

5. Чонжинимаева С.Г., Радзиевский С.А. Фролков В.К., Семенова Л.Г. Раднаев В.Б. Сравнительное исследование эффективности применения инвазивных и неинвазивных методов рефлексотерапии при хронических заболеваниях // Рефлексотерапия. 2006; 2: 56–59.

6. Бобровницкий И.П., Бадалов Н.Г., Уянаева А.И., Тупицына Ю.Ю., Яковлев М.Ю., Максимова Г.А. Биотропные погодные условия и изменение времяисчисления как внешние факторы риска погодообусловленных обострений хронических заболеваний // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2014; 4: 26–32.

7. Радзиевский С.А. Адаптивные механизмы саногенетического действия рефлексотерапии. Здоровье здорового человека. Научные основы восстановительной медицины. – М., 2007: 448–452.

8. Радзиевский С.А., Бобровницкий И.П., Солодов-

никова Т.С., Агасаров Л.Г., Бокова И.А., Орехова Э.М., Кончугова Т.В., Лукьянова Т.В. Механизмы стресс-лимитирующего, органо- и сосудодилататорного действия рефлексотерапии [Электронный ресурс]. Russian journal of rehabilitation medicine. – 2013. – №1 (01.06.2013).

9. Тарнуев В.А., Радзиевский С.А., Кукес В.Г., Семенова Л.Г. Применение методов традиционной медицины при лечении бронхиальной астмы среднетяжелого течения. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2001; 2: 23–25.

Адрес автора

Д.м.н., профессор Агасаров Л.Г.

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии» МЗ РФ (г.Москва)

mvmik@inbox.ru

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КАРДИАЛГИЙ В ПЕРИМENOПАЗУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

М.В. Тюшина¹, В.В. Малаховский²

¹ГБУЗ «Городская поликлиника №22 Департамента здравоохранения г. Москвы»,

²ГБОУ ВПО Первый МГМУ им И.М.Сеченова (г. Москва)

Application of acupuncture methods in diagnosis and treatment of cardialgias in perimenopausal period

M.V. Tushina¹, V.V. Malakhovskiy²

¹City polyclinic №22 Moscow Department of Healthcare (Moscow, Russia),

²I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Moscow, Russia)

РЕЗЮМЕ

Кардиалгии у женщин в перименопаузальном периоде имеют различную этиологию и требуют тщательной диагностики и разностороннего лечения. Аудиоудиодиагностика помогает выявлять нарушения в различных системах органов, а иглотерапия позволяет воздействовать на весь спектр обнаруженных отклонений, значительно снижает выраженность психо-вегетативных нарушений и болевого синдрома, что особенно значимо для лечения пациенток с имеющейся непереносимостью или противопоказаниями для проведения медикаментозной терапии.

Ключевые слова: кардиалгии, рефлексотерапия, менопауза.

RESUME

Cardialgia among women of the perimenopausal period has different etiology and requires careful diagnosis and comprehensive treatment. Auriculodiagnosis helps to detect disturbances in various organ systems, acupuncture can influence the whole spectrum of the detected abnormalities, significantly reducing the severity of psycho-vegetative disorders and pain, which are particularly important for the treatment of patients with intolerance or contraindications for available drug therapy.

Keywords: cardialgia, reflexology, menopause.

ВВЕДЕНИЕ

Проблема кардиалгий климактерического периода у женщин на сегодняшний день про-

должает оставаться актуальной, требующей тщательного изучения и поиска эффективных решений. По имеющимся данным [18], к 2020

году число женщин, находящихся в менопаузальном периоде, составит 47 млн. А поскольку проявления климактерических изменений в организме захватывают возрастную промежуток от 35 до 55 лет, т.е. возраст максимальной профессиональной зрелости и мастерства, становится понятной важность проблемы в социально-экономическом аспекте.

Еще одна причина, по которой кардиалгии в менопаузальном периоде требуют к себе особого внимания, состоит в необходимости четкой дифференцировки болевого синдрома в области грудной клетки, вызванного изменением гормонального статуса, от болевого синдрома, обусловленного патологией коронарных сосудов сердца. Схожая клиническая картина и наличие изменений на электрокардиограмме (ЭКГ) могут послужить причиной постановки неверного диагноза, а, следовательно, и назначения некорректного и неэффективного лечения. «Сама по себе проблема кардиалгии связана, прежде всего, с гипердиагностикой коронарной патологии, ведущей к запугиванию пациентов, напрасной гепаринизации больных, переводу на инвалидность в связи с ошибочно диагностированным инфарктом миокарда людей, которые при правильном подходе не нуждались даже в больничном листе, назначении не нужных лекарств» [4].

Как показывает статистика, среди общего числа пациентов с жалобами на боль в области сердца ишемическая болезнь сердца (ИБС) диагностируется в 15–34 % случаев [7], в 28 % выявляются доброкачественные скелетно-мышечные боли [16], Рысс Е.С. [12] констатирует, что в 50 % случаев кардиалгия, не связанная с ишемической болезнью сердца, обусловлена патологическим гастроэзофагеальным рефлюксом. Также, по данным литературы, от единичных наблюдений до 60 % случаев, практическим врачам приходится сталкиваться холецистокардиальным синдромом у данной категории пациентов [5]. Климактерическая кардиопатия в 71,4–88,9 % случаев протекает с кардиалгическим синдромом [9]. По имеющимся данным, при наличии болей в области сердца с неизменными при этом коронарными артериями, в 37–43 % у пациентов выявляются признаки панических расстройств [2]. Помимо этого, психовегетативные нарушения могут сопутствовать соматической патологии, усугубляя течение основного заболевания, либо выходят на первый план как причина кардиалгического синдрома. В связи с этим, в 80 % кардиалгий различного генеза присутствует психогенный фактор.

Главный вывод, который следует сделать, исходя из выше приведенных данных, состоит в том, что кардиалгии у женщин перименопаузального периода требуют всестороннего обследования и подбора комплексной терапии с учетом всех патогенетических факторов.

В настоящее время климактерический период принято подразделять на четыре фазы: пременопауза, менопауза, перименопауза, постменопауза [11]. Пременопауза связана с началом снижения функции яичников, характеризуется увеличением частоты ановуляторных циклов, изменением длительности менструального цикла. Менопауза – последняя самостоятельная менструация у женщины. Дату менопаузы устанавливают спустя 12 месяцев отсутствия менструации. Перименопаузой называется период от проявления первых симптомов эстроген-дефицитного состояния до двух лет после последней самостоятельной менструации, после чего наступает постменопауза, заканчивающаяся в 65–69 лет [19].

Менопауза связана с инволюционными процессами, происходящими в организме женщины и её репродуктивной системе, в основе чего лежит возрастная гормональная перестройка в гипоталамо-гипофизарной структуре головного мозга, влекущая за собой необратимые изменения циклической функции гипофиза и, как следствие, изменения в функции яичников [1].

Универсальным гормональным признаком периода пременопаузы является повышенный уровень гонадотропинов (особенно фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) более 20 мЕ/л) в плазме крови и резкое снижение, а впоследствии и дефицит эстрогенов в периферической [10].

Для постменопаузы характерны следующие гормональные критерии: низкий уровень эстрадиола (< 80 пмоль/л); высокое содержание ФСГ; индекс лютеинизирующий гормон/фолликулостимулирующий гормон (ЛГ/ФСГ) менее единицы; величина соотношения эстрадиола/эстрон менее единицы; возможна относительная гиперандрогения; низкий уровень ингибина [11].

Учитывая тот факт, что согласно имеющейся информации, различные типы эстрогенных, прогестероновых и андрогенных рецепторов расположены не только в органах-мишенях (матке, молочных железах), но и центральной нервной системе, клетках костной ткани, сосудистом эндотелии, соединительной ткани, уrogenитальном тракте, в слизистых оболочках, а также в миокардиоцитах, становится понятным, что дефицит половых гормонов вызывает изменения во всех этих органах [13].

Гормональные изменения в климактерии, как правило, проявляются комплексом вегетососудистых, обменно-эндокринных, психоэмоциональных нарушений до тех пор, пока организм не адаптируется к новому состоянию дефицита эстрогенов.

Одним из наиболее известных и распространенных ранних проявлений климактерического периода является климактерический синдром (КС), проявляющийся вазомоторными жалобами – «горячими приливами» и потоотделением. Выделяют три формы клинического течения КС: типичную, осложненную и атипичную. К последней относится климактерическая миокардиодистрофия. При этом пациентки предъявляют жалобы на боль в области сердца, не связанные с физической нагрузкой и не купирующиеся после приема нитроглицерина. На ЭКГ регистрируется нарушения реполяризации, как правило, преходящего характера – зубец Т может быть сглаженным, уплощенным, отрицательным; чаще всего вышеописанные изменения визуализируются в правых (V1 - V3) и левых (V4-V5) грудных отведениях; сегмент ST может быть смещен вниз от изолинии, но не более чем на 1 мм, в то же время амплитуда его колебаний составляет 1–20 мм. Алгоритм обследования данной категории больных включает в себя комплекс лабораторных и инструментальных исследований: ЭКГ, суточное ЭКГ по методу Холтера, нагрузочная проба – велоэргометрия, исследование липидного и углеводного обмена, а также уровней половых гормонов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить эффективность применения методов рефлексотерапии при лечении кардиалгий перименопаузального периода.

Задачи исследования

1. Оценить данные клинических и инструментальных методов обследования.
2. Провести оценку психо-эмоционального и вегетативного статуса пациентов, и степени выраженности климактерического и болевого синдромов.
3. Провести обследование методами аурикулодиагностики.
4. Оценить эффективность методов рефлексотерапии при лечении кардиалгий перименопаузального периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Группу обследования и лечения составили 43 женщины перименопаузального периода 45–65 лет с умеренно выраженным климакте-

рическим синдромом и наличием кардиалгического синдрома без признаков ИБС (по данным ЭКГ, ЭхоКГ, суточного мониторинга ЭКГ и пробе с физической нагрузкой).

Проводилось рентгенологическое исследование шейного и грудного отделов позвоночника, ультразвуковое исследование брюшной полости и органов малого таза, эзофагогастро-дуоденоскопия, клинические анализы крови и мочи, определение гормонального профиля.

Были выявлены следующие сопутствующие заболевания, имеющие клиническую значимость:

1. Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника – 43 человека (100 %).
2. Дискинезия желчевыводящих путей – 25 человек (58,1 %).
3. Гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь – 10 человек (23,3 %).

Психоземональное состояние оценивалось с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (0–7 баллов – норма, 8–10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и выше – клинически выраженная тревога/депрессия). Вегетативный статус определялся путем расчета индекса Кердо (индекс равен 0 – эйтония, меньше нуля – парасимпатикотония, больше нуля – симпатикотония).

Выраженность менопаузального синдрома оценивалась по результатам расчета менопаузального индекса Куппермана (12–34 балла – слабая степень выраженности, 35–58 баллов – умеренная, больше 58 – тяжелая),

Применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ) для определения выраженности боли в области грудной клетки (0 баллов – нет боли, 1–3 балла – слабая боль, 4–6 баллов – умеренная боль, 7–10 баллов – интенсивная боль).

Аурикулодиагностика: с помощью металлического диагностического щупа производилось надавливание в различных проекционных зонах ушной раковины. Оценивалась степень болезненности в данной области, окраска и состояние кожных покровов. Диагностически значимыми являлись: выраженная болезненность или отсутствие чувствительности при надавливании на точку, наличие в ней гиперемии, уплотнений, проявленных капиллярных сосудов [8].

Дополнительно использовалась пульсовая диагностика на лучевых артериях. Оценивалась степень наполненности пульсовой волны в диагностических точках на обеих руках [3].

Лечение проводилось металлическими иглами для корпоральной акупунктуры, ме-

таллическими шариками для цубо-терапии на ушной раковине.

Результаты диагностики

1. Оценка вегетативного статуса. Данные индекса Кердо:

- эйтонический тип вегетативной регуляции – 21 человек (48,8 %);
- симпатический тип вегетативной регуляции – 13 человек (30,2 %);
- парасимпатический тип вегетативной регуляции – 9 человек (20,9 %).

2. Оценка психоэмоционального состояния (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS):

- субклинически выраженная тревога/депрессия – 29 человек (67,4 %);
- отсутствие симптомов тревоги/депрессии – 8 человек (18,6 %);
- клинически выраженная тревога/депрессия – 6 человек (14 %).

3. Гормональный статус:

- снижение уровня эстрадиола 22 человека (51,2 %);
- снижение прогестерона – 43 человека (100 %);
- повышенный уровень лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормона – 43 человека (100 %).

4. Оценка выраженности менопаузального синдрома по индексу Куппермана:

- умеренная степень (35–58 баллов) – 28 человек (65,1 %);
- слабая степень (12–34 балла) – 15 человек (34,9 %).

5. Нарушение процессов реполяризации не коронарогенного происхождения на ЭКГ – 15 человек (34,9 %)

6. Оценка болевого синдрома по ВАШ (визуально-аналоговой шкале):

- 4–6 баллов – 37 человек (86 %);
- 7–10 баллов – 3 человека (7 %);
- 1–3 балла – 3 человека (7 %).

7. Аурикулодиагностика: выявлены изменения в точках 55, 34, 26а, 29, 22, 23, 28, 45, 100, 42, 19, 53, 87, 88, 96 и 97 справа, 58, 95, 37, 39

8. Пульсовая диагностика:

- «пустота» канала перикарда в сочетании

с «полнотой» канала тонкой кишки и тройного обогревателя – 16 человек (37,2 %);

– «пустота» канала селезенки с «полнотой» в канале желудка – 14 человек (32,6 %);

– «пустота» канала печени с «полнотой» канала желчного пузыря – 13 человек (30,2 %).

Вышеприведенные данные свидетельствуют, что климактерический синдром может протекать в различных вариантах и со многими сопутствующими заболеваниями, что требует индивидуального подхода при лечении данной категории больных.

Лечение

Всем пациенткам был проведен 10-дневный курс корпоральной и аурикулярной иглорефлексотерапии (5 дней – ежедневно, 2 дня – перерыв, 5 дней – ежедневно). Точки выбора – местные, сегментарные, отдаленные, с учетом ведущей и сопутствующей патологии. На период 2-х дневного перерыва корпоральной иглотерапии применялась цубо-терапия на ушных раковинах.

Были использованы точки канала сердца (С3, С4), перикарда (МС6), тонкого кишечника (IG1, IG2, IG11), тройного обогревателя (TR3, TR7, TR15), почек (R3, R6), мочевого пузыря (V14, V15, V17, V18, V20, V23, V43, V60, V66), легких (P5, P9), толстого кишечника (GI4, GI11), селезенки (RP4, RP6, RP10), желудка (E25, E36), печени (F3, F13), желчного пузыря (VB 34, VB43), переднесрединного канала (VC12, VC15, VC17, VC18), заднесрединного канала (VG14).

Аурикулярные точки: 55, 34, 26а, 29, 22, 23, 28, 45, 100, 42, 19, 53, 87, 88, 96 и 97 справа, 58, 95, 37, 39 с учетом степени гипералгезии, выявленной при диагностике.

Результаты лечения

Эффективность терапии оценивалась по:

- динамике выраженности климактерического синдрома (индекс Куппермана);
- уменьшению выраженности болевого синдрома (визуально аналоговая шкала ВАШ);
- степени регресса тревоги и/или депрессии (госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS) на фоне проведения рефлексотерапии.

На фоне лечения отмечается снижение значений индекса Куппермана до слабой степени выраженности в 23,3 % случаев (10 человек).

Уменьшение выраженности болевого синдрома наблюдалось в 95,3 % случаев (41 человек). Из них у 4,7 % (2 пациентки) уро-

Таблица 1

Динамика показателей индекса Куппермана по результатам терапии, %

Тест	Баллы	Количество пациентов/% случаев		
		до лечения	5-й день лечения	после лечения
Индекс Куппермана	12–34	34,9 % (15 чел.)	46,5 % (20 чел.)	58,1 % (25 чел.)
	35–58	65,1 % (28 чел.)	54,5 % (23 чел.)	41,9 % (18 чел.)

вень боли снизился от сильной к умеренной, а в 86 % (37 пациенток) умеренная боль уменьшилась до уровня слабой.

Отмечается положительная динамика психоэмоционального состояния в 93 % случаев (40 человек). Клинически выраженный уровень тревоги/депрессии, выявленный у 6 человек снизился до субклинического у 2 пациенток уже к пятому дню терапии, а к концу лечения у 3. Из 29 человек с субклинически выраженной тревогой/депрессией, выявленной в начале, при завершении терапии отмечались нормальные показатели тестирования у 20.

При аурикулодиагностике отмечалось уменьшение болезненности в ранее выявленных зонах гипералгезии.

Пульсовая диагностика: «выравнивание» в каналах, в которых был обнаружен дисбаланс перед началом терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, продемонстрировано позитивное влияние рефлексотерапии на болевые и психоэмоциональные симптомы у женщин в перименопаузальный период, что особенно актуально для пациенток с имеющимися противопоказаниями для медикаментозной терапии. Так как кардиалгии в данной возрастной категории могут быть полиэтиологичны, рефлексотерапия является одним из оптимальных методов лечения, потому что она позволяет оказывать воздействие сразу на несколько функциональных систем организма, в которых имеются нарушения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабичев В.Н. Нейроэндокринология репродуктивной системы // Пробл. эндокринологии. – 1998. – №1. – С.3–13.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение. – М.: Медицинское Информационное Агентство, 2003. – С.14–170
3. Вогралик В.Г., Вогралик М.В. Акупунктура. Основы традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адаптационно-энергезирующей терапии: ци-гун. – М.: ГОУ ВУНМЦ РФ, 2001. – 336 с.
4. Воробьев А. И., Кардиалгии. – М.: НЬЮДИАМЕД, 2008 – 17 с.
5. Гриднев А.Е. Холецистокардиальный синдром: Здоровье Украины, институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, Харьков. 2006. – № 24/1 декабрь.
6. Киселева Т.Л., Чепков В.Н., Карпеев А.А. Традиционные медицинские системы мира в России. – М., 2000. – С.14–18.

Таблица 2

Динамика показателей ВАШ по результатам терапии, %

Тест	Баллы	Количество пациентов/% случаев		
		до лечения	5-й день лечения	после лечения
ВАШ	1–3	7 % (3 чел.)	16,3 % (7 чел.)	65,1 % (28 чел.)
	4–6	86 % (37 чел.)	79 % (34 чел.)	30,3 % (13 чел.)
	7–10	7 % (3 чел.)	4,7 % (2 чел.)	4,7 % (2 чел.)

Таблица 3

Динамика показателей HADS по результатам терапии, %

Тест	Баллы	Количество пациентов/% случаев		
		до лечения	5-й день лечения	после лечения
HADS	0–7	18,6 % (8 чел.)	34,9 % (15 чел.)	65,1 % (28 чел.)
	8–10	67,4 % (29 чел.)	55,9 % (24 чел.)	27,9 % (12 чел.)
	11 и выше	14 % (6 чел.)	9,3 % (4 чел.)	7 % (3 чел.)

7. Маев И.В., Юренев Г.Л., Боли в области сердца, не связанные с кардиальной патологией. Причины, механизмы и тактика врача // Consilium medicum. – 2011. – Том 5. – №2. – С.10.

8. Михайлова А.А. Компьютерная диагностика и аурикулотерапия в клинической практике. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 208 с.

9. Мкртчян В.Р. Вторичные кардиомиопатии дисовариального генеза: особенности патогенеза, диагностики и лечения: автореф. дис. д-р мед. наук / МГМСУ – М. – 2008. – С.17–21.

10. Прилепская В.Н., Царева Н.В. Менопауза: возможности заместительной гормонотерапии // Русский мед. журн. – Т.6. – №8. – 2005. – С.501–504.

11. Руководство по климатерию / Под ред. В.П. Сметник, В.И. Кулакова. – М.: МИА, 2001. – 685 с.

12. Рысс Е.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. – Мир медицины. 1998. – №6. – С.32–77.

13. Сергеев П.В., Шимановский Н.А. Рецепторы физиологически активных веществ. – М.: Медицина, 1987. – 207 с.

14. Фисенко Л.А. Акупунктура в клинической практике. – М., 1993. – сс.78–93.

15. Яроцкая Э.П., Федоренко Н.А., Нарыжная Е.В. Традиционная восточная медицина. – М.: Аст, Торсинг, 2005. – 382 с.

16. Ярошевский А.А., Морозова О.Г. Скелетно-мышечные боли в области грудной клетки как междисциплинарная проблема, газета «Новости медицины и фармации», неврология (тематический номер), 2012. – №405.

17. Blumencron B., Zellhofer K. Handbuch der Sanften Medizin // Wien, Austria, 2003, p.56–69.

18. Samsioe G. Medical and surgical Strategies for treating urogynecological disorders // Int. J. Fertil. – 1996. – V.2, 41(2). – P.136–141.

19. Stuenkel C.A. Perimenopause // Curr Ther. Endocrinol. Metab. – 1997. – N6. – P.270–274.

Адрес автора

Д.м.н. Малаховский В.В., профессор кафедры нелекарственных методов лечения и клинической физиологии.
tulgu@mail.ru