-й сеанс: РР-6, R-13.

8-й сеанс: при сохранении болевого синдрома выполняется гидропрессура в точки V-23, V-25, V-31, V-33 изотоническим раствором натрия хлорида или 0,25 % раствором новокаина в количестве 5—7 мл в каждую точку. У больных с положительным эффектом на 7-м сеансе РТ вместо гидропрессуры можно провести сеанс обычного иглоукалывания в те же точки.

9-й сеанс: VC-2, VC-6, VB-27.

10-й сеанс: VB-39, V-32, V-60.

11-й сеанс: РР-5, R-1, R-3.

12-й сеанс: Gi-4, Е-36, РР-6.

Метод воздействия тормозной по первому варианту с пребыванием игл в тканях до 1 ч.

Курсы лечения можно повторять 2—3 раза.

Под нашим наблюдением в клинике находились 199 больных тазовыми ганглионевритами [Коршунова Н. В., 1984]. Из них 62 лечились рутинными методами, 75 — РТ и 62 — сочетанием РТ и медикаментов. При поступлении в стационар все больные предъявляли жалобы, свидетельствующие о тяжелом течении заболевания. Основные симптомы были объединены в 4 группы: нервно-психические, вегетососудистые нарушения, головные и тазовые боли. В целях объективизации степени выраженности симптомов оценка их производилась по 5-балльной системе. До лечения интен-

сивность головных болей была в пределах $1,7 \pm 0,06$, нервно-психических нарушений $2,7 \pm 0,08$, вегетососудистых — $3,5 \pm 0,08$ и тазовых болей — $3,9 \pm 0,1$ балла.

На ЭЭГ до и после нагрузки обнаруживались патологические медленные волны и пароксизмы высокочастотных высокоамплитудных колебаний и гиперсинхронизированный а-ритм. Вегетативные пробы свидетельствовали о понижении порога возбудимости, удлинении видимых периодов реакции более чем в 2 раза против нормы, что указывало на ограничения подвижности рефлексов с выраженным преобладанием адренергического влияния. У 86 из 137 больных, лечившихся РТ, наблюдались расстройства менструального цикла в виде аменореи и ациклических кровотечений на фоне снижения эндокринной функции яичников. Содержание половых стероидов в крови и моче оказалось сниженным более чем наполовину и монотонным в динамике менструального цикла. Реопельвиографические изменения свидетельствовали о недостаточности кровообращения в органах малого таза с выраженной его осевой асимметрией. Тяжелые формы болезни сопровождалась расстройствами движений нижних конечностей и ряда мышечных комплексов тазовой области. В участках с наиболее интенсивным поражением возникали расстройства чувствительности кожи (гипер- и парестезия).

Выраженность функционального акцента сегментарных точек кожи (R-12 и ВМ-46) оказалась незначительной, а у ряда больных с длительным течением болезни (более 5 лет) акцент был отрицательным.

После проведения первого курса РТ интенсивность головных болей уменьшилась до $0,6 \pm 0,07$, нервно-психических расстройств — до $1,2 \pm 0,1$, вегетососудистых — до $2,0 \pm 0,2$, тазовых болей — до $2,1 \pm 0,2$ балла. После второго курса РТ головные боли сохранились у 6 больных со средней интенсивностью $0,04 \pm 0,07$, нервно-психические нарушения — до $0,8 \pm 0,08$, вегетососудистые — до $1,3 \pm 0,09$, тазовые боли — до $1,1 \pm 0,06$ балла. После третьего курса РТ головные боли прекратились у всех пациенток, нервно-психические расстройства снизились до $0,04 \pm 0,03$, вегетососудистые — до $0,8 \pm 0,08$ и тазовые боли — до $0,9 \pm 0,06$ балла.

У больных с меноррагиями уменьшились длительность менструаций и количество теряемой крови, пре-

кратилась альгодисменорея. Экскреция эстрогенов с мочой повысилась с 60,1 до 71,3 нмоль/сут.

Показатели состояния вегетативной нервной системы после третьего курса лечения практически нормализовались. Длительность ремиссии заболевания после РТ была в пределах от 9 мес до 3 лет наблюдения. У 62 больных, имевших слабо выраженную положительную динамику от РТ, лечение дополняли назначением медикаментозных препаратов симптоматического профиля. Дозировка лекарств была уменьшена на одну треть и у части больных — наполовину.

После трех курсов РТ у всех больных наступала клиническая ремиссия заболевания, продолжавшаяся в течение 1—3 лет наблюдения.

Альгодисменорея. Болезненные менструации обычно возникают на фоне эндокринопатий первичного и вторичного характера. Первичные эндокринопатии развиваются у девушек-подростков как частные проявления полового инфантилизма; вторичные — возникают у женщин с воспалительными заболеваниями половых органов, способствующими угнетению эндокринной функции яичников. В этиологии альгодисменореи нередко лежит ановуляторный менструальный цикл на фоне атрезии фолликулов. Концентрация половых стероидов в крови и их экскреция с мочой при этом снижены.

Вегетативная нервная регуляция характеризуется высоким порогом возбудимости, сниженной подвижностью рефлексов с преобладанием холинергического влияния.

Рефлексотерапия оказывается эффективной в сочетании с регуляцией режима труда и отдыха, с лечебной физкультурой, витаминизированной диетой и психотерапией.

Для РТ используют аурикулярные точки (АТ 51, АТ 58, АТ 56, АТ 22, АТ 34) и корпоральные точки по следующей схеме.

1-й сеанс: Gi-4, E-36, RP-6, VC-2, VC-4 (дисперсия по первому варианту с экспозицией до 1 ч; при отсутствии или недостаточном эффекте через 1—2 ч делают гидропрессуру в точки V-23, VB-26, V-31, V-33 по 5—7 мл изотонического раствора натрия хлорида или 0,25 % раствора новокаина).

2-й сеанс: VG-14, V-11, Gi-15 (выполняется через 12 ч после окончания 1-го сеанса).

3-й сеанс: VC-3, F-12, RP-6.

4-й сеанс: R-6, P-7.

5-й сеанс: V-23, V-26.

6-й сеанс: VB-30, V-60, V-43 (методом дисперсии с экспозицией 30 мин).

Рефлексотерапия должна проводиться при ежедневном контроле за эффективностью восстановления вегетативной регуляции. После снятия болей желательно сделать перерыв на 3—5 сут, после чего приступить к курсовому методу РТ по фазам цикла.

Предменструальный синдром характеризуется появлением за 3—12 сут до наступления очередной менструации комплекса симптомов, свидетельствующих о нарушении функций ряда систем и органов. Как показали наблюдения нашей клиники, чаще всего развиваются расстройства нервно-психической, сердечно-сосудистой системы [Емельянова Л. А., 1984, и др.], водно-электролитного обмена, желудочно-кишечного тракта.

В основе развития синдрома лежат нарушения вегетативно-эндокринной цикличности на фоне регулярно наступающих менструаций. Нередко у таких пациенток выявляется недостаточность желтого тела или ановуляция, что указывает на нарушение соотношения эстрогенов и гестагенов в сторону эстрогенемии.

В вегетативной нервной системе выявляется выраженное преобладание холинергического влияния.

Лекарственная терапия заключается в назначении симптоматических или гормональных средств.

Фармакотерапия невозможна у лиц, страдающих аллергией к лекарственным препаратам или имеющих противопоказания к применению гормонов. *Рефлексотерапия* в этих условиях является методом выбора, так как обеспечивает регуляцию вегетативной функции и выброс в кровь эндогенных гормонов.

Лечение проводится комплексно и в динамике фаз менструального цикла. Желательно начинать его с 4—5-го дня цикла. В комплекс терапии входят режим труда и отдыха, психотерапия, диета и РТ по циклическому варианту или по синдромам (лечение кардиопатий, отеков, желудочно-кишечных расстройств и др.).

Циклический вариант предусматривает имитацию функциональных изменений вегетативной нервной системы соответственно фазе секреции менструального цикла. Воздействие направлено на стимулирование адренергического тонуса во второй половине цикла, улуч-

шение кровообращения в органах малого таза и, как частный вариант, снятие плеторы (венозного застоя) в фазу секреции. Сеансы можно проводить через 1—2 дня.

1-й сеанс: АТ 51, АТ 23, АТ 28, АТ 56 (постоянные кнопочные иглы на 8—10 сут или ежедневные сеансы в течение этого же времени) и корпоральные точки Gi-4, TR-5, Gi-11, E-36 (тонизация до 5 мин).

2-й сеанс: VG-14, V-II, V-43 (тонизация до 5 мин).

3-й сеанс: VG-4, V-23 (тонизация до 5 мин).

4-й сеанс: V-25, V-31, V-33 (тонизация до 5 мин).

5-й сеанс: VC-2, VC-4, F-12, RP-9 (тонизация до 5 мин).

6-й сеанс: RP-4, MC-6-

7-й сеанс: RP-6, VC-4.

8-й сеанс: R-5, R-6, R-12 (дисперсия до 30—40 мин).

9-й сеанс: Gi-4, E-36, Gi-Ю (дисперсия до 40 мин).

10-й сеанс: R-7, V-23, V-32 (тонизация до 5 мин).

Метод был проверен на 47 больных (Г. П. Королева).

Один курс РТ получили 26 женщин, два курса — 21. Положительный результат после первого курса лечения был получен у 32 больных, после второго курса — у 12. Безуспешное двухкурсовое лечение у 3 больных было обусловлено наличием сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта в виде хронического спастического колита и холецистопанкреатита.

Отдаленные наблюдения прослежены от 8 до 12 мес. У 41 пациентки рецидивов не было. У 3 женщин сохранились слабо выраженные проявления заболевания.

Нарушения менструального цикла. Некоторые виды нарушений менструального цикла у женщин репродуктивного возраста, приводящих к бесплодию, хорошо поддаются коррекции с помощью *рефлексотерапии*. Чаще всего это наблюдается при гипоменструальном синдроме центрального генеза.

Лечение должно быть направлено на восстановление двухфазности цикла и проводится в 2 этапа с учетом преобладания парасимпатического влияния вегетативной нервной системы в первую фазу цикла и повышения тонуса симпатического отдела нервной системы — во вторую.

1-й сеанс: на 3-й день менструального цикла в АТ 23 введение постоянных кнопочных игл на 6 сут; МС-7, ВС-6.

2-й сеанс: ВС-4, R-3.

3-й сеанс: R-13, С-7.

4-й сеанс: R-12, МС-6.

5-й сеанс: С-5, R-3, R-4.

6-й сеанс: ВС-1, МС-7, R-13, ВС-6.

Перерыв — 5 суток.

7-й сеанс: на 15-й день менструального цикла в АТ 51 введение кнопочных игл на 6—7 сут, Gi-4, V-23.

8-й сеанс: V-32.

9-й сеанс: Gi I, V-31.

10-й сеанс: E-36, V-33.

11-й сеанс: Gi-4, V-31.

12-й сеанс: V-33, V-23.

13-й сеанс: E-36, V-20.

14-й сеанс: VB-20, R-2.

В обоих этапах РТ используют метод тонизации с пребыванием игл в тканях до 5—7 мин при их периодическом вращении.

Под нашим наблюдением (Л. В. Ткаченко) находились 130 женщин, из которых 28 (21,5 %) имели аменорею на фоне недостаточной функции яичников и низкого содержания эстрогенов. Олигоменструальный синдром с двухфазным циклом выявлен у 52 (40 %), ановуляторный цикл с регулярными месячными кровотечениями — у 27 (20,8 %) и недостаточность лютеиновой фазы — у 23 (17,7 %) больных. Все 130 пациенток страдали бесплодием и многократно лечились по этому поводу различными средствами.

После проведения первого курса РТ двухфазный менструальный цикл восстановился у половины больных (49,5 %), и спустя 3—6 мес у 34,6 % наступила беременность.

У женщин с нормализовавшимся менструальным циклом восстановилась и цикличность вегетативных влияний.

Проведение повторных курсов РТ повысило общую результативность лечения до 68 %.

Следует учесть, что на обследование и лечение были взяты особенно трудные больные, безуспешно испытывавшие многие виды лечения, в том числе и гормональные.

Климактерический синдром. Переходный, или климактерический, период у женщины наступает после завершения генеративной функции, во время которого совершается физиологический процесс биологической трансформации организма в состояние менопаузы. У 40—50 % женщин на фоне возрастной инволюции проявляются многообразные вазомоторные, нервно-психические и эндокринно-обменные нарушения, объединяемые понятием «климактерический синдром». Согласно результатам наших исследований [Соболева Т. А., Жаркин А. Ф., 1981], в вегетативной нервной системе значительно снижается порог возбудимости до предельно низких уровней, возникают трудно регулируемые, малоуправляемые ответные реакции, порой неадекватные прилагаемому раздражению. Эти реакции отличаются высокой подвижностью и большой выраженностью, резкой сменой их. На фоне разнообразных хаотических реакций преобладает адренергическое влияние, временами быстро сменяющееся кратковременным ярким холинергическим.

Задачей *рефлексотерапии* в этих условиях являются повышение порога возбудимости, ослабление подвижности вегетативных реакций и нормализация взаимодействия адренергического и холинергического влияния.

Методика проведения лечения:

1-й сеанс: АТ 51, АТ 23 (кнопочные постоянные иглы на 7—10 сут); иглоукальвание в корпоральные точки Gi-11, E-36.

2-й сеанс: VG-14, V-11, V-43.

3-й сеанс: R-6, P-7, R-8.

4-й сеанс: V-60, V-31.

5-й сеанс: VG-20, TR-5, TR-10.

6-й сеанс: MC-6, MC-7, C-7.

7-й сеанс: VG-14, V-11, Ig-14.

8-й сеанс: RP-4, MC-6.

9-й сеанс: VG-20, V-32, V-23.

10-й сеанс: MC-5, VC-12, VC-7.

Метод воздействия — тормозной по первому варианту с пребыванием игл в тканях до 40—60 мин. Через каждые 2—3 сеанса можно применить стимуляцию пояснично-крестцовой области молоточком.

Под нашим наблюдением находились 196 женщин с проявлениями климактерического синдрома, из них 48 пациенток (контрольная группа) лечились медикаментозными методами и 148 — рефлексотерапией.

Результаты лечения в контрольной группе оказались обычными: выздоровление наступило у 10,4 % больных, улучшение — у 66,7 %, без изменений — у 29,9 %.

После первого курса РТ выздоровление отмечено у 89,2 % женщин, улучшение — у 8,8 %. После второго курса, проведенного спустя 2—4 нед, выздоровление наступило у 96,1% женщин, улучшение — у 6,9%. После третьего курса, проведенного через 1—2 мес, выздоровление с ремиссией заболевания более года получено у 93,8 %, без изменений (сохранились признаки климактерического синдрома легкой степени) — у 6,2 %.

Кровотечение в климактерическом периоде. Кровотечения из матки ациклического характера у женщин, находящихся в климактерическом периоде, могут быть вызваны развитием опухолевого процесса (доброкачественного, злокачественного) или нарушением менструального цикла. Рефлексотерапия при опухолевых процессах противопоказана.

Допустимо применение РТ для гемостаза при дисфункциональных кровотечениях, обусловленных гормональными нарушениями не только половых, но и других желез внутренней секреции, при кровотечениях на фоне системных или соматических заболеваний, а также нарушений обмена веществ или интоксикаций.

В задачу РТ входит создание устойчивого сокращения маточной мускулатуры посредством усиления холинергического тонуса вегетативной нервной системы.

Методика *рефлексотерапии* заключается в применении иглоукалывания в аурикулярные точки АТ 58, АТ 13; тонизации корпоральных точек R-6, R-8, RP-6, VC-3, P-7 с вращением игл и экспозицией до 5 мин. Через 6—8 ч при продолжающемся кровотечении выполняется 2-й сеанс иглоукалывания в аурикулярную точку АТ 34 и тонизация корпоральных точек F-1, F-8, VC-6, Gi-4. Через сутки после 1-го сеанса проводится 3-й сеанс РТ: RP-1, RP-3, E-30, Gi-4, Gi-11 (тонизация).

При уменьшении или полной остановке кровотечения через 2 сут после начала 1-го сеанса желательно

провести продолжение иглоукалывания по курсовым схемам.

У лиц, имеющих регулярный менструальный цикл, есть основание выполнить 2—3 курса РТ для имитации рефлекторной цикличности по примеру лечения жен* щин репродуктивного возраста. У больных с редкими менструациями после гемостаза целесообразно усилить симпатический тонус для увеличения гестагенного влияния и получения возможной секреторной трансформации эндометрия. Лечение проводилось по курсовому принципу.

1-й сеанс: АТ 51, АТ 95 (постоянные иглы на 7—8 сут); VC-2, RP-4, MC-6.

2-й сеанс: MC-5, VB-22.

3-й сеанс: VG-14, V-II, Ig-14.

4-й сеанс: VG-4, V-23, VB-26.

5-й сеанс: V-31, V-60.

6-й сеанс: VG-20, VG-5, TR-5.

7-й сеанс: Gi-4, E-36, Gi-10.

8-й сеанс: VC-3, RP-4, MC-6.

9-й сеанс: E-25, E-36.

10-й сеанс: TR-5, Gi-10, Gi-4.

Метод тормозной по второму варианту с экспозицией 15—20 мин.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

РЕФЛЕКТОРНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

Проблеме обезболивания родов посвящено много исследований. Пути ее решения также многообразны. Однако специфика родового акта и недостаточная эффективность предложенных методов вызывают необходимость дальнейших поисков.

В настоящее время считается общепризнанной психотерапевтическая подготовка беременной к родам, обеспечивающая повышение общей реактивности организма, мобилизацию волевых качеств и дисциплинирование рожениц, но нередко требующая дополнительно медикаментозного обезболивания.

Медикаментозное обезболивание наряду с положительными сторонами имеет и ряд недостатков. Во-первых, его невозможно применять на фоне аллергизации и непереносимости лекарственных препаратов у ря-

да рожениц. Во-вторых, медикаментозному обезболиванию препятствуют некоторые сопутствующие заболевания. В-третьих, возникновение таких акушерских осложнений, как аномалии сократительной деятельности матки, гипоксия плода, исключает применение медикаментозных анальгетических средств из-за опасности усугубления их тяжести.

В последние годы привлекли внимание клиницистов физические методы, в частности электроаналгезия. Безвредность, доступность и простота использования обеспечили им широкое распространение. Но эффективность их оказалась недостаточной.

Рефлексотерапия с ее выраженным обезболивающим эффектом оказывается предпочтительней. Опыт современных рефлексотерапевтов многих стран (Китая, Японии, Франции, Австрии и др.) определил оптимальные точки, которые можно использовать для обезболивания рожениц.

Nguyen Van Nghi (1974) в периоде раскрытия применил точки Gi-4, E-36, VB-26 и добился эффекта у 90 % рожениц. Автор использовал и другие сочетания: V-57, RP-6, Gi-4, F-2, VB-28 или RP-4, E-36, Gi-4.

М. Hyodo, О. Geda (1977) получили хорошие результаты от РТ в точки Gi-4, RP-6, E-36. В других публикациях оптимальными точками считают V-60, E-30, E-36, RP-6, Gi-4.

J. Niboyet и соавт. (1980) проводили дифференцированное обезболивание при различной локализации болей — спереди внизу живота или сзади в пояснице. Рецепты точек следующие:

1-й рецепт: AT 51, AT 59 и Gi-4;

2-й рецепт: AT 51, AT 59 и V-60;

3-й рецепт: AT 51, AT 59 и E-27, E-28, RP-6, VC-5.

Эффективность данного метода, по мнению авторов, оказалась недостаточной.

Применение других точек (AT 95, AT 59, AT 51, V-33) обеспечило хороший эффект у 79 % преимущественно первородящих женщин.

Авторы на основании многочисленных исследований пришли к убеждению, что РТ очень проста в техническом исполнении, безопасна, не отражается на развитии сократительной деятельности матки и не имеет отрицательного влияния на плод. Недостатками РТ они признают болезненность введения игл, особенно при I-м сеансе, опасность передачи вирусного гепатита

и возникновение пневмоторакса. Однако соблюдение правил асептики и антисептики, технически совершенное выполнение постановки игл, наконец, применение вместо игл электроакупунктуры (ЭЛАП) исключает подобные осложнения.

В последние годы получила распространение чрескожная стимуляция нервов (ЧСН) с применением пластинчатых электродов, которые прикладывают на область дерматомов S1—S2 или D10—L2 (симметрично), или L2—L3 и S1—S2. Наблюдения многих клиницистов показали неутешительный обезболивающий эффект (44 % хороших результатов и ниже) и очень благоприятное родоускоряющее действие. Продолжительность родов сокращалась на 35 %. Авторами отмечено благоприятное влияние РТ на организм роженицы в целом.

Недостаточные положительные результаты обезболивания родов вызывают необходимость поиска новых вариантов с использованием РТ в чистом виде и в комбинации с другими методами и средствами. В нашей клинике проведено наблюдение за эффективностью обезболивания с помощью нескольких вариантов РТ. Для оценки результативности были использованы шкала Н. Н. Расстригина — Б. В. Шнайдера [Расстригин Н. Н., 1978] и комплекс вегетативных тестов, приведенных выше.

В *1-м варианте* были использованы аурикулярные точки АТ 51, АТ 55. Роженицам при поступлении в родильный стационар после уточнения акушерского диагноза на фоне хорошей родовой деятельности при наличии болезненности схваток вводили в кожу ушных раковин кнопочные иглы, которые фиксировали липким пластырем. Иглы оставались в коже в течение всего родового акта.

Под нашим наблюдением находились 64 роженицы, из которых 48 были перво- и 16 — повторнородящими. Болезненность схваток уменьшалась, но роженицы чувствовали тупое давление в пояснице и внизу живота, временами довольно значительное. Эффективность обезболивания в *1-м периоде* характеризовалась $7,6 \pm 0,3$ баллами. 23 роженицы нуждались в дополнительном назначении медикаментозных обезболивающих средств. После постановки игл обратили на себя внимание урежение и ослабление схваток, в связи с чем возникала необходимость стимуляции родовой деятельности. Общая продолжительность родов составила

19 ч 26 ± 18 мин. В своей дальнейшей практике после выявления снижения родовой деятельности иглы из кожи ушных раковин извлекали и назначали тур стимуляции с помощью РТ или медикаментозных средств по одной из общепризнанных схем. Для усиления обезболивающего эффекта РТ в дополнение к иглам, введенным в аурикулярные точки, применяли иглы в корпоральные точки.

Во 2-м варианте использовали АТ 51, АТ 55, Gi-4, E-36, RP-6, VC-4.

Прослежено 47 родов у 31 первородящей и 16 повторнородящих. Обезболивающий эффект данного варианта оказался более высоким. Хорошие результаты с оценкой $8 \pm 0,2$ балла по шкале Н. Н. Расстригина наблюдали у 40 рожениц (86 %). Родовой акт развивался в прогрессирующем темпе. Продолжительность его составила в среднем у первородящих 10 ч 36 мин, повторнородящих — 5 ч 15 мин. Все роды закончились рождением живых детей с оценкой по шкале Апгар $9,3 \pm 0,2$ балла. Общее состояние матерей во время родов оставалось удовлетворительным, поведение — спокойным.

7 рожениц, имевших более низкие показатели обезболивания ($5,7 \pm 0,26$ балла), предъявляли жалобы на сильные боли в пояснице и внизу живота во время схваток, преимущественно в конце периода раскрытия. Женщины стонали, металась в постели и неполностью воспринимали советы акушера. Все роженицы этой группы оказались лабильными, эмоционально неустойчивыми; 4 роженицы не получали психофизической подготовки к родам. В родах наблюдались монотонность развития схваток у 3, дискоординация родовой деятельности и дистония шейки матки — у 4, гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде — у 2 матерей. Роды закончились рождением живых детей с оценкой по шкале Апгар $7,9 \pm 0,3$ балла.

Методика обезболивания родов по 3-му варианту была комплексной. В начале периода раскрытия роженице назначали двухчасовой сеанс электроаналгезии по Л. С. Персианинову аппаратом «Ленар», после чего ставили кнопочные иглы в точки кожи ушной раковины АТ 55, АТ 29, АТ 34. По мере развития родовой деятельности производили оценку жалоб, поведения, общего состояния и ряда вегетативных тестов. При выявлении повышенной чувствительности и бо-

лезненности схваток подключали воздействие в корпоральные точки Gi-4, E-36, E-30, RP-4 постоянными внутрикожными микроиглами до окончания родового акта, а при недостаточном эффекте вводили иглы на всю глубину точки акупунктуры до получения предусмотренных ощущений методом дисперсии с экспозицией 20—30 мин.

Из 60 рожениц, получавших обезболивание указанным методом, первородящих было 46 и повторнородящих — 14. Отягощенный акушерский анамнез имели 24 женщины. Поведение рожениц отличалось большей уравновешенностью, чем в предыдущей группе. Жалобы на незначительные болевые ощущения предъявляла 31 роженица. В конце периода раскрытия появлялась терпимая болезненность схваток у 27 пациенток. Первородящие проявляли беспокойство чаще, нежели повторнородящие, что можно объяснить состоянием эмоционального напряжения перед неизвестностью происходящего с ними процесса. Кроме того, у этих женщин нередко выявляли отягощенный абортми анамнез и лабильную нервную систему. Общая оценка обезболивания по шкале Н. Н. Расстригина составила $8,4+0,23$ балла.

4-й вариант обезболивания проводился магнитопунктурой. Роженицам при поступлении в родильный стационар после обследования к коже треугольной ямки ушной раковины прикладывали магнитофоры в виде круглых таблеток диаметром 10 мм и высотой 3 мм с напряженностью магнитного поля 23,9 кА/м или в виде квадратных пластинок длиной граней 5 мм и высотой 3 мм с напряжением магнитного поля 71,6 кА/м (конструкция В. С. Патрасенко). Магнитофоры крепили к поверхности кожи полоской липкого пластыря. Можно применять магнитные клипсы (В. С. Патрасенко), состоящие из двух магнитофоров каждая. В этом случае стенка ушной раковины пронизывается силовыми линиями между двумя магнитами, приложенными к ушной раковине изнутри и снаружи. Магнитофоры не снимают в течение всего родового акта.

Под нашим наблюдением находились 54 первородящие женщины в возрасте до 30 лет с физиологическим течением родового акта. Продолжительность родов составила $10\text{ ч }46+3,1$ мин. Поведение рожениц отличалось уравновешенностью. Все они отмечали эмоцио-

нальную расслабленность, своеобразное безразличное отношение к окружающему. Страхи, тревожное состояние, психологическая напряженность уменьшились, а у 32 рожениц не проявлялись совершенно. Дети родились живыми с оценкой по шкале Апгар $9,4 \pm 0,31$ балла. Эффективность обезболивания составила $9,3-0,31$ балла по Н. Н. Расстригину.

Анализируя наблюдения за эффективностью обезболивающего влияния РТ в родах, мы пришли к заключению, что данный метод безопасен, благоприятно влияет на организм матери и плода, не нарушает течение родового процесса и оказывает определенное обезболивающее действие. Степень обезболивания зависит от исходного состояния роженицы, особенностей нервной системы каждой из них, наличия или отсутствия акушерских осложнений или сопутствующих заболеваний. Однако проблема обезболивания родового акта еще не решена. РТ можно рассматривать как один из методов, используемый самостоятельно или в комплексе с другими. Изучение проблемы исследователями разных стран дает основание усилить научный поиск наиболее рациональных вариантов обезболивания с применением РТ как схематизированных, так и адаптированных к конкретным роженицам. Мы рассматриваем свои наблюдения как предварительные, нуждающиеся в дальнейших уточнениях. Но уже в настоящем виде они имеют определенное значение для подтверждения полезности РТ как метода обезболивания родов.

РЕФЛЕКТОРНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ АКУШЕРСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Анестезиологическая служба достигла больших успехов. В настоящее время можно обеспечить любую глубину обезболивания. Однако предупреждение ряда осложнений не всегда оказывается надежным. Не всегда объем анестезиологических мероприятий соответствует объему оперативного вмешательства, что нарушает основную заповедь Н. И. Пирогова о том, что величина и глубина наркоза не должны быть больше тяжести оперативного вмешательства. Разработка новых методов анестезии, основанных на физиологических процессах человеческого организма, вполне обоснована и актуальна. Одним из перспективных направ-

лений является рефлекторное обезболивание, которое имеет довольно глубокую историю.

Рекомендации рефлексотерапевтов стран Востока (Китая, Японии, Индии) допускают возможность успешного обезболивания хирургических вмешательств практически на всех органах и частях человеческого тела.

Современная медицина на фоне широкого внедрения эндотрахеального наркоза осваивает и другие виды обезболивания: субдуральную и перидуральную анестезию, электроаналгезию и т. д. Разработка рефлекторной анестезии идет параллельно на основе современного понимания механизма ее обезболивающего эффекта через эксперимент и клиническую проверку. В настоящее время нейрофизиологи располагают довольно стройной теорией механизма рефлекторного обезболивания, заключающейся в открытии физиологического значения различных видов пептидов, в частности эндорфинов, веществ Р, соматостатина, вазоактивного кишечного пептида и др., и способности ряда нервных клеток отвечать выделением этих веществ в ответ на рефлекторное раздражение [Дуриян Р. А., 1985].

В эксперименте и клинических условиях разрабатываются модели и методы рефлекторного обезболивания в научных учреждениях многих стран мира. Определенные успехи в этом вопросе имеют и советские ученые фундаментального [Дуриян Р. А., 1985; Билибин Д. П. и др., 1983; Брагин Е. О., 1983, и др.] и клинического направления [Зольников С. М. и др., 1983; Цыбуляк В. Н., 1985; Шаткина Г. В. и др., 1984, и др.].

Особенно большое значение приобретает рефлекторное обезболивание в акушерской практике с целью уменьшения токсического влияния наркотических средств на внутриутробный плод. Применяемые до последнего времени методы обезболивания не всегда обеспечивают безопасность плода от наркозной депрессии, которая вызывает необходимость после его рождения проведения реанимационных мероприятий и в последующем времени интенсивной восстановительной терапии.

Мы располагаем опытом применения РТ для обезболивания операции кесарева сечения и производства искусственных абортов. Продолжаем разрабатывать методику при гинекологических операциях. Убеждены

в одном, что при этом виде обезболивания чревосечение с минимальной травмой на органе вполне возможно и выполнимо.

В табл. 4 приведен перечень точек акупунктуры, применяемых для обезболивания больных при акушерских и гинекологических операциях.

Таблица 4

Точки акупунктуры, используемые для обезболивания больных при акушерских и гинекологических операциях
(по Nguyen Van Nghi, Mai Van Dong, Ulderica Lansa, 1974)

| Номер точки | Меридиан | Китайское название точки | Показания |
|-------------|----------|--------------------------|---|
| 1 | I(P) | Чжун-фу | Операция на молочных железах |
| 4 | II(Gi) | Хэ-гу | Абдоминальная хирургия (кесарево сечение, удаление матки). Влагалищные операции. Обезболивание родов |
| 19 | III(E) | Бу-жун | Чревосечение. Удаление матки |
| 25 | III(E) | Тянь-шу | Кесарево сечение, операции на маточных трубах и яичниках |
| 30 | III(E) | Ци-чун | Чревосечение и влагалищные операции, удаление матки |
| 36 | III(E) | Цзю-сань-ли | Чревосечение, кесарево сечение, удаление матки |
| 37 | III(E) | Шан-цзю-сюй | Чревосечение, кесарево сечение, удаление матки, удаление яичников, операции на маточных трубах, выскабливание слизистой матки |
| 6 | IV(RP) | Сань-инь-цзяо | Чревосечение, кесарево сечение, операции на придатках, обезболивание родов |
| 9 | IV(RP) | Инь-лин-цзоань | Чревосечение, операции на маточных трубах, пластика влагалища, промежности |
| 23 | VII(V) | Шень-шу | Чревосечение, удаление матки, маточных труб |
| 25 | VII(V) | Да-чан-шу | То же |
| 32 | VII(V) | Цы-ляо | » |
| 34 | VII(V) | Ся-ляо | » |
| 57 | VII(V) | Чэн-шань | Обезболивание родов. |

| Номер точки | Меридиан | Китайское название точки | Показания |
|-------------|-----------|--------------------------|--|
| 22 | VIII (R) | Бу-лан | Операции на промежности Удаление молочной железы |
| 28 | VIII (R) | Шу-фу | То же |
| 6 | IX (MC) | Ней-гуань | Удаление молочной железы, чревосечение, удаление матки, маточных труб, выскабливание слизистой полости матки |
| 24 | XI (VB) | Жи-юе | Удаление молочной железы |
| 26 | XI (VB) | Дай-май | Чревосечение, удаление матки, обезболивание родов |
| 27 | XI (VB) | У-шу | Чревосечение, кесарево сечение, удаление маточных труб |
| 28 | XI (VB) | Вей-дао | Обезболивание родов |
| 34 | XI (VB) | Янь-лин-цюань | Выскабливание слизистой полости матки |
| 2 | XII (F) | Син-цзянь | Операции на промежности, обезболивание родов |
| 3 | XII (F) | Тай-чун | Чревосечение, кесарево сечение, удаление матки, придатков матки |
| 1 | XIII (VG) | Чан-пянь | Влагалищные операции и операции на промежности |
| 2 | XIV (VC) | Цюй-гу | Чревосечение, операции на маточных трубах, обезболивание родов |
| 3 | XIV (VC) | Чжун-цзи | Обезболивание родов |
| 4 | XIV (VC) | Гуань-юань | Выскабливание слизистой матки. Чревосечение |
| 12 | XIV (VC) | Чжун-вань | Чревосечение, кесарево сечение |

Обезболивание операции кесарева сечения. В целях сохранения жизни ребенка, ради которого в последние годы все чаще производят операцию кесарева сечения (КС), разрабатываются новые методы обезболивания. Наибольшее распространение получили перидуральная анестезия и электроаналгезия [Персианинов Л. С. и др., 1978]. Перидуральная анестезия обеспечивает достаточно глубокое обезболивание, но не избавляет женщину от опасных для ее жизни осложнений. Элек-

троаналгезия более физиологична и менее опасна, но не дает необходимой глубины обезболивания.

РТ, обладая хорошим анальгезирующим эффектом и минимальной опасностью осложнений для матери и плода, открывает большие возможности.

Попытки ее применения при операции КС многочисленны, результаты их обнадеживающие. Особенно широкое распространение рефлекторное обезболивание получило в странах Востока — на родине РТ. В Европе, благодаря творческой инициативе проф. J. Niboyet, эта методика впервые была применена во Франции в 1974 г., и позднее автор сообщил о 15 операциях КС, 8 из которых прошли успешно [Niboyet J. et al, 1980 и др.].

В публикациях китайских авторов представлены данные о 80 % удачных исходов рефлекторного обезболивания. J. Niboyet считает, что при оценке анестезии в восточной и европейской медицине могут быть различия, обусловленные неодинаковыми критериями.

Преимущество рефлекторного обезболивания при производстве КС заключается в обеспечении снятия боли во время операции при сохранении психологического присутствия матери в момент рождения ребенка, пролонгированного аналгетического и тонизирующего влияния на организм матери, предупреждении болевого шока, пареза кишечника и других осложнений в первые 3—4 дня послеоперационного периода.

В Советском Союзе теоретическую и клиническую основу рефлекторного обезболивания операции КС заложили С. М. Зольников, Н. Н. Расстригин и др. Авторы сочетали РТ с интубацией и применением нейролептаналгезии.

Медикаментозные препараты давались в уменьшенных дозировках.

Рефлекторная аналгезия при операции КС нами впервые выполнена в 1982 г. и к 1985 г. применена у 46 рожениц, из которых первородящих было 28 и повторнородящих — 18.

В плановом порядке выполнено 44 операции, в экстренном — 2.

Подготовка к плановой операции проводилась с помощью РТ. Беременных информировали о сути рефлекторного воздействия и после получения их согласия на этот метод аналгезии вводили постоянные кнопочные иглы в кожу ушной раковины билатерально (АТ 51,

АТ 55) за 1—3 сут до операции. Вечером накануне операции беременной проводили обычную гигиеническую и психопрофилактическую подготовку и сеанс РТ в корпоральные точки седативного действия (МС-7, С-6, Р-7) методом дисперсии с экспозицией 20—30 мин.

Утром в день операции за 30 мин до ее начала вводили подкожно 2 мл 2 % раствора промедола. Затем после дополнительной гигиенической обработки беременную укладывали на операционный стол. В положении беременной на боку выполняли гидропрессуру в корпоральные точки V-23, V-25, V-31, V-32 0,25 % раствором новокаина или изотоническим раствором натрия хлорида по 8—10 мл в каждую. Иглу вводили в кожу на глубину до получения предусмотренных ощущений, после чего подавали лекарственный раствор с постепенным извлечением иглы.

Беременную переводили в положение на спине и вводили мягкие иглы для акупунктуры в корпоральные точки F-3, RP-6, E-36, RP-11, VB-27, E-25. К иглам присоединяли датчики от аппарата «Элита», «ПЭП-1» или «Рампа» и включали переменный электрический ток силой 20—25 мкА и частотой 6—8 Гц. Импульсы на всех датчиках были синхронными и однонаправленными.

Через 15—20 мин от начала электропунктуры непосредственно перед разрезом тканей вводили внутривенно пропанидид (сомбревин) в количестве 7—10 мг/кг и одновременно через маску наркозного аппарата подавали газовую смесь кислорода и закиси азота в соотношении 1:4 полузакрытым контуром. Интубацию не производили. Искусственную вентиляцию легких осуществляли ручным способом. При вынужденном удлинении периода от начала кожного разреза до извлечения ребенка роженице дополнительно вводили сомбревин капельно до 100 мг. После извлечения ребенка матери по ходу операции подавали кислород или газовую смесь кислорода и закиси азота через полузакрытый контур в пропорции 1:1 или 1:4. С ней периодически поддерживали словесный контакт. У некоторых женщин при появлении болезненности, беспокойства приходилось вводить сомбревин повторно по 50—100 мг. В целом на операцию расходовали от 1000 до 2200 мг сомбревина (в среднем 1268 ± 18 мг). 50—60 % сомбревина вводили до извлечения плода.

Напряжения мышц брюшного пресса, выпадения кишечника в рану, рвоты и других осложнений наркоза у матерей не было. Гемодинамика в течение операции у всех рожениц была устойчивой. Кровопотеря не превышала 600 мл.

Все доношенные дети извлечены живыми с оценкой по шкале Апгар $9,6 \pm 0,3$ балла без наркотической депрессии. Два ребенка, родившихся преждевременно, получили оценку $7,6 \pm 0,2$ балла. Все дети отличались активным поведением, первый крик издавали до отсечения пуповины непосредственно в процессе извлечения.

Рефлекторное обезболивание КС, наряду с положительными сторонами, имеет ряд недостатков. Во-первых, подготовка к операции занимает длительное время, что затрудняет его применение в urgentных условиях. Во-вторых, рефлекторное обезболивание нельзя применять у рожениц с тяжелыми формами позднего токсикоза, хотя при этом не исключается возможность комплексного обезболивания: рефлекторного и медикаментозного. В-третьих, негативный настрой ряда беременных женщин, особенно с проявлениями невротических или неврастенических нарушений, может привести к срыву анестезии.

Однако у большинства пациенток комплексное обезболивание кесарева сечения с включением рефлексотерапии может рассматриваться как оптимальный вариант анальгезии. Он безвреден для матери и особенно для плода, достаточно эффективен и прост по сравнению с интубационным ингаляционным наркозом. Кроме того, этот метод совершенно избавляет роженицу от опасности регургитации, непереносимости ряда лекарственных препаратов и других опасных для жизни осложнений.

На наш взгляд, в условиях акушерского стационара этот вид обезболивания имеет право на существование и дальнейшее развитие.

Рефлекторное обезболивание «малых» акушерских операций, таких как наложение акушерских щипцов, ручное отделение плаценты и выделение последа, наложение швов на раны шейки матки и промежности и т. д., едва ли будет приемлемым из-за длительного подготовительного периода, что исключает возможность его применения в экстренных случаях.

Искусственный аборт. Согласно информации Nguyen Van Nghi и соавт. (1974), эффективность обезболи-

вания операции искусственного аборта до 12-недельного срока беременности, по данным ряда госпиталей Китая, составляет от 72 до 100 %. Положительные результаты получены при акупунктуре точек E-36, VB-34 с последующей электроакупунктурой их силой тока 250 мкА и частотой 6—10 Гц. Приводятся и другие рецепты: VB-26, VB-28, Gi-4, RP-6, F-5, RP-3. Сами авторы рекомендуют точки E-36, RP-6, VC-4 (основные) и F-3, MC-6, Gi-4 (дополнительные).

J. Niboyet и соавт. (1980) воздействовали на аурикулярные точки AT 58, AT 51 и корпоральные точки V-60, RP-6, VC-3, VC-4, E-36 и получили вариабельные результаты.

Д. М. Табеева (1980) для выскабливания слизистой полости матки рекомендует точки ушной раковины AT 51, AT 58, AT 56 без электростимуляции.

Мы использовали традиционную методику электроиглоаналгезии с индивидуальными сочетаниями точек (не менее 3 пар) Gi-4, MC-6, E-36, F-3, RP-11, VB-26, VB-34.

Методика электроаналгезии была такой же, что и при производстве КС, с силой тока до 25 мкА, частотой 8—10 Гц в постоянном режиме. Операцию начинали через 20—30 мин от включения электрического тока. Эффективность обезболивания достигла 89 %. Недостатком метода является длительный подготовительный период, не позволяющий использовать его в условиях работы стационара, специализированного по производству аборт.

Более приемлемой может оказаться методика Д. М. Табеевой, использующая аурикулярные точки без электростимуляции.

Операции на вульве и стенках влагалища. По традиционным рецептам, применяемым нами, наиболее важными точками для обезболивания при операциях на половых органах у женщин являются E-36, RP-6 в сочетании с блокадой методом гидропрессуры поясничных точек V-23, V-25, V-32. Рекомендуют также дополнительные точки для электроакупунктуры VB-26, E-30, F-3, MC-6, VC-4, RP-11.

Эффективность обезболивания составила 86—94 %. Лучшие результаты отмечены при операциях на влагалище (пластика по поводу опущения и выпадения стенок влагалища), и меньший эффект наблюдался при операциях, проводимых на коже Бульварного кольца.

Операции на шейке матки. Рефлекторная аналгезия применена нами у 19 беременных для обезболивания операции наложения швов на шейку матки при истмико-цервикальной недостаточности. Перед операцией при необходимости проводился курс РТ с целью ликвидации угрозы прерывания беременности. За 20—30 мин до начала операции вводились иглы в аурикулярные точки АТ 55, АТ 56, АТ 23, АТ 109, АТ 95 и в корпоральные — РР-4, РР-6, МС-6, ВМ-3. Швы на шейку матки накладывались по методу Любимовой — Мамедалиевой. После окончания операции иглы из корпоральных точек извлекались, а в аурикулярных оставались еще 30—40 мин.

Обезболивание оказалось эффективным у всех пациенток. Лишь у 6 из них во время манипуляций на шейке матки отмечалось незначительное повышение тонуса беременной матки, которое проходило после окончания операции.

Операции на матке и ее придатках. Отличие гинекологических операций от других вмешательств на органах брюшной полости заключается в том, что в патологический процесс вовлечены эндокринные (яичники) и эндокриннозависимые (матка, маточные трубы, влагалище) органы; чревосечение нередко производится на фоне вторичных анемий вследствие обильных кровопотерь. В связи с этим у больной нередко развиваются эндокринные нарушения и расстройства вегетативной нервной системы. Возникает своеобразная патологическая система регуляции с ее многочисленными вариантами повреждений не только соседних, но и отдаленных органов и даже других систем. Поэтому хирургическое вмешательство всегда проходит на фоне поломки физиологических отправлений во всем организме (вегетативно-сосудистые дистонии, расстройства обмена веществ, нарушения функций пищеварительной, выделительной и других систем).

Ведение наркоза в этих условиях становится особенно трудным. Вот почему РТ с ее способностью нормализовать вегетативно-эндокринную регуляцию оказывается очень полезной и уместной.

Группа сотрудников Центрального научно-исследовательского института рефлексотерапии и Всесоюзного научно-исследовательского центра охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения СССР В. И. Лапик, Л. Я- Полуянова; Г. В. Шаткина,

С. М. Зольников, Н. Н. Расстригин (1982) разработали методику электроакупунктурной преднаркозной подготовки при гинекологических операциях. В основной группе больных авторы не применяли для подготовки к операции нейролептических, антигистаминных препаратов и наркотических анальгетиков, а за 30 мин до индукции в наркоз включали электроакупунктуру в точки ушной раковины АТ 55, АТ 51, АТ 101 и в корпоральные — Gi-4 (основная) и RP-6, E-36 (дополнительные). В начале операции вводили 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата и 2 мл 50 % раствора анальгина. ЭЛАП проводили аппаратом «Рампа» частотой 7—10 Гц, продолжительностью — от 0,1 до 1,2 мс, силой тока — не более 250 мкА.

В процессе операции для обезболивания дополнительно использовали закись азота.

В целях большего обеспечения благоприятных условий для оперирования и выхаживания больных после операции в нашей клинике разработана методика *рефлекторной подготовки* больных к операции.

Методика подготовки заключалась во введении игл в аурикулярные и корпоральные точки в течение 4—7 дней до операции. Выбор рецепта обеспечивался индивидуальными особенностями сопутствующей патологии с обязательным использованием точек общего действия на фоне симпатикотонии — воротниковой зоны. Сеансы были ежедневными. Медикаменты добавляли к РТ в половинных или меньших дозировках больным с необратимыми патологическими процессами (гипертоническая болезнь II—III ст. и др.).

Результаты рефлекторной подготовки показали, что она приводила к улучшению настроения, общего состояния, оптимизации гемодинамики, объективных показателей общего гомеостаза и вегетативной нервной системы.

Для *рефлекторного обезболивания* утром после гигиенической обработки вводили кнопочные постоянные иглы билатерально в аурикулярные точки АТ 51, АТ 55, АТ 58, АТ 34 до 4—6-го дня послеоперационного периода.

За 30 мин до операции подкожно назначали 2 мл 2 % раствора промедола. Затем на операционном столе выполнялась гидропрессура в точки V-23, V-25, V-31, V-32 по 5—8 мл 0,25 % раствора новокаина, а при его непереносимости — изотонического раствора натрия

хлорида. После этого больная укладывалась в положение, необходимое для производства операции; ей вводили мягкие иглы (серебряные) в корпоральные точки Gi-4 (или MC-6), E-36, RP-6, F-3, VB-26, E-30, RP-11, E-19, RP-15, VC-12.

У каждой больной пунктировали не весь приведенный набор точек, а лишь основные с добавлением других применительно к объему и виду операции. Обычно использовали 5—6 пар точек с учетом обязательного сочетания дистальных точек общего действия и сегментарных, особенно в пределах операционного поля.

Электроакупунктуру проводили с помощью аппаратов «Элита-4», «ПЭП-1» или «Рампа» со следующими параметрами тока: сила тока — до 25 мкА, частота — в начале 1—2 Гц, а затем — 6—8 Гц с длительностью влияния отрицательного заряда 15—30 с и положительного 2—5 с для предупреждения электролиза игл.

По окончании латентного периода аналгезии, продолжающегося 25—30 мин, внутривенно вводили сомбревин в дозе 7—10 мг/кг для выключения сознания с целью ликвидации психологического присутствия женщины в начале операции и одновременно подавали через полузакрытый контур смесь закиси азота и кислорода в соотношении 1:4. Интубация не производилась. С больной в процессе операции по необходимости поддерживался словесный контакт. Искусственную вентиляцию легких выполняли через маску ручным способом мехом наркозного аппарата.

При появлении жалоб на болезненность уменьшали частоту электрического тока до 3—4 Гц за счет увеличения продолжительности отрицательного заряда и повторно вводили 50—100 мг сомбревина.

Ревизия брюшной полости, выведение и подтягивание матки в рану требовали увеличения дозы сомбревина до 200 мг.

Длительность операции не лимитировалась, обычно она продолжалась от 59 до 120 мин. Всего за операцию расходовалось до 2800 мг сомбревина.

Считаем целесообразным привести ряд рецептов точек акупунктуры, используемых другими авторами: E-36, RP-6, VB-26, E-30, RP-11, E-19, RP-15, VC-12, MC-6 или Gi-4.

Для экстирпации матки чаще всего использовались точки F-3, RP-6, Gi-4, VC-4, E-35, MC-6, VB-27; для

надвлагалищной ампутации матки — F-3, RP-6, RP-7, E-36, VC-4; для вентрофиксации матки — RP-9, E-37, VB-27, E-36, F-3, F-4.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Качество и сроки выздоровления больных, перенесших гинекологические операции, в значительной степени определяются особенностями ведения их послеоперационного периода. Используемые для лечения медикаментозные препараты, особенно анестетики, способствуют проявлению побочных нежелательных явлений, в частности угнетается дыхательный центр, задерживается восстановление моторной активности кишок. У ряда больных проявляется непереносимость лекарственных средств, возможно развитие опасных для жизни аллергических осложнений. Все это побуждает к поиску новых, более рациональных методов ведения послеоперационного периода. Опыт РТ для восстановления сил и реабилитации от болезни вполне применим к ведению послеоперационного периода.

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе появились сообщения, вселяющие большие надежды. Т. П. Пономаренко и соавт. (1983) успешно боролись с болевым синдромом у гинекологических больных в послеоперационном периоде методом ЭЛАП корпоральных точек P-7, RP-6, RP-9. Отличный и хороший эффект был получен у 76 % больных.

Методика рефлексотерапии. Течение послеоперационного периода характеризуется наличием комплекса симптомов: боль, нарушение дыхания, сердечно-сосудистые расстройства, парез кишечника, задержка мочи, гипертермия и др. Рефлексотерапия должна соответствовать возникшим расстройствам. Количество точек на один сеанс подбирается индивидуально и зависит от тяжести операции, характера и степени выраженности симптома, состояния больной [Цыбуляк В. Н., 1985].

В задачу рефлекторной терапии, проводимой в 1-е сутки после операции, входило снятие послеоперационных болей, снижение наркотической депрессии, восстановление глубокого дыхания. Применялось электроakupунктурное воздействие в корпоральные точки Gi-4 методом дисперсии и ВМ 3 (инь-тан) — тонизацией. Для стимуляции дыхательного центра проводи-

лась двусторонняя тонизация корпоральных точек P-9, P-11. При острой задержке мочевого пузыря и переполненном мочевом пузыре использовались точки AT 95, AT 51, AT 79, AT 34, AT 92, AT 94 с экспозицией 20—30 мин (во всех сеансах) и корпоральные точки V-67, VC-3, V-23.

Снятие послеоперационных болей во 2-е сутки послеоперационного периода проводилось по схеме: на аурикулярные точки AT 55, AT 109, AT 56, AT 43, AT 33, AT 26а; корпоральные точки: E-25, E-30 или R-15, R-12. Точки укалывались билатерально. При разрезе по Пфанненштилю можно укалывать еще точки средней линии живота VC-3, VC-6, VC-7.

Для стимуляции перистальтики кишечника применяли аурикулярные точки AT 89, AT 87, AT 97, AT 91, AT 51 и корпоральные точки Gi-4, Gi-11, E-25, E-36, VC-12, VB-39. На эти точки, помимо акупунктуры, можно воздействовать маленькими кружочками горчичников или перцового пластыря. Отличный эффект наблюдался при применении электроакупунктуры (ЭЛАП): перистальтика кишечника заметно усиливалась через несколько минут после начала сеанса. Подавался ток силой 20 мкА, частотой 6—10 Гц, продолжительностью 10—15 мин. Целесообразно проводить несколько сеансов в день.

Противовоспалительный и тонизирующий эффект достигается воздействием на аурикулярные точки AT 55, AT 95, AT 87, AT 101, AT 104, AT 34 и корпоральные точки TR-5, TR-10, Gi-4, Gi-10, RP-6, R-6, VB-34.

На 3-й сутки после операции необходимо продолжать стимуляцию перистальтики кишечника, оказывать общетонизирующее влияние, для чего используют аурикулярные точки AT 55, AT 51, AT 13, AT 25, AT 29 и корпоральные точки VC-6, VC-7, RP-4, RP-6, RP-7, C-3.

На 4-е сутки можно повторить указанные сеансы. При застойных явлениях в легких хорошо помогает акупунктура аурикулярных точек AT 55, AT 31, AT 13, AT 101, AT 102, AT 103 и корпоральных точек P-7, P-9, P-1 (тонизация), V-11, V-13, V-43. Иглы, установленные в точки меридиана «мочевого пузыря», можно накрыть медицинскими банками или специальными вакуум-присосками на 10—15 мин [Вельховер Е. С., Кушнир Г. В., 1983; Шаткина Г. В., 1987].

В послеоперационном периоде может возникнуть необходимость в симптоматическом лечении, для чего с успехом можно воспользоваться рефлексотерапией.

С гипотонией и головокружением можно бороться воздействием на следующие точки: АТ 29, АТ 33, МС-9, ВМ 3 (инь-тан); с высокой температурой — АТ 13, Gi-4, Gi-11, R-7, F-14, V-60. При обильном потоотделении применяют E-36, V-17, E-33. Мышечные боли в результате сильной фибрилляции, наблюдающейся во время вводного наркоза, снимаются акупунктурой точек TR-3, VB-38, VB-39, VB-40, VB-34, P-5. Сокращение матки для остановки кровотечения можно вызвать раздражением точек RP-6, P-9, RP-1, RP-2, VC-2.

Отек Квинке, возникший как аллергическая реакция на введение лекарств, можно ликвидировать, используя АТ 13, АТ 51, точку аллергии по P. Nogier, V-13, V-54, V-60, E-13, V-15, ВМ 3 (инь-тан). Бессонница лечится по следующему рецепту: АТ 55; VG-20, V-14, V-15 (тонизация); C-7, МС-6, МС-7, Ig-8 (дисперсия). Для снятия рвоты применяют VC-11, VC-12, VC-14, МС-5, МС-7, V-18, V-19, V-20. При обострении хронического холецистита, дискинезии желчных путей после операции можно провести акупунктуру точек МС-6, RP-4, E-36, VC-9, VG-14, Ig-4, F-3, F-8, R-7. Вегетативные кризы, вегетососудистую дистонию лечат акупунктурой АТ 22, АТ 36, АТ 55, АТ 51 (по преобладанию характера криза лучше проводить стимуляцию угнетенной системы, чем дисперсию избыточной) и корпоральных точек V-31, V-32, V-33, V-34, V-11, VG-14, VG-4.

Для определения эффективности РТ в послеоперационном периоде мы провели наблюдение за 3 группами женщин. Больные контрольной группы перенесли операцию под эндотрахеальным наркозом и получали медикаментозную терапию в послеоперационном периоде. Во 2-й группе операция проводилась под эндотрахеальным наркозом, а послеоперационный период — с РТ. В 3-й группе рефлекторная аналгезия осуществлялась во время и после операции [Закаталова Л. И., 1981].

Вегетативные реакции изменялись адекватно восстановлению общего состояния. У больных контрольной группы нормализация их отставала на 4—6 сут по сравнению с результатом в основных группах. Осложнений при проведении РТ не наблюдалось. РТ в чистом

виде вызывала необходимость повторения сеансов до 2—3 раз в сутки. Состояние больных восстанавливалось раньше, и поведение их было более активным при ведении больных комплексным методом с назначением РТ и медикаментов в уменьшенных дозировках.

Анальгетическое действие РТ после 1-го сеанса сохранялось не более 5 ч, после чего возникала необходимость его повторения или добавления обезболивающих медикаментозных средств. Субъективно улучшение проявлялось в снижении болей в операционной ране, более активном поведении больных по сравнению с данными в контроле. ЧСС уменьшалась в контроле на 14—20 ударов, в основных группах — на 8—12. Повышенное АД снижалось одинаково во всех группах. Положительный эффект получен у 82 % больных. Анальгетические препараты и наркотики в дневное время были значительно сокращены, а в некоторых случаях — отменены.

У больных в контрольной группе нормализация обменных процессов закончилась к 14—16-м суткам после операции, в основных группах с применением РТ — к 8—10-м суткам. Под влиянием РТ альбумино-глобулиновый индекс увеличился с 0,65 до 0,85 к 13-м суткам, в контрольной группе — к 15-м суткам; показатели содержания холестерина и электролитов нормализовались к 10-м и 12-м суткам соответственно. Количество лейкоцитов в периферической крови снизилось до нормы к 10-му дню у больных в контрольной группе и к 6—7-му дню — в основных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Знакомство со специальной литературой и анализ клинических наблюдений позволяют нам высказать некоторые соображения по применению рефлекторных методов лечения в акушерской и гинекологической практике.

В традиционной восточной медицине и в ряде современных руководств по рефлексотерапии этот метод рекомендовался для применения преимущественно в гинекологической практике, причем при ограниченном перечне заболеваний (болевой синдром, зуд вульвы, маточные кровотечения и ряд других). Основными недостатками приведенных рекомендаций являются их эмпиризм, отсутствие сведений по современному представлению патогенеза заболеваний. Поэтому РТ, обеспечивая снятие симптома болезни, не приводила к ликвидации патологического процесса и восстановлению гомеостаза.

У беременных РТ практически не использовалась из-за боязни ее прерывания. Есть отдельные указания по лечению рвоты беременных, отеков. Несколько шире применялось иглоукалывание у рожениц (для стимуляции слабых сокращений матки, обезболивания) и у родильниц (при недостаточной инволюции матки и секреции молока). Во всех руководствах, традиционных и современных, вторая половина беременности почему-то представлена как противопоказание к применению РТ, хотя, как известно, наиболее ранимыми эмбрион и плод оказываются на ранних сроках их развития. Внутренняя патология при беременности, а также болезни детской гинекологии не подвергались РТ. Все вышеизложенное побудило нас провести клиническую апробацию РТ у беременных и женщин с различными гинекологическими заболеваниями.

Проведя в условиях клиники наблюдения в разные сроки беременности за состоянием женщин, имевших

акушерские осложнения или экстрагенитальные заболевания, мы убедились в полной безопасности РТ как для организма матери, так и плода. Более того, пациентки с ранними и поздними токсикозами, угрожающим прерыванием беременности, гипоксией плода оказались весьма перспективными объектами для применения РТ. Легкая и средняя степень тяжести этих осложнений излечивалась на фоне РТ без медикаментов у 85—92 % больных.

РТ благоприятно влияет на течение сопутствующих заболеваний: вегетососудистых дистоний, анемии, бронхиальной астмы, пиелонефрита и др.

Специальные наблюдения за состоянием внутриутробного плода на фоне РТ привели к выводу об улучшении его состояния.

РТ позволяет сократить сроки лечения и обеспечить более полноценное выздоровление, что имеет прямое отношение к уменьшению экономических затрат на восстановление здоровья женщины.

В результате анализа клинических наблюдений мы пришли к выводу, что применение РТ в гинекологической практике независимо от характера заболевания (соматического или болезней половой системы) должно проводиться с учетом фаз менструального цикла.

В фазу пролиферации организм женщины находится под преимущественным холинергическим влиянием, а в секреторную — под адренергическим. Во время фазы десквамации имеет место своеобразная перестройка, характеризующаяся динамическим равновесием. В связи с этим в первую половину менструального цикла (фаза пролиферации) целью РТ является стимуляция парасимпатического тонуса, а во вторую половину цикла (фаза секреции) — симпатического. Кроме того, необходимо предусмотреть понижение или повышение порога возбудимости и рефлекторной активности вегетативной нервной системы в зависимости от особенностей возникшей патологии.

Наступление и развитие беременности сопровождается последовательным образованием гестационной, родовой и лактационной доминант. Каждая доминанта представляет собой временную, генетически запрограммированную интегрированную функциональную систему регуляции, обеспечивающую специфическую перестройку всех видов гомеостаза, адаптированную к условиям развития беременности, родоразрешения или

лактации. Эти функции являются конечным результатом сложной и многогранной перестройки организма. Любое нарушение в любом органе или системе может косвенно или непосредственно отразиться на клинических проявлениях развития репродуктивных процессов через расстройства в системе регуляции. В этих ответственных ситуациях более полную информацию о состоянии всего организма может обеспечить исследование нейроэндокринной регуляции и, в частности, вегетативной нервной системы.

С наступлением беременности значительно повышается порог ее возбудимости. По мере развития плодного яйца ответные реакции становятся более выраженными и продолжительными. Наблюдается прогрессирующее нарастание тонуса обоих отделов вегетативной нервной системы с преимущественным усилением симпатического влияния. В 28—32 нед беременности наблюдаются стабилизация порога возбудимости на верхнем его уровне и симпатикотония. В III триместре наступает более заметное усиление парасимпатического влияния. Оно постепенно достигает равновесия с симпатическим тонусом, а в последние недели беременности оказывается преобладающим.

Примерно с 38-й недели беременности начинает понижаться порог возбудимости. Это снижение вначале проявляется незначительно, а за 1—2 дня до родов скачкообразно нарастает. С наступлением регулярной родовой деятельности порог возбудимости снижается до уровня его у небеременных женщин. Одновременно с понижением порога возбудимости общий тонус рефлекторных реакций сохраняется высоким и даже незначительно усиливается. За несколько часов до наступления регулярной родовой деятельности возникает резкое преобладание холинергических реакций. По мере развития родовой деятельности, на фоне продолжающегося усиления общего тонуса вегетативной нервной системы наблюдается нарастание парасимпатического влияния, кульминация которого наступает в конце периода раскрытия и изгнания плода. Сразу после рождения ребенка вновь повышается порог возбудимости до уровня его в середине беременности и снижается выраженность вегетативных рефлексов с преимущественным ослаблением парасимпатического влияния.

После выделения последа эти процессы прогрессируют в большей степени, однако через 8—10 сут насту-

пает их стабилизация. Уровень порога возбудимости и выраженность ответных рефлекторных реакций становятся близкими к величине их в ранние сроки беременности. На этом фоне сохраняется преобладание парасимпатического влияния. Подобное состояние вегетативной регуляции продолжается до конца грудного вскармливания ребенка. Прекращение лактации приводит к восстановлению менструальной цикличности как в системе рефлекторной нервной регуляции, так и в функции половых органов.

В традиционных и современных руководствах по РТ рекомендации по применению рефлекторного воздействия сводятся в основном к перечню точек для акупунктуры. Очередность и конкретные сочетания их, как правило, не указываются. Лишь в последние годы были опубликованы монографии Д. Н. Стояновского (1981), В. Г. Вогралика и М. В. Вогралика (1978), Е. Л. Мачерет, И. З. Самосюк (1983) и др., в которых содержатся сведения о курсовом лечении. Однако приведенные в них рекомендации не предусматривают возрастной и половой дифференцировки, а также оценки особенностей вегетативной цикличности у женщин.

Одной из задач наших исследований была разработка принципов составления лечебных схем акупунктуры у женщин применительно к фазам менструально-го цикла и беременности.

В целях восстановления нормальной рефлекторной активности вегетативной нервной системы применительно к первой половине менструального цикла (фаза пролиферации) или необходимости у беременных ликвидации осложнений, сопровождающихся симпатикотонией (гипертензией, перенашиванием или другими видами), целесообразно обеспечить стимуляцию парасимпатического влияния через воздействие на точки преимущественно тех меридианов, которые расположены только на внутренней поверхности тела (P, RP, C, MC, F, VC). На ушной раковине практически везде имеет место двойное перекрытие парасимпатической и симпатической иннервации, однако в некоторых ее участках это наложение оказывается неравномерным. Так, преимущественно вагусное раздражение можно получить, воздействуя на точки, расположенные в чаше ушной раковины вокруг слухового прохода и на ее мочке. Симпатическое влияние проявляется при раздражении точек треугольной ямки, завитка и козелка.

Симпатический тонус усиливается при воздействии на корпоральные точки, входящие в систему меридианов (Gi, Ig, TR, VG) и расположенные на наружной стороне тела. Меридианы, имеющие смешанный ход, переходящие с наружной поверхности на внутреннюю или наоборот (E, VB), могут оказывать уравнивающее влияние. Что касается рефлекторного воздействия на порог возбудимости и подвижности вегетативной реакции, то они обеспечиваются изменением режимов лечения (тонизация и дисперсия).

Трафаретные схемы РТ в условиях индивидуальных особенностей больного организма женщины могут не вписаться в тот циклический фон, который характерен для конкретной пациентки. РТ будет более успешна, если она проводится под строгим контролем за изменениями вегетативно-эндокринной регуляции и корректируется в соответствии с индивидуальными особенностями течения болезни и состояния пациентки.

Современная медицинская наука располагает большим арсеналом средств для получения необходимой информации о функциональном состоянии организма через системы его высшей регуляции (кортикально-диэнцефально-эндокринные процессы). С этой целью успешно применяются психоэмоциональные характеристики, изучение неврологического и соматического статуса с применением клинических и лабораторных методов исследования, включая показатели обменных процессов, ферментативной активности, гормонального фона. Подобные методы обеспечивают достаточно развернутую информацию о глубоких процессах в органах, тканях, клетках и на молекулярном уровне. Однако при этом возникает очень большая сложность в интеграции этих сведений, их обобщении и установлении взаимосвязи повреждений в разных системах. Больной человек вынужден лечиться одновременно или разновременно у нескольких специалистов, в совершенстве понимающих свою область патологии. Это затрудняет и во многом усложняет методику лечения комплекса болезней.

Традиционная восточная медицина предусматривает рефлекторную диагностику через внешние проявления внутренней патологии, через микросимптомы, концентрирующиеся преимущественно в зонах органов чувств (коже ушной раковины, радужке глаз, слизистой полости рта, коже ладоней, стоп), а также осно-

ванную на изучении функционального состояния точек акупунктуры по системе меридианов с применением пульсовой диагностики, тестов Риодораку, Акабанэ и др. Подобная диагностика обеспечивает выявление повреждения на уровне центральной регуляции. Это дает возможность легче установить взаимосвязь различных видов повреждений в организме, но не позволяет обеспечить развернутую диагностику на уровне систем или органов. Кроме того, пока еще существуют трудности в объективизации и обосновании показателей тестов, разработанных на принципе изменений в системе меридианов.

В связи с этим, с одной стороны, возникает настоятельная необходимость рационального объединения современного и традиционных методов диагностики, взаимно дополняющих один другого. С другой стороны, подобная интеграция значительно усложняет обследование больного человека, а сохранение в методике тестов, не подкрепленных физиологическими закономерностями и не имеющих материального научного обоснования, делает эту диагностическую систему малоубедительной и необъективной.

Поэтому становится очевидным необходимость изыскания в арсенале современных, физиологически обоснованных концепций такого диагностического комплекса, который обеспечил бы и объективность, и специфичность применительно к рефлексотерапии. На наш взгляд, достаточно полно отвечающим этим требованиям является метод, основанный на изучении функциональных изменений вегетативной нервной системы.

Из основных критериев в оценке функционального состояния вегетативной нервной системы могут быть взяты показатели порога возбудимости, степени выраженности ответных реакций и состояния динамических взаимоотношений адренергического и холинергического уровня. Порог возбудимости определяется по длительности латентного периода реакции в ответ на дозированное раздражение интенсивностью не более одной пороговой величины.

Степень выраженности ответа на подобное раздражение определяется через продолжительность и яркость клинических проявлений видимой реакции, оцениваемой во времени и по балльной системе.

Преобладание тонуса (симпатического или парасимпатического) вегетативной нервной системы можно

выявить с помощью специальных нагрузочных проб, позволяющих оценить отдельные стороны этой реакции. К пробам, характеризующим адренергическое влияние, можно отнести реакцию зрачка, ортостатическую, штриховую (белый дермографизм), кожно-сосудистую через дозированный электрофорез адреналина.

Характеристика холинергического отдела может быть обеспечена пробам: глазосердечной (Дайнины — Ашнера), клиностатической, штриховой (красный дермографизм), потоотделительной, кожно-сосудистой с дозированием электрофорезом карбахолина.

Все эти пробы, вместе взятые и выполненные применительно к фазам менструального цикла с интервалами не более 4—5 сут, могут дать объективную и достаточно чувствительную (на субклиническом уровне) оценку состояния вегетативной регуляции. Каждый врач, имея в своем распоряжении подобную характеристику, сможет составить правильный подбор точек РТ и метод воздействия на них. Контроль в процессе РТ и своевременная коррекция метода могут обеспечить положительный результат у большинства больных.

Выявление этой информации возможно в любых условиях работы врача: при высоком оснащении лечебного учреждения диагностической аппаратурой и при наличии у специалиста лишь собственных органов чувств. И в тех, и в других условиях должны присутствовать его предельно заостренное внимание, постоянное совершенствование логического мышления, ежедневная объективная оценка влияния рефлексотерапии и своевременная ее коррекция.

Первым положительным свойством РТ является способность к восстановлению систем регуляции гомеостаза, позволяющая широко использовать ее в целях реабилитации от болезни. Это подтверждается клиническими наблюдениями в акушерской и гинекологической практике, выявляющими более высокий процент восстановления специфических функций у женщин по сравнению с результатами медикаментозных и физиотерапевтических методов.

Вторым положительным качеством РТ следует отметить ее безвредность на всех стадиях развития беременности как для женщины, так и для ее плода.

Наш опыт лечения большой группы пациенток с эндокринным бесплодием, ранними токсикозами и угрозой прерывания беременности, получавших РТ-воздей-

ствии в моменты овуляции, оплодотворения яйцеклетки, имплантации и развития эмбриона в наиболее ранимый для него период, позволяет сделать вывод об отсутствии тератогенного влияния РТ.

Третья особенность рефлекторного лечения заключается в получении быстрого терапевтического эффекта, обусловленного скоростью рефлекса и возможностью наиболее ранней перестройки центральной вегетативной регуляции на восстановление физиологического уровня. Подобное теоретическое предположение подкрепляется клиническими фактами, указывающими на улучшение общего состояния больных, ослабление симптомов заболевания в процессе проведения лечебного сеанса.

Четвертая особенность РТ сводится к ее способности ослаблять и даже полностью ликвидировать аллергические осложнения при лечении медикаментами. Это свойство позволяет применить рефлекторное лечение в условиях непереносимости лекарственных средств. Кроме того, общее стимулирующее воздействие создает возможность при комбинированном лечении уменьшить дозировки медикаментозных препаратов до минимальных, находящихся в пределах половины и даже одной трети терапевтических доз.

Пятая особенность метода характеризуется его технической простотой и возможностью применения в амбулаторных условиях. Врач, владеющий навыками рефлекторной диагностики, определения топографии точек акупунктуры, постановки игл или других вариантов рефлекторного воздействия, может использовать его не только в плановой, но и в ургентной обстановке. Этот метод может оказаться очень полезным в целях реанимации и оказания первой помощи вне лечебных учреждений.

Шестой особенностью РТ является ее убедительная экономическая эффективность. Согласно расчетам З. М. Полянской и М. М. Орешенкова (1983), экономическая эффективность РТ определяется частным от деления достигнутого эффекта на произведенные на лечение затраты. Особенно заметная результативность выявляется на фоне лечения болезней с временной утратой трудоспособности. Ущерб при этом включает потери произведенной промышленной продукции, расходы на оплату больничных листов и на содержание стационарных и амбулаторных больных. Общая сумма

экономии может оказаться в пределах от нескольких десятков до сотен рублей на одну больную.

Совершенствование методов рефлексотерапии и их адаптация к условиям современной медицины включают ряд задач, из которых наиболее важными являются разработка методов рефлекторной диагностики, основанных на объективных физиологических закономерностях, разработка более результативных и стойких методов лечения болевого, эндокринных, иммунных и других синдромов. Важное значение приобретают вопросы рефлекторной профилактики.

Все эти проблемы имеют непосредственное отношение к акушерству и гинекологии, указывая на то, что рефлекторный метод лечения, имеющий большие традиции, нуждается в новых научных исследованиях в целях его теоретического обоснования и определения места в современной медицине.

За прошедший период становления и внедрения методов РТ в акушерско-гинекологической клинике Волгоградского медицинского института с 1978 г. по настоящее время проведено значительное количество наблюдений. Однако они не могут охватить все варианты возможной патологии половой системы у женщин. Поэтому мы сочли возможным поделиться в настоящей работе результатами тех наблюдений, которые оказались наиболее убедительными.

- Аль Асаф Юсеф.* Состояние вегетативной регуляции при нормальной родовой деятельности и ее аномалиях: Автореф. дисс. канд.— Волгоград, 1984.
- Билибин Д. П., Шевелев О. А., Смирнов И. В.* К механизму болевой афферентации электроаномальных структур.— В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике анестезиологии в хирургии, акушерстве и гинекологии и стоматологии. Волгоград, 1983, с. 109—113.
- Богданов Н. Н., Илюхина В. А., Тожинский А. М., Хан Ю. В.* Физиологическая характеристика биологически активных точек.— Физиология человека, 1979, № 1, с. 185—187.
- Брагин Е. О.* Нейрогуморальное обеспечение рефлекторной анальгезии.— В кн.: Итоги науки и техники, т. 29: Физиология человека и животных. М., 1985, с. 104—166.
- Василенко А. М.* Основные принципы адаптогенного действия рефлексотерапии.— В кн.: Итоги науки и техники, т. 29: Физиология человека и животных. М., 1985, с. 167—240.
- Вдовин С. В.* Нейро-эндокринные изменения при воспалениях гениталий: Автореф. дис. докт.— М., 1979.
- Вдовин С. В., Жаркин А. Ф.* К патогенезу воспаления женских половых органов.— Акуш. и гин., 1976, № 4, с. 4—6.
- Вельховер Е. С., Ромашов Ф. Н., Алексеев А. Н.* Иридодиагностика.— М.: Медицина, 1981.
- Вельховер Е. С., Кушир Г. В.* Экстерорецепторы кожи.— Кишинев: Штиинца, 1983.
- Вихляева Е. М.* Волемиические нарушения в акушерско-гинекологической практике и их коррекция.— М.: Медицина, 1977.
- Вогралик В. Г., Вогралик М. В.* Иглорефлексотерапия (пунктационная рефлексотерапия).— Горький, Волго-Вятское кн. изд-во, 1978.
- Гарджолене Ю. А., Василяускене Д. С.* Практика применения РТ в комплексном лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.— В кн.: Теория и практика РТ. Кишинев, 1981, с. 124.
- Горячев А. П.* Электроакупунктура в лечении больных с дискинезиями желчных путей.— В кн.: Теория и практика РТ. Кишинев, 1981, с. 126—128.
- Грищенко В. И.* Современные методы диагностики и лечения позднего токсикоза беременных.— М.: Медицина, 1977.
- Дуриная Р. А.* Атлас аурикулярной рефлексотерапии.— Ташкент: Медицина Узб. ССР, 1982.
- Дуриная Р. А.* Методологические проблемы рефлексотерапии.— В кн.: Итоги науки и техники. т. 29: Физиология человека и животных. М., 1985, с. 3—38.
- Дуриная Р. А., Решетняк В. К., Мейзеров Е. Е.* Электрофизиологический анализ особенностей активации центрального серого вещества при электропунктурной стимуляции.— Анестезиол. и реаниматол., 1982, № 2, с. 7—10.
- Егина Л. В.* Вегетативно-эндокринная регуляция молочных желез у больных миомой матки: Автореф. дис. канд.— Волгоград, 1983.
- Емельянов Э. А.* Состояние вегетативно-эндокринной регуляции функции молочных желез у беременных и родильниц с достаточной и сниженной лактацией: Автореф. дис. канд.— Волгоград, 1982.
- Жаркин Н. А.* Нарушение ранней лактации и ее коррекция методом электроакупунктуры.— Вопр. охр. мат. и дет., 1983, № 8, с. 68—70.

- Жаркин Н. А.* Применение рефлексотерапии при хронических неспецифических рецидивирующих сальпингоофоритах.— Акуш. и гин., 1984, № 8, с. 48—50.
- Жаркин А. Ф., Вдовин С. В., Пекарская Т. Н.* Способ лечения беременных с иммунным конфликтом: Авт. свид. № 1097329 (СССР).— Бюлл. изобр. и открытий, 1984, № 22.
- Жаркин А. Ф., Рылкова А. Н.* Способ стимуляции родовой деятельности: Авт. свид. № 1066599 (СССР).— Бюлл. изобр. и открытий, 1984, № 2.
- Жаркин А. Ф., Багмутова Л. Р., Гурова Л. Г. и др.* Рефлексотерапия некоторых болезней внутренних органов у беременных.— В кн.: Теория и практика рефлексотерапии: Тезисы докладов на IV Всесоюзн. конф. по рефлексотерапии. Л., 1984, с. 86.
- Заградский В. А., Парин В. В.* К вопросу о специфике структуры и об основных биофизических свойствах точек акупунктуры.— В кн.: Технические вопросы рефлексотерапии и системы диагностики. Калинин, 1982, с. 11—24.
- Закаталова Л. И.* Рефлексотерапия в послеоперационном периоде у больных миомой матки.— В кн.: Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии: Сборник трудов ВГМИ, т. 34, вып. 4. Волгоград, 1981, с. 100.
- Закаталова Л. И., Гаврилова А. С.* Изменения в сегментарных точках акупунктуры у больных миомой матки после гистерэктомии под влиянием рефлексотерапии.— В кн.: Рефлексотерапия в акушерстве и гинекологии: Сборник трудов ВГМИ, т. 33, вып. 4. Волгоград, 1981, с. 104.
- Зольников С. М., Лапик В. И., Полуянова Л. А. и др.* Рефлексотерапия как компонент комбинированного обезболивания при гинекологических операциях и кесаревом сечении.— В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике анестезиологии в хирургии, акушерстве и гинекологии и стоматологии. Волгоград, 1983, с. 109—113.
- Зольников С. М., Пономаренко Т. П., Блинов А. В.* Рефлексотерапия в комбинированном обезболивании во время оперативных вмешательств.— В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике анестезиологии в хирургии, акушерстве и гинекологии и стоматологии, Волгоград, 1983, с. 109—113.
- Кадржанова А. Б., Дробот В. И.* К обоснованию применения РТ при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.— В кн.: Теория и практика РТ. Кишинев, 1981, с. 121—122.
- Коршунова Н. В.* Рефлексотерапия болевого синдрома и восходящих вегетативных расстройств у больных хроническими аднекситами.— В кн.: Теория и практика рефлексотерапии: Тезисы докладов на IV Всесоюзн. конф. по рефлексотерапии. Л., 1984, с. 96.
- Крохина Е. М., Чувильская Л. М.* Опыт изучения вегетативной иннервации зон акупунктуры кожи человека.— В кн.: Теория и практика рефлексотерапии. Саратов, 1981, с. 71—76.
- Крыжановский Г. Н.* Генераторные механизмы центральных болевых синдромов и обезболивания.— Вестн. АМН СССР, 1980, № 9, с. 33—37.
- Кулаков В. И., Зак И. Р., Куликова Н. Н.* Послеродовые инфекционные заболевания.— М.: Медицина, 1984.
- Лапик В. И., Полуянова Л. А., Шаткина Г. В. и др.* Электропунктурное воздействие как метод преднаркозной подготовки при гинекологических операциях.— Анестезиол. и реаниматол., 1982, № 2, с. 10—13.

- Линдер Д. Г., Коган Э. М. Тучные клетки как регуляторы тканевого гомеостаза в ряду биологических регуляторов.— Арх. пат., 1976, № 8, с. 3—14.
- Матусис И. И. Витамины и авитамины.— М.: Медицина, 1975.
- Мачерет Е. Л., Самосюк И. З. Руководство по рефлексотерапии.— Киев: Вища школа, 1984.
- Мельникова М. Н. Изучение влияния РТ на биоэлектрическую активность желудка у больных язвенной болезнью.— В кн.: Теория и практика рефлексотерапии. Кишинев, 1981, с. 120—122.
- Монаенков А. М., Комаров В. М., Лебедева О. Д., Чудова Е. Л. Динамика системного кровообращения и его интегральная оценка по данным многопараметрического исследования при рефлексотерапии у больных с гипертонической болезнью.— В кн.: Материалы Всесоюз. конф. «Актуальные вопросы рефлексотерапии». Кишинев, 1981, с. 50—52.
- Московец О. Н., Дуринян Р. А. Представительство эфферентных нервов ушной раковины в каудальном ядре тригеминальной зоны.— Бюлл. exper. биол. и мед., 1980, № 5, с. 520—522.
- Мохачо С. М. Рефлекторная диагностика и терапия угрожающего прерывания беременности: Автореф. дис. канд.— Волгоград, 1983.
- Ненилина Т. М. Эффективность РТ при дискинезиях желчевыводящих путей.— В кн.: Теория и практика РТ. Кишинев, 1981, с. 125—126.
- Нечушкин А. И., Оганесян О. В. О роли энергетических кожных зон в процессах регулирования энергетического равновесия организма человека.— Ортопед. и травматол., 1977, № 7, с. 91—96.
- Патрасенко В. С. Магнитотроны. Каталог устройств на постоянных магнитах.— Новочеркасск: Б. и., 1982.
- Пекарская Т. Н. Влияние рефлексотерапии на иммунологическую реактивность и гормональный баланс при иммуноконфликтной беременности.— В кн.: Теория и практика рефлексотерапии: Тезисы докладов на IV Всесоюз. конф. по рефлексотерапии. Л., 1984, с. 133.
- Персианинов Л. С., Каструбин Э. М., Расстригин Н. Н. Электроаналгезия в акушерстве и гинекологии.— М.: Медицина, 1978.
- Портнов Ф. Г. Электропунктурная рефлексотерапия.— Рига: Зинатне, 1980.
- Приказ МЗ СССР № 266 от 17.03.76 г. Приложение № 4.
- Приказ МЗ СССР № 106 от 10.03.59 г.
- Расстригин Н. Н. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии.— М.: Медицина, 1978.
- Решетняк В. К. Нейрофизиологические основы боли и рефлекторного обезболивания.— В кн.: Итоги науки и техники, т. 29: Физиология человека и животных. М., 1985, с. 39—103.
- Смирнов В. М. Клинико-физиологический анализ церебральных механизмов фантомно-болевого синдрома и принципов его лечения методом электрических воздействий на глубокие образования мозга.— Вестн. АМН СССР, 1980, № 9, с. 70—75.
- Соболева Т. А., Жаркин А. Ф. Рефлексотерапия климактерического синдрома.— Акуш. и гин., 1981, № 7, с. 35—36.
- Стояновский Д. Н. Иглорефлексотерапия: Справочник-атлас.— Кишинев: Карта Молдовенияске, 1981.
- Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии.— М.: Медицина, 1980.
- Ткаченко Л. В. Влияние рефлексотерапии на уровень половых стероидных гормонов при эндокринном бесплодии у женщин.— В кн.:

- Теория и практика рефлексотерапии: Тезисы докладов на IV Всесоюзн. конф. по рефлексотерапии. Л., 1984, с. 160.
- Тыкоцинская Э. Д. Основы иглорефлексотерапии.— М.: Медицина, 1979.
- Уманская А. А. Способ лечения острых вирусных респираторных заболеваний и их осложнений: Авт. свид. № 793577 (СССР).— Бюлл. изобр. и открытий, 1981, № 1.
- Усова М. К., Морозов С. А. Краткое руководство по иглоукальванию и прижиганию.— М.: Медицина, 1974.
- Фофанов С. И. Кожно-вегетативные изменения в передней брюшной стенке при нормальной беременности и некоторых ее осложнениях: Автореф. дис. канд.— Ставрополь, 1968.
- Хайтин В. М. Механизмы ноцицепции и антиноцицептивная система ромбовидного мозга.— Вестн. АМН СССР, 1980, № 9, с. 26—33.
- Храпов В. С. К изучению механизмов возбуждения и торможения периферической локальной боли у человека.— Вестн. АМН СССР, 1980, № 9, с. 44—47.
- Частная сексопатология, т. II / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.
- Цыбуляк В. Н. Рефлексотерапия в клинической анестезиологии.— Ташкент: Медицина Узб. ССР, 1985.
- Шаткина Г. В., Славуцкая М. В., Ильина Л. В., Устинова А. К. Влияние рефлекторной аналгезии на функциональное состояние ЦНС роженицы и сердечной деятельности плода в I периоде своевременных родов.— В кн.: Теория и практика рефлексотерапии: Тезисы IV Всесоюзн. конф. по рефлексотерапии. Л., 1984, с. 171—174.
- Шехтман М. М. Заболевания почек и беременность.— М.: Медицина, 1980.
- Шехтман М. М., Бархатова Т. П. Заболевания внутренних органов и беременность.— М.: Медицина, 1982.
- Bischko I. I.* Einführung in die Akupunktur.— Heidelberg, 1970.
- Fava A., Bongiovanni A., Frassoldati P.* Terapia agopunturale dell'ipogalattia.— *Minerva med.*, 1980, v. 71, N 51, p. 3747—3752.
- Hyodo M. D., Geda O.* Use of acupuncture anesthesia for normal delivery.— *Am. J. Clin. Med.*, 1977, v. 5, p. 63—69.
- Lebarbier A.* L'acupuncture pratique.— *Maisonneuve; Sainte-Ruffine*, 1975.
- Luo C. P.* Role of limbic system in acupuncture anesthesia.— *J. Showa med. Ass.*, 1979, v. 39, N 5, p. 559—568.
- Nguyen Van Nghi, Mai Van Dong, Ulderica Lansa.* Theorie et pratique de l'analgesie par l'acupuncture.— *Marseille*, 1974.
- Niboyet J. E. H.* Ystologia dei punti cinesi in microscopia elettronica implicazioni neurofisiologiche.— *Riv. ital. Agopunt.*, 1982, v. 15, N 44, p. 15—24.
- Niboyet J. E. H., Jarricot H., Vallette C.* Gynecology, Obstetrique. Therapeutique par Acupuncture.— *Paris; Marseille*, 1981.
- Oka et al.* Effect of acupuncture or periaqueduct central gray stimulation on noxious responses in brain stem reticular formation neurons.— *J. Showa med. Ass.*, 1979, v. 39, N 5, p. 569—580.
- Plummer J. P.* Anatomical findings at acupuncture loci.— *Am. J. clin. Med.*, 1980, v. 8, N 1—2, p. 170—180.
- Schmidt H.* Akupunktur-Therapie.— *Stuttgart*, 1982.
- Sedane M.* Vascularisation et innervation du pavillon de Poreille leurs relations avec l'auriculotherapie.— *These Univ. de Montpellier*, 1974.

- Seki H.* Influence of music on memory and education and the application of its underlying principles to acupuncture.— *Acupunct. electrother. Res.*, 1983, v. 8, N 1. p. 1—16.
- Takase K.* Revolutioner new pain theory and acupuncture treatment procedure based on new theory of acupuncture mechanism.— *Am. J. Acupuncture*, 1983, v. 11, N 4, p. 305—323.
- Takeshige C.* Afferent pathway of acupuncture analgesia to limbic system and its correlation with morphine analgesia.— *Neurosci. Letters*, 1980, suppl. 4, p. 76.
- Umlauf R.* Ober den Wirkungsmechanismus und die Bedeutung einzelner Akupunkturmethoden.— *Dtsch. Z. Akupunkt.*, 1982, Bd. 25, N 1, S. 10—14.
- Zhang K.* A morphological study on the receptors of acupuncture points.— *J. tradit. chin. Med.*, 1982, v. 2, N 4, p. 251—260.
- Warren F. Z.* *Handbook of Medical acupuncture.*— N. Y., 1976.
(Warren F.). *Уоррен Ф.* Медицинская акупунктура: Пер. с англ.— Киев: Вища школа, 1981.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| Предисловие | 3 |
| Условные сокращения | 6 |
| Общая часть | 7 |
| Анатомия и физиология точек акупунктуры | 8 |
| Рефлекторная диагностика | 11 |
| Методические основы рефлексотерапии | 33 |
| Специальная часть | 39 |
| Акушерство | 39 |
| Рефлексотерапия при акушерских осложнениях | 40 |
| Рефлексотерапия экстрагенитальных заболеваний у беременных | 61 |
| Рефлексотерапия в родах | 81 |
| Рефлексотерапия в послеродовом периоде | 90 |
| Гинекология | 100 |
| Рефлексотерапия гинекологических заболеваний в детском возрасте и в периоде полового созревания | 100 |
| Рефлексотерапия гинекологических заболеваний в репродуктивном возрасте | 104 |
| Рефлексотерапия в климактерическом периоде | 122 |
| Анестезиология в акушерстве и гинекологии | 124 |
| Рефлекторное обезболивание родов | 124 |
| Рефлекторное обезболивание при акушерских и гинекологических операциях | 129 |
| Рефлексотерапия в послеоперационном периоде | 140 |
| Заключение | 144 |
| Список литературы | 153 |

Монография

**АЛЕКСАНДР ФЕДОРОВИЧ ЖАРКИН,
НИКОЛАЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ ЖАРКИН**

**Рефлексотерапия
в акушерстве
и гинекологии**

Зав. редакцией *Р. С. Горяинова*

Редактор *И. Т. Рябцева*

Художественный редактор *Н. Д. Наумова*

Обложка художника *В. Н. Нефедова*

Технический редактор *Т. И. Бугрова*

Корректор *Р. И. Гольдина*

ИБ № 4151

Сдано в набор 23.02.87. Подписано к печати 15.12.87. М-44298. Формат бумаги 84X 108'/32- Бумага книжно-журнальная. Печать высокая. Усл. печ. л. 8,4. Усл. кр.-отг. 8,72. Уч.-изд. л. 9,07. Тираж 25 000 экз. Заказ № 869. Цена 60 к. Ленинград, ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Ленинградское отделение. 191104, Ленинград, ул. Некрасова,

д. 10.

Ордена Октябрьской Революции, ордена Трудового Красного Знамени Ленинградское производственно-техническое объединение «Печатный Двор» имени А. М. Горького Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 197136,- Ленинград, П-136, Чкаловский пр., 15,