

Особливості проведення методики рефлексотерапії при безсонні та недосипанні

Сомова К.В., Калмикова Ю.С.

Харківська державна академія фізичної культури
Харків, Україна

DOI: [https://doi.org/10.15391/prrht.2021-6\(3\).07](https://doi.org/10.15391/prrht.2021-6(3).07)

Анотація. Мета: розглянути застосування методик рефлексотерапії при безсонні та недосипанні. Матеріали і методи: аналіз науково-методичної літератури, методики рефлексотерапії, що застосовуються при безсонні та недосипанні. Результати: стани, що описані, часто зустрічаються при перенавантаженні, перевтомі, а також після перенесених захворювань, розглянуті методики рефлексотерапії. Висновки: аналізуючи науково-методичну літературу з даної проблеми, стало відомо, що використання методик рефлексотерапії є ефективним корегуючим засобом при безсонні та недосипанні, є потужним фактором оздоровчого впливу на організм, сприяють нормалізації і відновленню гарного самопочуття.
Ключові слова: рефлексотерапія, корпоральні точки, безсоння, недосипання

Features of reflexology for insomnia and sleep deprivation

K.V. Somova, Yu.S. Kalmykova

Kharkiv State Academy of Physical Culture, Ukraine

Summary. to consider the use of reflexology techniques for insomnia and insomnia. Materials and methods: analysis of scientific and methodological literature, methods of reflexology used for insomnia and insomnia. Results: the conditions described are common in overload, fatigue, and after illness, methods of reflexology. Conclusions: analyzing the scientific and methodological literature on this issue, it became known that the use of reflexology is an effective corrective agent for insomnia and insomnia, is a powerful factor in the health effects on the body, contribute to normalization and recovery of well-being.
Keywords: reflexology, corporal points, insomnia, insomnia

Вступ. Понад 6 % дорослого населення в індустріалізованих країнах потерпає від хронічного безсоння, до того ж із чітким переважанням серед чоловіків і осіб старшого віку (Ohayon, 2002; Zhang and Wing, 2006). Хоча за останніми даними (Норвегія, Велика Британія та Германія), простежується зростання поширення безсоння у загальній популяції до 10 % (Calem et al., 2012; Marschall et al., 2017; Pallesen et al., 2014). Так, протягом 10-річного періоду значно підвищився рівень вживання гіпнотиків, приміром у Норвегії — з 7 до 11 %, (Pallesen et al., 2001, 2004). У Європі сьогодні поширеність інсомнії як захворювання змінюється від 5,7 % — у Германії до 19 % — у Франції. Є невелика кількість даних про персистенцію безсоння у країнах Європи. За даними поширеності безсоння в Канаді, майже у 70 % пацієнтів протягом року спостерігається тривале збереження його симптомів (Morin et al., 2009). Так, у 46 % пацієнтів, які страждають від безсоння, фіксують персистенцію симптомів протягом трьох років. Поширеність вживання гіпнотиків (препаратів групи бензодіазепінів та агоністів бензодіазепінових рецепторів) широко варіює в різних європейських країнах. [1].

Мета роботи - розглянути застосування рефлексотерапії для лікування безсоння.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, методики рефлексотерапії, що застосовуються при безсонні та недосипанні.

Результати дослідження. Безсоння розглядається як самостійна патологія, а не як ізольований симптом або синдром, пов'язаний чи спричинений іншим соматичним або психічним захворюванням. Тип безсоння, що аналізується,

найбільш подібний до концепції «психофізіологічного» безсоння, яке було визначене ще кілька десятиліть тому (Hauri and Fisher, 1986). Декілька груп дослідників запропонували етіологічні та патофізіологічні моделі безсоння (Espie, 2002; Espie et al., 2006; Harvey, 2002; Levenson et al., 2015; Morin, 1993; Riemann et al., 2012, 2015). Більшість із них явно чи неявно базуються на так званій моделі трьох «П» (Predisposing, Precipitating, Perpetuating), за якою до патогенезу безсоння потрапляють три типи факторів: Привертаючі, Преципітуючі та Підтримуючі. Хоча не можна випускати з уваги певну роль спадковості у виникненні порушень сну та окремих рис особистості, таких як невротичність і дезадаптивний перфекціонізм (Palagini et al., 2014).

Глибокі потрясіння, стрес на роботі або міжособистісні конфлікти можуть зумовити гостре безсоння, яке, своєю чергою, є тимчасовим феноменом і, як правило, минає після припинення дії стресового чинника (Ellis et al., 2012; Espie, 2002). Затяжний стрес, зі свого боку, можна розглядати як основну причину хронічного безсоння. У багатьох випадках фактори, що підтримують і хронізують цей процес, починають діяти на момент переходу гострого безсоння у хронічну форму. На думку A. J. Spiel-man et al. (1987), дезадаптивні копінгстратегії, такі як довге перебування в ліжку або дрімання з метою компенсації втраченого часу сну являють собою саме ті фактори, що підтримують безсоння. І хоча зазначені дії, на перший погляд, здаються цілком виправданими, а насправді вони знижують потяг до сну, що призводить зрештою до безсоння. Як підкреслювали С. А. Espie et al. (2006), у пацієнтів із безсонням розвивається дезадаптивне ставлення до сну, при якому концентрація уваги відбувається власне на процесі та спробі безпосередньо його контролювати, порушуючи двокомпонентний механізм біорегуляції сну, -що шкодить у такий спосіб етапу відновлення показників функціонального стану людини до норми після тимчасового стресу (Borbely, 1982; Borbely and Achermann, 1999).

Модель розвитку безсоння внаслідок перезбудження демонструє, що підвищені рівні неспокою в когнітивному, емоційному або фізіологічному доменах є одночасно і привертаючими, і підтримуючими факторами (Perlis et al., 1997; Riemann et al., 2010, 2015). У пацієнтів із безсонням доволі часто виявляють підвищення емоційної реактивності, що також може призводити до виникнення згаданого розладу (Baglioni et al. 2010).

Важливу роль в етіології безсоння в певної когорти пацієнтів відіграють також циркадні фактори. Як правило, це люди, які працюють позмінно або мають сліпоту. В них спостерігається десинхронізація патернів сну–неспанья та циркадних ритмів, що так само зумовлюють ускладнення ініціації та підтримання процесу сну. Це стосується і деяких випадків утрудненого засинання в підлітків і юнаків, коли затримка циркадної фази може стати його першопричиною, а також у пацієнтів літнього віку з раннім пробудженням, де зміщення циркадної фази вперед може позначатися на причинах, ознаках і тривалості безсоння (Abbott et al., 2016).

Порушення сну, зумовлене ослабленням гальмівного процесу в корі головного мозку, доволі часто є симптомом багатьох хвороб. Тому для встановлення остаточного діагнозу безсоння та супутньої патології обов'язковим має бути збір медичного, психіатричного та/або психологічного анамнезу, адаптованого до клінічної картини патології та симптоматики пацієнта. Деякі соматичні захворювання, які також можуть викликати інсомнію, потребують специфічної терапії, наприклад гіпертиреоз. Навіть тоді, коли простежується чітка соматична причина, у більшості пацієнтів може розвиватися психофізіологічне хибне коло безсоння (ланцюг патологічних змін, пов'язаних причинно-

наслідковими зв'язками), якому притаманні такі ознаки, як нав'язливі думки, занепокоєння наслідками поганого сну та підвищений рівень фізіологічної напруги. Вищезазначені патологічні процеси, що трапляються при коморбідному безсонні, які натепер добре піддаються корекції. Проте в пацієнтів, які по-терпають від безсоння, слід звернути увагу на наявність можливого зловживання психоактивними речовинами -(алкоголь/кофеїн), оскільки застосування алкоголю — досить поширена дезадаптивна стратегія самолікування, яка лише призводить до погіршення здатності підтримувати сон [2].

Більшості здорових людей потрібно спати 7-9 годин на добу, щоб відпочити та відновитися. Кожен має власний хронотип - фізіологічно-оптимальний час засинання і пробудження. Залежно від віку, також може змінюватися денна потреба у сні, і деяким людям дійсно достатньо 5 годин, аби почуватися нормально. Але є перелік ознак, які свідчать, що організм все ж хоче відпочивати більше: позіхання, похмурість і раптовий песимізм, втомлюваність, дратівливість, проблеми із засвоєнням нової інформації та забудькуватість, нездатність сконцентруватися довгий час, брак мотивації, незграбність, підвищення апетиту, проблеми статевого характеру та ін.

Безсоння – це стан, коли виникають труднощі із засипанням або підтриманням тривалого сну. Johns Hopkins Medicine зазначають, що приблизно у кожного третього дорослого трапляються напади безсоння, які тривають кілька днів. [3]. Кожен десятий дорослий страждає хронічними проблемами зі сном, кілька ознак, які вказують на прояви безсоння:

- ❖ важко заснути;
- ❖ прокидаєтеся кілька разів за ніч;
- ❖ не можете спати вночі;
- ❖ прокидаєтеся вранці і не можете заснути;
- ❖ відчуваєте втому після пробудження;
- ❖ вам важко заснути вдень, навіть якщо втомилися;
- ❖ відчуваєте втому і дратівливість протягом дня;
- ❖ важко зосередитися протягом дня.
- ❖ Проблеми зі сном також можуть супроводжуватися такими симптомами:
- ❖ відчуття розчарування та занепокоєння;
- ❖ фізичні болі у голові та животі;
- ❖ зниження працездатності;
- ❖ денна сонливість або зниження енергії;
- ❖ відчуття напруги та дратівливості;
- ❖ депресія та перепади настрою.

Якщо безсоння заважає функціонувати протягом дня або триває більше кількох тижнів, такий стан потребує призначення медикаментозного лікування та медичного обстеження. Загалом існує кілька типів безсоння: гостре, хронічне, початкове і технічне. Вони відрізняються за тривалістю, впливом на організм та першопричиною такого прояву, пише Healthline [5]. Варто зазначити, що коронавірусна хвороба COVID-19 також впливає на неврологічну систему людини та може викликати безсоння [4].

Недосипання сприймається мозком як тривожність. Тож є ризик потрапити в замкнене коло: прокинутися серед ночі, думати про зраду, наступного дня відчувати втому і ще більшу тривогу, і знову не спати через подвійну бентежність. Постійна нестача навіть однієї години сну може впливати на здатність швидко мислити та діяти. З часом знижується імунітет організму та погіршується загальне самопочуття. Підвищується ризик респіраторних захворювань. Люди, які не висипаються, мають більшу схильність до депресій, параної чи тривожності.

Дослідження свідчать, що хронічне недосипання може призводити до більш ранньої смерті [6].

За даними дослідження Божко С.А., Тювина Н.А., що вивчали проблеми недосипання і наслідки цих станів, проводили вивчення ефективності лікування неврастенії методом психотерапії у поєднанні з рефлексотерапією (акупунктурою) та фітотерапією [7].

Усі пацієнти пред'являли скарги на погане самопочуття, дратівливість, слабкість, стомлюваність, зниження працездатності та загального тону, порушення сну (Труднощі засинання, поверхневий і уривчастий сон, кошмарні сновидіння), проблеми концентрації уваги, розлади запам'ятовування, апатію та втрату інтересів.

Крім того, у більшості пацієнтів (74%) виявлялися різні «соматичні» порушення: серцебиття, нестійкість артеріального тиску, біль у лівій половині грудної клітки, не пов'язані з фізичним навантаженням, вазомоторна лабільність у вигляді швидкого почервоніння або збліднення обличчя, пітливість, похолодання кінцівок та ін. Характерно, що зазначені скарги виникали здебільшого після емоційних чи розумових навантажень, до кінця робочого тижня і зникали після усунення емоційного напруження, нормалізації режиму праці, відпочинку та сну.

Серед причин, що викликали захворювання, можна виділити надмірну або тривалу перевтому на тлі негативних емоцій та впливу факторів, що послаблюють організм (порушення режиму сну та харчування, інтоксикація алкоголем і нікотинном), перенесені соматичні захворювання, ситуації, пов'язані з підвищеною відповідальністю, дефіцитом часу, недосипання.

Поєднання рефлексотерапії та психотерапії проявили високу ефективність за наявності соматовегетативних порушень та тривожного компонента.

У дослідженні використовували метод корпоральної акупунктури.

Курс лікування складався з 10-12 сеансів акупунктури в специфічні активні корпоральні точки. Впливали на стандартний комплекс точок: точки «спільної дії», місцево-сегментарні та віддалені точки, що мають специфічні показання до застосування [8-12]. Для отримання найбільш сприятливих терапевтичних результатів рефлексотерапії (акупунктури) враховували три основні компоненти цього методу: прийоми подразнення, місце подразнення, момент подразнення [12].

Точки акупунктури, методи та режими впливу визначали індивідуально залежно від характеру та ступеня виразності невротичного розладу, соматовегетативної патології, віку, конституції пацієнта, стану організму, попереднього лікування та клінічних проявів захворювання. При необхідності в рецептуру включали точки для впливу на характерні для даної категорії хворих на розлади: головну біль, порушення сну, соматовегетативні прояви (порушення функцій серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання, статевої функції та ін) [12, 13].

Відповідно до класичних посібників [12, 13], здебільшого випадків лікування починали із застосування другого варіанта гальмівного методу, що надає заспокійливий, болезаспокійливий, десенсибілізуючий вплив, надалі підключали другий метод («збудливий»), який характеризується стимулюючим, тонізуючим, розгальмовуючим дією при зниженні рухової, чутливої та секреторної функцій. Чергування методів було важливою умовою, оскільки лікувальний ефект рефлексотерапії залежить не тільки від методів впливу, а й стану нервової системи хворого [12, 13].

Необхідно посилити гальмівні процеси в корі головного мозку, надати загальнозміцнюючу дію на організм, за даними Стояновського Д. Н. [10, 11].

Основні корпоральні точки:

- ❖ бай-хуей Т 20 чжао-хай R 6
- ❖ шень-мень 3 7
- ❖ шень-май V 62
- ❖ Додаткові точки:
- ❖ інь-тан Н вань-гу VB 12
- ❖ мін-мень Т 4 да-цзюй Е 27
- ❖ шао-шан Р 11 хе-гу GI 4
- ❖ тай-юань Р9 вай-гуань TR 5
- ❖ син-цзянь F 2 ді-цзі RP 8

При неврастенії користуються корпоральними точками відповідно.

При безсонні, пов'язаної із захворюванням серця:

- ❖ ней-гуань MC 6 так-чжу V 11
- ❖ ней-тін Е 44 чжун-вань J 12
- ❖ цин-мін V 1 інь-тан Н

При безсонні від шлунково-кишкових розладів:

- ❖ чжун-вань J 12 тянь-шу Е 25
- ❖ гань-шу V 18 цзу-сань-лі Е 36
- ❖ гун-сунь RP 4 чжао-хай R 6

При безсонні від розладів внутрішньої секреції:

- ❖ сань-інь-цзяо RP 6 шэнь-мень С 7
- ❖ чжао-хай R 6 шень-шу V 23
- ❖ тянь-шу Е 25 мін-мень Т 4

При безсонні у хворих на туберкульоз легень:

- ❖ гао-хуан V 43 га-шу V 18
- ❖ так-чжуй Т 14 фей-шу V 13
- ❖ синь-шу V 15 сань-інь-цзяо RP 6
- ❖ хе-гу MC 6 цзу-сань-лі Е 36

Процедури краще проводити перед сном, у ліжку, щодня. Використовується метод заспокоєння, акупунктуру можна робити одночасно з припіканням або окремо, яке виробляється найчастіше в точках області спини тепловим способом. Курс лікування – 7 сеансів. На кожен сеанс використовують 2-3 акупунктурних точки, що підсилюють сон, 2-3 точки відповідного захворювання та загальнозміцнюючі точки.

Ці точки застосовуються при безсонні в осіб, які страждають на неврастенію. В перші дві точки голки вводять швидко, одним поштовхом, потім виробляють обертання в обидві сторони до відчуття струму. Вращається з рухом проводять по 2 хв 3 рази, чергуючи з 5 хвилин спокою протягом 15 хв. Якщо сон довго не приходить, слід провести теплове припікання на ніч.

У точках: азу сань-лн. хе-гу, вай-гуань. Крім того, у точках нзу-сань-лі та вайгуань можна зробити дуже поверхневий укол (0,3 см) з повільним обертанням голки протягом 1 хв;

3-й сеанс: вань-гу мін-мень - при шлунково-кишкових розладах, чжун-вань, цеу-саньлі симетрично;

4-й сеанс при безсонні, пов'язаної із захворюванням серця - інь-тан, да-чжу, чжун-вань, да-лін симетрично - уколювання; цеу-сань-лін симетрично - припікання;

5-й сеанс: при безсонні від розладів внутрішньої секреції – бейхуей. тяї-шу. шень-мень, сань-ііь-тно симетрично - уколювання;

6-й сеанс: загальнозміцнююча дія при безсонні у хворих туберкульозом легень-бай-хуей, гао-хуак. цюй-чі, іэй-гуань справа, сань-іньцзяо симетрично - уколювання; хе-гу. вай-гуань симетрично – припікання тепловим методом по 10 хв

на точку самомасаж зон стоп.

Висновки.

- необхідно посилити гальмівні процеси в корі головного мозку, надати загальнозміцнюючу дію на організм;
- точки акупунктури, методи та режими впливу визначали індивідуально залежно від характеру та ступеня виразності невротичного розладу, соматовегетативної патології, віку, конституції пацієнта, стану організму, попереднього лікування та клінічних проявів захворювання. При необхідності в рецептуру включали точки для впливу на характерні для даної категорії хворих на розлади: головну біль, порушення сну, соматовегетативні прояви (порушення функцій серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання, статевої функції та ін;
- здебільшого випадків лікування починали із застосування другого варіанта гальмівного методу, що надає заспокійливий, беззаспокійливий, десенсибілізуючий вплив, надалі підключали другий метод («збудливий»), який характеризується стимулюючим, тонізуючим, розгальмовуючим дією при зниженні рухової, чутливої та секреторної функцій. Чергування методів було важливою умовою, оскільки лікувальний ефект рефлексотерапії залежить не тільки від методів впливу, а й стану нервової системи хворого.

Список використаної літератури

1. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/1/pages-46-53/ievropeyski-nastanovi-z-diagnostiki-ta-likuvannya-bezsonnya#h3-5>
2. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2018/1/pages-46-53/ievropeyski-nastanovi-z-diagnostiki-ta-likuvannya-bezsonnya#gsc.tab=0>
3. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/insomnia>
4. <https://life.pravda.com.ua/health/2021/02/16/243955/>
5. <https://moz.gov.ua/article/health/chi-kompensue-son-na-vihidnih-nedosipannja-protjagom-tizhnja>
6. <https://www.healthline.com/health/insomnia>
7. Божко С.А., Тювина Н.А. Опыт применения нелекарственных методов (психотерапии, фитотерапии и рефлексотерапии) при лечении неврастении. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(2):19–24.
8. Дробышева НА. Рефлексотерапия при различных заболеваниях. В кн.: Практическое руководство по рефлексотерапии. Москва; 1997. 168 с.
9. Михайлова АА. Рефлексотерапия неврозов. Учебно-методическое пособие. Москва; 1989. 89 с.
10. Стояновский ДН. Справочник по иглоукальванию и прижиганию. Кишинев: Картя Молдовеняскэ; 1987. 256 с.
11. Стояновский ДН. Частная рефлексотерапия. Справочник. Под ред. С.М. Зольникова. Кишинев: Картя Молдовеняскэ; 1990. 332 с.
12. Табеева ДМ. Практическая акупунктура. Смоленск: Гомеопат медицина; 1997. 490 с.
13. Тыкочинская ЭД. Основы иглотерапии. Москва: Медицина; 1979. 343 с.
14. Nguyen-Van-Nghi, Ulderica Lauza, Maj Van Dong. Theorie et pratique de l'acupuncture. Marseille; 1974.
15. Калмиков, С. А., & Брелюс, Г. М. (2021). НЕТРАДИЦІЙНІ ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.

Відомості про авторів

Сомова Катерина Володимирівна:
кандидат медичних наук
Харківська державна академія фізичної
культури,
м. Харків, Україна
orcid.org/0000-0002-7174-2373
E-mail: kvsomova@gmail.com

Katerina Somova - *Candidat of Medical Science,*
Kharkiv State Academy of Physical Culture
Kharkiv, Ukraine
orcid.org/0000-0002-7174-2373
E-mail: kvsomova@gmail.com

Калмикова Юлія Сергіївна,
кандидат наук з фізичного виховання і
спорту, доцент
Харківська державна академія фізичної
культури
м. Харків, Україна
orcid.org/0000-0002-6227-8046
E-mail: yamamaha13@gmail.com

Yuliya Kalmykova - *Candidate of Science*
(Physical Education and Sport), Associate
Professor (Ph. D.),
Kharkiv State Academy of Physical Culture
Kharkiv, Ukraine
orcid.org/0000-0002-6227-8046
E-mail: yamamaha13@gmail.com