УДК: 616.857-0.36 DOI: 10.12737/18755

ПРИМЕНЕНИЕ СУ ДЖОК ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ

М.В. НАПРИЕНКО, М.И. САФОНОВ

Первый МГМУ имени И.М.Сеченова, Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, 119991, naprienko@nm.ru

Аннотация. В статье приводятся результаты проспективного контролируемого рандомизированного исследования эффективности рефлексотерапевтических методик в рамках проблемы терапии хронических форм первичной головной боли. Актуальность исследования продиктована распространенностью хронических форм головной боли в общей популяции и, в первую очередь хронической мигрени. Хроническая мигрень является причиной хронической ежедневной головной боли в 55-87% всех случаев. Распространенность данного заболевания среди населения трудоспособного возраста, а так же значительный социальный и экономический ущерб, ставят задачи по совершенствованию методик лечения и, в том числе нелекарственных. Особое место в лечении данной группы пациентов отводиться рефлексотерапии, так как лекарственные препараты используемые для профилактики мигрени: бета-блокаторы, антиконвульсанты, антидепрессанты и т.д., обладают широким спектром побочных реакций, и должны назначаться на длительный срок.

В ходе данного исследования оценивалась эффективность Су Джок терапии в комплексном лечении хронической мигрени, определена степень влияния Су Джок на коморбидные хронической мигрени расстройства, была выявлена группа пациентов для которых данный вид рефлексотерапии является методом выбора, определен клинически значимый интервал с которым необходимо повторять курс Су Джок.

Ключевые слова: хроническая мигрень, рефлексотерапия, иглорефлексотерапия, Су Джок.

SU JOK THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC MIGRAINE

M.I. SAFONOV, M.V. NAPRIENKO

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Trubetskaya st. 8/2, Moscow, Russia, 119991, naprienko@nm.ru

Abstract. This article results the data from prospective controlled randomized research of efficiency of reflex-therapeutic techniques of chronic daily headache according to an actual problem of therapy. Relevance of this problem is confirmed by the prevalence of chronic daily headache in general population, including chronic migraine as the more popular. Chronic migraine is the main cause of a chronic daily headache in 55-87% of all cases. Prevalence of this disease among the working-age population, and also significant social and economic damage, sets aims to improve treatment of chronic daily headache both, pharmacological and non-pharmacological. The reflexotherapy takes the special place in treatment of this group of patients, as the drugs uses in prevention of migraine: beta-blockers, anticonvulsant, antidepressants, etc., causes a wide range of adverse effects, and must be assigned for long term period.

During this study the authors evaluated the effectiveness of Su Jok therapy in complex treatment of chronic migraine, defined influence to chronic migraine of comorbid disorders, identified a group of patients for which this type of reflexology is the method of choice, defined clinically meaningful interval for Su Jok course therapy.

Key words: chronic migraine, acupuncture, reflexotherapy, Su-Jok therapy.

Рефлексотерапия (РТ) является лечебно-профилактической системой, основанной на оценке параметров периферических рефлексогенных зон и воздействия на них с целью регуляции функциональных систем организма [3]. Современная РТ включает в себя многообразие методов разделяемых по двум основным критериям – модальности и локализации. В соответствии с этими критериями можно выделить более десятка основных групп методов. Одним из таких методов, относящимся к РТ по миниакупунктурным системам кисти и стопы является Су Джок. Су в переводе с корейского языка означает кисть, Джок — стопа. Таким образом, это метод лечения с использованием кистей и стоп пациента. Суть данного метода состоит в определении зон соответствия тем или иным органам и структурам организма, а так же поиске болезненных точек, в основном на кистях и стопах, с целью последующего рефлексотерапевтического воздействия на них. Системы соответствия кистей и стоп рассматриваются как новая дополнительная информационная система, позволяющая врачу оценивать не только нарушения в центральных структурах и функциях внутренних органов, но и осуществлять их дифференцированное лечение. Как и

применение классической иглорефлексотерапии, эффект Су Джок терапии связан с активизацией адаптивных механизмов организма по поддержанию важнейших гомеостатических показателей [6]. Для рефлексотерапевтического воздействия, в рамках системы Су Джок, может применяться как иглоукалывание, так и неинвазивные методы рефлексотерапии (акупрессура, прижигание, магнитотерапия и т.д.).

Несмотря на свою непродолжительную историю (официально метод был обнародован лишь в 1987 году) Су Джок широко зарекомендовал себя и, в том числе с позиций доказательной медицины. Доказана высокая эффективность методики в лечении хронического болевого синдрома [2, 11]. Су Джок с успехом применялся в терапии нейропатической боли [5]. Высокую эффективность метод показал в лечении вторичной головной боли, как травматического генеза [13], так и сосудистого, обусловленной дисциркуляторной энцефалопатией [12]. Данные факты привлекают внимание к СуДжок терапии, как к одному из методов выбора для лечения пациентов с хроническим болевым синдромом. Однако, работ, посвященных исследованию эффективности данной методики в лечении хронических форм первичной головной боли, нам не удалось найти.

Головная боль (ГБ) входят в десятку самых частых причин нетрудоспособности в развитых странах [15]. Особой проблемой являются хронические формы первичной ГБ, составляющие до 40% случаев в практике специализированных клиник головной боли и отличающиеся тяжелым течением, частой и длительной потерей трудоспособности [7].

В клинической картине *хронической мигрени* (ХМ) характерные приступы мигренозной ГБ постепенно теряют свои специфические черты, значительно увеличивается частота приступов, появляются ГБ в межприступный период и, как правило, снижается эффективность анальгетических препаратов, обуславливая особую проблему для данной категории пациентов – лекарственный абузус. Течение данного заболевания так же осложняется высокой коморбидностью тревожных и депрессивных расстройств и их сочетания, до 90%, по данным [1, 10], а распространенность ХМ в общей популяции, по заключениям российских исследователей, составила 10,5% [14].

Основными целями терапии ХМ являются снижение количества употребляемых анальгетических ЛС (при наличии абузусного фактора), уменьшение частоты приступов ГБ и коррекция сопутствующих эмоциональных расстройств [1]. С данных позиций особый интерес вызывают нелекарственные методы лечения и, в частности, Су Джок терапия.

Цель исследования – оценить степень эффективности применения Су Джок терапии в комплексном лечении ХМ в сочетании с лекарственной терапией топираматом.

Критерии включения: наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании, установленный диагноз – хроническая мигрень, отсутствие противопоказаний.

Критерии исключения: несоответствие ГБ критериям диагностики хронической мигрени по МКГБ – III, наличие очаговой неврологической симптоматики, выраженных эмоциональных, когнитивных расстройств, наличие абсолютных противопоказаний к проведению рефлексотерапевтических процедур, отказ пациента от участия в исследовании.

Дизайн исследования: на первом этапе производился отбор, клиническое и инструментальное обследование пациентов. Единая форма для клинической оценки состояния каждого больного включала: дневник головной боли (определение частоты, интенсивности, длительности приступа ГБ, препараты используемые для купирования ГБ и их количество), опросник *MIDAS* (оценка влияния ГБ на повседневную активность пациента за последние 3 месяца), опросник *HIT*-6 (оценка степени нарушения физической, умственной активности на фоне ГБ), госпитальная шкала тревоги и депрессии (оценка и верификация наиболее частых коморбидных хронической мигрени расстройств), опросник для выявления вегетативных расстройств А.М. Вейна (оценка наличия и степени вегетативной дисфункции). Инструментальное обследование заключалось в регистрации *ноцицептивного флексорного рефлекса* (НФР) и степени спонтанной мышечной активности с помощью накожного ЭМГ-мониторинга височных, лобных и трапецивидных мышц на аппарате *KeypointPortable «Dantec»* (Дания). НФР позволяет объективно и количественно оценить порог боли у человека и косвенно отражает состояние ноцицептивных и *антиноцицептивных систем* (АНС) вовлеченных в контроль боли.

На втором этапе произведена рандомизация пациентов на две группы – комплексная терапия и группа сравнения (Су Джок+/Су Джок-):

В обеих группах назначался *топирамат* в средней дозировке 100 мг/сут в зависимости от индивидуальной реакции на препарат. В группе Су Джок+ курс рефлексотерапии составил 8 сеансов, 2 раза в неделю и длился 4 недели. Период наблюдений после курса рефлексотерапии составил 12 недель. Общая длительность исследования составила 16 недель. Состояние пациентов оценивалось до лечения, через 4 и 16 недель от начала лечения.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 45 пациентов в возрасте от 18 до 56 лет с диагнозом ХМ, установленным на основании критериев диагностики Международной классификации головной боли третьего пересмотра (МКГБ – III (бета)). Из них 31 женщина (68,9%) и 14 мужчин (31,1%). В группу Су Джок+ включено 22 пациента, в группу Су Джок- 23 пациента. В группе Су

Джок+ проводилась инвазивная механорефлексотерапия (иглоукалывание), при помощи стерильных, одноразовых игл производства компании *DongBangneedleInc*. Размером 0,18мм×10мм, от 5 до 10 игл за сеанс. Причем, первые два сеанса рефлексотерапевтическому воздействию подвергались только выявленные с помощью диагностического, механического щупа болезненные точки на кистях и стопах в стандартной системе соответствия. На последующих 6 сеансах проводилось иглоукалывание зон желудка, печени, сердца, желчного пузыря в сочетании с выявленными болезненными точками. Пациенты группы Су Джок- посещали врача один раз в неделю, для контроля лекарственной терапии.

Результаты: все 45 пациентов отобранных на этапе обследования прошли курс лечения и период наблюдения, отказов от участия в исследовании не было.

Таблица 1

Влияние ГБ на повседневную активность (*HIT*-6)

	До лечения, Баллы	4 нед., Баллы	16 нед., Баллы
Су джок + (*n*=22)	56,2±8,09	41,9±5,67*	46,0±8,51
Су джок - (*n*=23)	53,3±8,49	48,3±5,61*	47,8±5,84

Примечание: *(p< 0,05)

До лечения ведущим симптомом в клинической картине являлась ежедневная или практически ежедневная ГБ. Количество дней с ГБ, по данным клинического опроса и дневников ГБ составило 18,8 ± 2,84 дней в месяц. Через 4 недели терапии был отмечен значительный регресс частоты ГБ в обеих группах. Достоверно (p<0,05) больший регресс отмечен в группе Су Джок+. Через 16 недель от начала лечения количество приступов ГБ возросло в обеих группах, оставаясь достоверно (p<0,05) меньше чем до лечения. На данном этапе достоверной разницы между группами Су Джок+ и Су Джок-, в частоте приступов ГБ не получено. Показатели приведены на рис. 1.

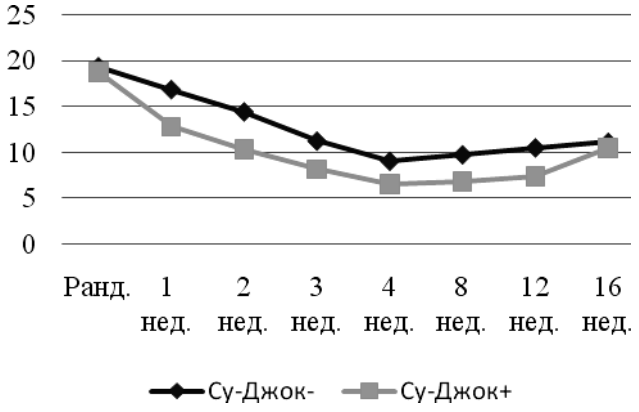

Рис. 1. Динамика частоты ГБ за время исследования

Интенсивность ГБ до лечения (по шкале ВАШ) составила 7,32±1,22 балла. Через 4 недели интенсивность ГБ снизилась в среднем на 1 балл, без достоверной разницы по группам. Данная тенденция сохранилась к 16 неделе наблюдений. Степень влияния ГБ на повседневную активность по опроснику *HIT*-6 до лечения составила 54,4±8,09 баллов. Через 4 недели отмечена положительная динамика в обеих группах, достоверно (p<0,05) большая в группе Су Джок+. Через 16 недель показатели по опроснику возросли, оставаясь ниже, чем показатели до лечения. Разница между двумя группами так же сохранилась – более низкие показатели выявлены в группе Су Джок+, однако данные различия не достоверны. Результаты приведены в табл. 1.

Эмоциональные расстройства в той или иной степени встречались у всех 45 пациентов. До лечения показатели по шкале *HADS* (уровень тревоги) составили 10,6±2,98 баллов, по шкале *HADS* (уровень депрессии) – 10,3±3,88 баллов. Достоверной динамики тревожных и депрессивных расстройств на этапе 4 и 16 недель не выявлено. Отмечена тенденция к регрессу депрессивных расстройств в группе Су Джок+ – 10,3±3,88 и 9,18±3,39 до лечения и через 16 недель соответственно.

Синдром вегетативной дисфункции выявлен у всех 45 пациентов. До лечения средний показатель составил 30,6±3,77 баллов. На протяжении всего исследования достоверный (p<0,05) регресс вегетативных расстройств отмечался только в группе Су Джок+ – 34,3±7,71 баллов до лечения и 25,2±5,57 баллов по завершении этапа лечения, 21,4±3,7 баллов на 16 недели наблюдений. Показатели приведены на рис. 2.

Среднее значение *порога рефлекса* (ПР) при исследовании НФР, до начала лечения составило 5,05±2,25 мА. Через 16 недель данный показатель был достоверно (p<0,05) выше, однако достоверной разницы между двумя группами не выявлено. При оценке результатов накожного ЭМГ-мониторинга выявлено, что у всех пациентов наибольшее напряжение наблюдалось в области трапецевидной мышцы 41,2±14,7 мкВ, значительно превосходя мышечную активность в других областях – лобной 21,9±8 мкВ, височной 20±5,7 мкВ. На 16 недели наблюдений в группе Су Джок+ достоверный регресс спонтанной мышечной активности зарегистрирован в зоне трапецевидной мышцы – 41,2±14,7 мкВ и 28±8,21 мкВ соответственно. В группе Су Джок- показатели спонтанной мышечной активности до лечения и через 16 недель не имели достоверных различий.

Побочные эффекты были отмечены у 12 пациентов, без статистически достоверной разницы по группам, в виде дефицита внимания, парестезий на кончиках пальцев рук, сонливости, быстрой утомляемости, что было расценено как побочные эффекты вызванные приемом *топирамата*. С понижением дозировки данные эффекты регрессировали, а дозировка препарата сохранялась как индивидуальная и продолжалась весь курс.

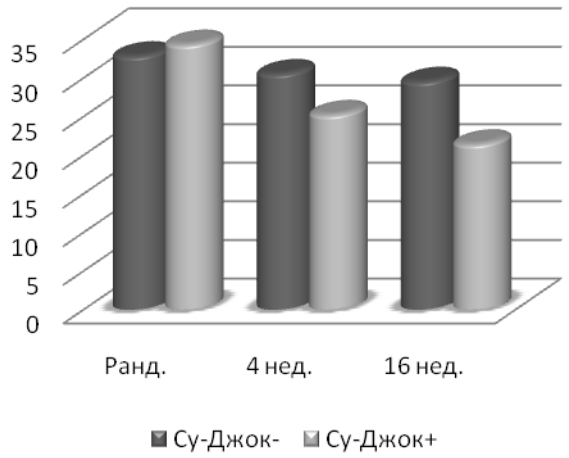

Рис. 2. Динамика показателей вегетативной дисфункции

Таким образом, наиболее значимым результатом оказался регресс частоты приступов ГБ. Степень регресса была достоверно большей в группе Су Джок+. Можно заключить, что основной эффект рефлексотерапии проявился к концу первых 4 недель, существенно сократив количество приступов ГБ в группе. По всей видимости, данный факт связан с модулирующим влиянием рефлексотерапии на ноцицептивную транссмиссию как в центральной так и периферической нервной системах, что неоднократно было доказано в предыдущих исследованиях [8]. Немаловажным является воздействие на триггерные пункты во время процедур рефлексотерапии, обеспечивающими связь между центральными и периферическими ноцицептивными системами [9]. Однако, тенденция к более интенсивному регрессу частоты ГБ, в группе Су Джок+ не сохранилась к 16 неделе и группы потеряли достоверную разницу по показателям. Регресс-частоты ГБ и выраженности вегетативной дисфункции, позволяет предполагать косвенное влияние рефлексотерапии на трансмиссию в норадренергических, серотонинергических и дофаминерических системах, участвующих в регуляции функций вегетативной нервной системы и являющихся вместе с тем основной частью АНС [4]. По данным инструментального исследования антиноцицепции (НФР), мы не увидели достоверной разницы в повышении болевых порогов по группам, не выявлен ожидаемый регресс эмоциональных расстройств и, к тому же, эффект от рефлексотерапии отмечен сравнительно непродолжительный. Таким образом, влияние Су Джокна антиноцицепцию и ингибирование болевой афферентации со стороны центров АНС расположенных в структурах головного мозга, маловероятно. По всей видимости, столь быстрый анельгезирующий эффект рефлексотерапии можно объяснить с позиций теории воротного контроля боли и блока ноцицептивной афферентации на уровне спинного мозга через эндогенную опиатную систему и высвобождение морфиноподобных веществ. Вероятно, что основную роль Су Джок терапия сыграла в активации эндогенных опиатов (эндорфин, энкефалин и т.д.), ингибировании субстанции *P* и снижению болевой афферентации путем активации проекционных триггерных зон, т.е. ноцицептивной системы. Вышележащие отделы АНС были затронуты в незначительной степени,

модулирующего влияния на восприятие боли и болевые пороги в целом оказано не было, что и обусловило непродолжительный эффект от курсовой терапии в дальнейшем.

Несмотря на непродолжительный эффект, в группе Су Джок терапии отмечен более интенсивный регресс частоты ГБ, что влечет за собой сокращение количества употребляемых анальгетиков и имеет одно из ключевых значений у пациентов с ХМ, ввиду высокого риска лекарственного абузуса. Выявлен стабильный регресс вегетативной дисфункции у пациентов группы Су Джок+ на протяжении 16 недель наблюдений. РТ существенным образом повлияла на регресс спонтанной мышечной активности, что, по всей видимости, отразилось в более интенсивном снижении частоты приступов ГБ. Существенной динамики на степень эмоциональных расстройств и, в особенности, уровня тревожности не прослеживалось по обеим группам, что говорит о необходимости в комбинированной лекарственной терапии пациентов с ХМ, несмотря на проведение РТ. Хотя, в группе Су-Джок и отмечен некоторый регресс депрессивных расстройств, трактовать данный факт однозначно не представляется возможным, ввиду того, что пациенты данной группы посещали лечащего врача в 2 раза чаще, чем в группе сравнения.

Су-Джок является эффективным рефлексотерапевтическим методом, дополняющим фармакотерапию и может назначаться для комплексного лечения пациентов с ХМ. В первую очередь у пациентов с наибольшим риском лекарственного абузуса и частотой приступов ГБ 20 и более дней в месяц. Ценность данного метода заключается еще и в его сравнительной простоте, доступности и возможном использовании самими пациентами в качестве неинвазивной механорефлексотерапии по методике и рецептуре составленной врачом-рефлексотерапевтом. Клинически значимый интервал, с которым необходимо повторять курс Су-Джок терапии, составил 2 месяца.

Литература

1. Эффективность разных антиконвульсантов при хронической ежедневной головной боли / Амелин А. В. [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. Т. 1. С. 16–20.
2. Асенова Л.Р. Эффективность акупунктуры при купировании болевых синдромов различной этиологии // Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2013, №4(33).
3. Василенко А.М. Основа современной теории рефлексотерапии // Рефлексотерапия. 2007. №2(20), С. 5–8.
4. Вейн А.М., Данилов А.Б. Болевые синдромы в неврологической практике. М: МЕДпресс, 2001. 102 с.
5. Малаховский В.В. Нелекарственные методы в комплексной реабилитации пациентов с постгерпетической невралгией: Авт. дисс. д.м.н. Тула, 2006. 98 с.
6. Михайлова А.А., Цой В.К. Рефлексотерапия и су-джок терапия депрессивных расстройств, ассоциированных с патологией гепатобилиарной системы // Вестник новых медицинских технологий. 2007. Т. 14, №1. С. 126.
7. Наприенко М.В. Иглорефлексотерапия в комплексном лечении хронической ежедневной головной боли: Авт. дисс…к.м.н. Москва, 2005. 25 с.
8. Наприенко М.В. Иглорефлексотерапия в восстановительном лечении хронической мигрени и хронической головной боли напряжения // Мануальная терапия. 2010. №3(39). С. 64–69.
9. Наприенко М.В., Кудаева Л.М. Рефлексотерапия в реабилитации больных с хроническими формами первичной головной боли // Вестник восстановительной медицины. 2009. №3(31). С. 74–78.
10. Осипова В.В., Вознесенская Т.Г. Коморбидность мигрени: обзор литературы и подходы к изучению // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. №3.
11. Попова Л.А. Метод Су-Джок акупунктуры в практике лечения ортопедических больных // Гений ортопедии. 2005. №4. С. 125–128.
12. Поспелова А.А. Немедикаментозные технологии в медицинской реабилитации больных с дисциркуляторной энцефалопатией 1-2 стадии с психовегетативными нарушениями: Авт. дисс. к.м.н. Москва, 2013. 24 с.
13. Стародубцев А.А. Травматическая энцефалопатия у людей молодого возраста, перенесших сотрясение головного мозга, ее клиника, диагностика и лечение: Авт. дисс. д.м.н. Пятигорск, 2010. 38 с.
14. Silberstein S.D., Dodick D.W. Migraine genetics // Headache. 2013. №53(8). P. 1207–1217. DOI: 10.1111/head.12156.
15. Steiner T.J., Paemeleire K., European principles of management of common headachedisorders in primary care // Journal of Headacheand Pain. 2007. №8. DOI 10.1007/s10194-007-0366-y.

References

1. Amelin AV, et al. Effektivnost' raznykh antikonvul'santov pri khronicheskoy ezhednevnoy golovnoy boli. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii. 2007;1:16-20. Russian.

2. Asenova LR. Effektivnost' akupunktury pri kupirovanii bolevykh sindromov razlichnoy etiologii. Neyrokhirurgiya i nevrologiya Kazakhstana. 2013;4(33). Russian.
3. Vasilenko AM. Osnova sovremennoy teorii refleksoterapii. Refleksoterapiya. 2007;2(20):5-8. Russian.
4. Veyn AM, Danilov AB. Bolevye sindromy v nevrologicheskoy praktike. Moscow: MEDpress; 2001. Russian.
5. Malakhovskiy VV. Nelekarstvennye metody v kompleksnoy reabilitatsii patsientov s postgerpeticheskoy nevralgiey [dissertation]. Tula (Tula region); 2006. Russian.
6. Mikhaylova AA, Tsoy VK. Refleksoterapiya i su-dzhok terapiya depressivnykh rasstroystv, assotsiirovannykh s patologiey gepatobiliarnoy sistemy. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2007;14(1):126. Russian.
7. Naprienko MV. Iglorefleksoterapiya v kompleksnom lechenii khronicheskoy ezhednevnoy golovnoy boli [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2005. Russian.
8. Naprienko MV. Iglorefleksoterapiya v vosstanovitel'nom lechenii khronicheskoy migreni i khronicheskoy golovnoy boli napryazheniya. Manual'naya terapiya. 2010;3(39):64-9. Russian.
9. Naprienko MV, Kudaeva LM. Refleksoterapiya v reabilitatsii bol'nykh s khronicheskimi formami pervichnoy golovnoy boli. Vestnik vosstanovitel'noy meditsiny. 2009;3(31):74-8. Russian.
10. Osipova VV, Voznesenskaya TG. Komorbidnost' migreni: obzor literatury i podkhody k izucheniyu. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii. 2007;3. Russian.
11. Popova LA. Metod Su-Dzhok akupunktury v praktike lecheniya ortopedicheskikh bol'nykh. Geniy ortopedii. 2005;4:125-8. Russian.
12. Pospelova AA. Nemedikamentoznye tekhnologii v meditsinskoy reabilitatsii bol'nykh s distsirkulyatornoy entsefalopatiey 1-2 stadii s psikhovegetativnymi narusheniyami [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2013. Russian.
13. Starodubtsev A.A. Travmaticheskaya entsefalopatiya u lyudey molodogo vozrasta, perenesshikh sotryasenie golovnogo mozga, ee klinika, diagnostika i lechenie [dissertation]. Pyatigorsk (Pyatigorsk region); 2010. Russian.
14. Silberstein SD, Dodick DW. Migraine genetics. Headache. 2013;53(8):1207-17. DOI: 10.1111/head.12156.
15. Steiner TJ, Paemeleire K. European principles of management of common headachedisorders in primary care. Journal of Headacheand Pain. 2007;8. DOI 10.1007/s10194-007-0366-y.

Библиографическая ссылка:
Наприенко М.В., Сафонов М.И. Применение су джок терапии в комплексном лечении пациентов с хронической мигренью // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №2. Публикация 2-4. URL: http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-2/2-4.pdf (дата обращения: 01.04.2016). DOI: 10.12737/18755.