

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
КІЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ім. П.Л.ШУПИКА
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА АКАДЕМІЯ ТРАДИЦІЙНОЇ
СХІДНОЇ МЕДИЦИНІ ТА КУЛЬТУРИ
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ АКУПУНКТУРИ ТА ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ УАНМ
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНІ

ТЕОРЕТИЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ І НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНІ

МАТЕРІАЛИ
ДРУГОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

(Київ, 7—8 жовтня 2005 року)

Київ — 2005

доровителльному и лечебному методу, как акупунктура. Это связано с целым рядом объективных и субъективных факторов, среди которых наиболее значимыми следует назвать следующие: инвазивность воздействия, риск инфекционных осложнений, недостаток информации и др..

Успехи медицинских и биологических наук (метамерность организации соматической и вегетативной систем, существование афферентных вегетативных волокон [5], учение о медиаторных системах, антиноцицептивная теория [1] и т.д.) позволяют объяснить эффекты акупунктуры не только с позиций традиционной Восточной медицины, но и с позиций доказательной медицины [3, 6].

Как известно, рефлекторные реакции кожного покрова человека, основного участника взаимодействия организма с внешней средой [4], возникают в ответ на действие различных агентов: физических, химических, электрических, волновых и т.п. Характер ответной реакции зависит от вида и интенсивности воздействия, функционального состояния организма и ряда других моментов [2]. Установлено, что наиболее адекватны те воздействия, параметры которых находятся в физиологических пределах, присущих организму. При этом биологически активными зонами будут поглощаться преимущественно те виды энергии, дефицит которых испытывает организм на момент воздействия. И чем больше различных по виду воздействий будет приложено к рефлекторной зоне кожи, тем больше возможности для энергетического насыщения будет иметь организм.

Во многом этим требованиям отвечает созданный на основе представлений традиционной Китайской медицины аппликатор доктора Н.Г.Ляпко. Взяв за основу метод воздействия пучком игл (мэй-хуа-чжэн) [3], он предложил использовать иглы из различных металлов, которые в качестве микроэлементов играют важную роль в обменных процессах организма (железо, медь, цинк, никель, серебро), поместив их на резиновую основу. Это способствовало увеличению эффектов при воздействии на кожный покров: непосредственно механическое воздействие специально заточенными иглами, исключающими повреждение кожи; электрическое воздействие микротоками, возникающими между иглами ввиду разности потенциалов; гальваническая диффузия микроэлементов; электрические поля малой интенсивности.

Простота применения, минимальный риск осложнений, высокая эффективность позволяют использовать аппликаторы при многих патологических состояниях. Различные формы и размеры, разнообразные приемы фиксации дают возможность дозированного воздействия на кожный покров, вплоть до многочасовой стимуляции. Отмеченная простота и безопасность метода позволяют широко рекомендовать его для самостоятельного использования пациентами в домашних условиях (только 7 % больных имеют возможность доступа к врачу иглотерапевту) для устранения боли при хронических заболеваниях, повышения адаптивных функций организма, профилактике заболеваний, что дает возможность исключить или уменьшить дозу лекарственных препаратов.

Многолетний опыт применения аппликаторов в условиях неврологической клиники подтвердил его высокую эффективность при неврологических синдромах остеохондроза, эмоциональных нарушениях, различных вегетативных алгических синдромах, астенических состояниях.

Список літератури

1. Иваничев Г.А. Механизмы акупунктуры. — Казань, 2004. — 144 с.
2. Котенева В.М. Нейрорефлекторные концепции лечебного действия иглоукалывания (акупунктуры) // Рефлексология. — 2003. — № 1. — С 17—23.
3. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. — К.: «Вища школа», 1989. — 479с.

4. Могенович М.Р., Темкин И.Б. Анализаторы и внутренние органы. — М.: «Высшая школа», 1971. — 224 с.
5. Судаков Ю.Н., Берсенев В.А., Торская И.В. Метамерно-рецепторная рефлексотерапия. — К.: «Здоров'я», 1986. — 216 с.
6. Шнорренберг К.К. Терапия акупунктурой. — М.: «Balbe», 2003. — Т.1. — С. 328—360.

Резюме

Обосновывается преимущество использования методик иглотерапии, в частности поверхностной акупунктуры. В частности представлены механизмы действия, клинические эффекты и преимущества применения многоигольчатых разнометаллических аппликаторов Н.Ляпко.



ПОВЕРХНОСТНАЯ МНОГОИГОЛЬЧАТАЯ ИГЛОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВОТОКА В ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

**Луцкий И.С., Ляпко Н.Г., Евтушенко С.К., Бачурина Е.В.,
Гончарова Я.А., Коломийченко Е.Б., Коржуков Н.В.**

Основу лечебных мероприятий современной медицины составляют лекарственные препараты, преимущественно химического производства. Отдавая данные их эффективности, следует отметить увлечение полипрагмазией, рост аллергизации населения, частое побочное действие на внутренние органы и системы, засилие фармацевтического рынка некачественной продукцией. В этой связи в последние годы вновь возрос интерес к безмедикаментозным методам лечения и главным образом к иглотерапии. Озабоченность населения проблемами ВИЧ инфекции, гепатита, прионовыми болезнями обозначает приоритетными неинвазивные методики иглотерапии, в частности поверхностное иглоукалывание. К разновидностям поверхностной иглотерапии относятся методика поверхностной многоигольчатой разнометаллической иглотерапии, предложенной доктором Н. Ляпко. В основе методики лежит использование аппликаторов, иглы которых изготовлены из различных металлов, традиционных для классической акупунктуры — медь, железо, цинк, серебро, никель [1]. Это привело к увеличению эффектов многоигольчатого воздействия, из которых основными являются [2]: непосредственно механическое раздражение рецепторного аппарата кожного покрова, возникновение электрического тока малой (физиологической) величины между иглами из различных микроэлементов, депо микроэлементов непосредственно в коже[3]), электрические поля малой интенсивности. Изучали динамику скорости кровотока (СК) по позвоночным артериям (ПА) при воздействии многоигольчатыми разнометаллическими аппликаторами (МРА) Н.Ляпко у больных унковертебральным артрозом с синдромом позвоночной артерии. Показатели кровотока исследовали методом ультразвуковой допплерографии (УЗДГ).

Обследовано 48 больных в возрасте от 26 до 52 лет (женщин 30). Основными жалобами были боли в шейно-затылочной области, чаще односторонние, со склонностью к распространению на половину головы вплоть до глазного яблока; шум в ушах, чаще на стороне боли, головокружение, чаще несистемного характера; боли усиливались при поворотах головой. Всем больным проведена Рентгенографическое исследование шейного отдела позвоночника в 2-х проекциях с функ-

циональными пробами, 11 пациентам СКТ и 7 больным МРТ шейного отдела позвоночника.

У всех пациентов при проведении УЗДГ ПА в сегменте V2 обнаружили признаки экстравазальной компрессии. Снижение СК достигало $48,5 \pm 19,3\%$ (в сравнении с контрольными значениями), при проведении ротационных проб падение СК возрастало до $62,7 \pm 21,4\%$. Асимметрия кровотока между правой и левой ПА обнаружена у всех больных и имела показатели от 27 % до 55 %. По характеру проводимой терапии больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 32 больных (21 женщина), получавших стандартную терапию: НПВС (мовалис, целебрекс), сосудистые средства (трентал, никотиновая кислота), миорелаксанты (сирдалуд), витамины группы В (нейрорубин), физиолечение. Во вторую вошло 16 пациентов, получавших дополнительно сеансы ПИ на шейно-воротниковую зону 1—2 раза в день. Применяли МРА «Ромашка», длительность воздействия составляла 30—40 минут, на курс 9-12 процедур. Сроки лечения в 1 группе составили $13,6 \pm 0,3$ дня, во второй $11,8 \pm 0,2$. После лечения проведено повторное исследование СК по ПА. В обеих группах отмечено улучшение показателей кровотока, так в первой группе дефицит кровотока уменьшился, и снижение СК в сегменте V2 составило $45,8 \pm 16,3\%$, во второй группе улучшение параметров кровотока было более существенным, его дефицит уменьшился до $26,7 \pm 9,7\%$. Интересным представляется факт, что у больных 2 группы значительно уменьшилась разница между кровотоком по правой и левой ПА, и составила от 12 % до 21 %, в то время как в 1 группе эти значения изменились не существенно (24 — 47 %).

Таким образом, включение в терапию больных с синдромом ПА метода ПИ с ППЫ эти значения изменились не существенно (24-46 %). применением МРА позволяет достичь более значительного снижения дефицита кровотока по ПА, сократить сроки лечения указанной категории больных.

Список літератури

1. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. — К.: «Вища школа», 1989. — 479 с.
2. Луцкий И.С., Ляпко Н.Г., Чуков А.Б. Возможности и перспективы использования метода поверхностной многоигольчатой терапии в практической акупунктуре // Life with acupuncture (Abstracts of Xth International Congress on Holistic Medicine). — Riga, Latvia (18-20 June 2004). — р. 23.
3. Гирина О., Мурза В., Ляпко Н., Кузнецова Л., Гришило П., Чмыр А. Влияние микрозлектрофореза на иммунный и цитокиновый статус больных бронхиальной астмой // Ліки України — 2004. — № 6. — С. 5—8.

Резюме

У 48 больных с синдромом позвоночной артерии при унковертебральном артрозе изучено влияние многоигольчатой разнометаллической иглотерапии в виде аппликаторов Н.Ляпко на кровоток по позвоночным артериям. В группе больных (32), применявшими аппликаторы параллельно с медикаментозной терапией, получено более существенное улучшение показателей кровотока по данным УЗДГ, сокращение сроков лечения.



ГІРУДОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРІХ ВАРИКОЗНИМ РОЗШИРЕННЯМ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК

Мазурик О.В.

У наш час питання вивчення, лікування і реабілітації при захворюваннях кро-
воносних судин мають велике загальнодержавне та загальнонаціональне значення.
Варикозне розширення вен нижніх кінцівок (ВРВНК) — одне з найпоширеніших
у світі. Частота варикозу вен складає у жінок віком до 20 —ти років — 18 %, а
у віці старше 40 — уже 64 %. При тривалому періоді і відсутності належного ліку-
вання захворювання призводить до втрати працездатності, а іноді стає причиною
інвалідизації хворого. Тому до цієї хвороби, крім ангіологів, постійно прикута увага
хірургів, терапевтів, невропатологів, дерматологів, а також спеціалістів — реаб-
ілітологів. Це закономірно, бо будь-яке захворювання не є окремим явищем чи
патологією окремої системи. Тому при виборі лікувально-реабілітаційних заходів
потрібно враховувати зв'язок органу чи системи з загальним станом організму,
імунний статус хворого, його психологічний стан, супутні діагнози. Особливого
значення це набуває при назначенні у реабілітаційній програмі гірудотерапії —
лікування п'явками.

Є кілька видів медичної п'явки, із них при лікуванні хвороб застосовується тільки
два види медичної п'явки: аптечна (*Hirudo medicinalis officinalis*), лікарська (*Hirudo medicinalis medicinalis*), яких вирощують на біофабриках. Науковими дослідженнями
в клініці п'явки було виявлено понад 82 біологічно-активні речовини.

№ пп	Дія	Діюча речовина	Механізм дії
I	Протитромбо- тична гр. <i>thrombos</i> — «кров'яний згусток»	Гірудин	Являється інгібітором тромбіна, утворюючи з ним малодисоціююче неактивне з'єднання. Гірудин гальмує швидкість утворення тромбокінази, тромбіна, агрегацію тромбоцитів
II	Тромболітична гр. <i>lysis</i> — «розчинення»	Гірудин, дестабілазний комплекс (ДК)	Дестабілаза — це фермент, що пригнічує агрегацію кров'яних пластинок; розчеплює виключно ізопептидні зв'язки, причому у будь- яких білків. Ліпосомальна природа ДК забезпечує його фізіологічну роль, як універсального тромболітичного агенту, завдяки таким факторам: швидкому проникненню через мембрани клітини, прикріпленню за рахунок ліпідного компоненту дестабілази до пошкодженої ділянки судинної стінки і до пристіночного тромбу, повільному лізису фібринового згустку за рахунок ізопептидазної активності дестабіла-зи, запобігає подальшому тромбоутворенню за рахунок блокади тромбіна, каллікреїна плазми крові, агрегації і адгезії тромбоцитів