

А. С. Барбарович

Рефлексотерапия мигрени

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации

Введение

Мигрень — одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний, основным проявлением которого являются повторяющиеся приступы интенсивной, пульсирующей и обычно односторонней головной боли. Считается, что около 70% всех людей в течение своей жизни перенесли хотя бы один мигренозный пароксизм.

Согласно результатам современных эпидемиологических исследований, проведенных преимущественно в наиболее развитых странах мира, распространенность мигрени в популяции составляет от 3,0 до 19%. Ежегодно мигрень возникает у 17% женщин, 6% мужчин и 4% детей. Устойчивой в последние годы является тенденция к неуклонному повышению заболеваемости [1].

Обычно мигрень развивается в возрасте от 18 до 30 лет, начало болезни в детстве и, особенно у пожилых, встречается значительно реже. Наиболее высокие показатели распространенности мигрени характерны для пациентов в возрасте от 30 до 48 лет. Женщины страдают данным типом головной боли как правило в 2–3 раза чаще мужчин.

В возникновении мигрени безусловное значение принадлежит генетическим факторам. Одним из доказательств этого является существование моногенной формы заболевания — семейной гемиплегической мигрени. Установлено, что ответственной за данное заболевание является хромосома 19p13 [4]. В настоящее время большинство специалистов в области изучения головной боли считают, что механизмы развития различных форм мигрени определяются дисфункцией множества генов, а в ее клинической манифестации важную роль играет воздействие окружающей среды [4, 6].

На фоне дисбаланса процессов возбуждения и торможения происходит избыточная активация системы тройничного нерва. Это приводит к выделению из его афферентных окончаний алгогенных и вазодилатирующих нейропептидов (субстанция Р, пептид, связанный с геном кальцитонина, нейрокинин А). Данные нейропептиды расширяют сосуды, увеличивают дегрануляцию тучных клеток, агрегацию тромбоцитов, проницаемость сосудистой стенки, вызывают пропотевание белков плазмы, форменных элементов крови, отек сосудистой стенки и прилегающих участков твердой мозговой оболочки. Весь этот процесс определяют как асептическое нейрогенное воспаление [6]. В его развитии также играют роль недостаточность периферических норадренергических влияний (нейропептид Y) и активация парасимпатических терминалей, выделяющих вазоактивный интестинальный пептид [7].

Асептическое нейрогенное воспаление является фактором интенсивного раздражения ноцицептивных терминалей афферентных волокон тройничного нерва, расположенных в сосудистой стенке, что приводит к развитию типичной мигренозной боли [5].

Установлено, что рефлексотерапия (РТ) нормализует баланс возбуждения и торможения в центральной нервной системе, эффективно купируя генераторы патологического возбуждения в различных ее отделах. Особенность анальгезирующего действия РТ заключается в том, что имеет место многоуровневое влияние — повышается порог возбудимости болевых рецепторов, угнетается проведение ноцицептивных импульсов по афферентным путям, повышается активность центральной противоболевой системы, уменьшается выраженность аффективных эмоциональных реакций и изменяется субъективная оценка болевых ощущений, что приводит к коррекции неадекватных болевых поведенческих стереотипов [2,3].

Материал и методы исследований

Проведена РТ в количестве десяти сеансов 30 пациентам, из них 10 мужчин в возрасте 30–45 лет и 20 женщин в возрасте 25–45 лет с легкими и средними по интенсивности приступами. Помимо иглоукалывания они получали лекарственные препараты: метамизол, метоклопрамид, фуросемид, карбамазепин. Контрольную группу составили 10 пациентов (5 мужчин и 5 женщин в возрасте соответствующем основной группе), которым была назначена стандартная терапия, включающая те же препараты.

Иглоукалывание проводили в положении лежа под контролем уровня артериального давления. Всего стимулировали 4–6 корпоральных и до 6–8 аурикулярных точек. Использовали сильное раздражение (дисперсия) с получением выраженных предусмотренных ощущений. Суммарное время процедуры составляло от 45 мин до 2–3 ч. Акупунктурные точки укалывали преимущественно на стороне болевого синдрома, при этом сначала в течение 10–15 мин последовательно вводили корпоральные иглы, а с 20–25 мин также последовательно — аурикулярные. Комплексные эффекты рефлекторного воздействия обычно проявлялись в течение первых 60 мин стимуляции. Методы РТ применяли для купирования легких (до 10 ч) и средних (до 20 ч) по интенсивности приступов.

Для предупреждения рецидива головной боли после окончания сеанса иглоукалывания в 2–4 корпоральные и 2–3 аурикулярные точки вводили микроиглы на срок до 72 ч.

Обычно для лечения приступа мигрени назначали иглоукалывание по специфическим корпоральным и аурикулярным точкам: P9, GI4, E8, E36, RP6, C7, IG3, V60, V62, MC6, TR5, VB14, VB37, VB41, F3, VG14, VG20, AT22, AT29, AT33, AT34, AT35, AT36, AT37, AT51, AT55, AT82. Особенностью акупунктурного рецепта является приоритет дистальных точек, тогда как корпоральные зоны на голове и лице использовали ограниченно вследствие плохой переносимости их стимуляции у большинства пациентов с приступом мигрени. Выбирали для воздействия те акупунктурные точки, которые наиболее чувствительны к пальпации.

Купирование приступа мигрени с применением акупунктуры противопоказано у детей, лиц старше 50 лет, у больных с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией или гипотензией, хронической церебральной ишемией, новообразованиями, злокачественными заболеваниями крови, психической патологией, а также при развитии осложнений мигрени в виде

мигренозного статуса и мигренозного инсульта их применение категорически противопоказано.

Результаты и их обсуждение

Эффект РТ заключался в уменьшении или купировании болевого синдрома, тошноты, рвоты, сопутствующих тягостных вегетативных и эмоционально-аффективных проявлений, психоэмоционального напряжения.

Купирование приступа или значительного уменьшения болей удалось достичь в первые сутки у 25 (83%) пациентов, незначительный эффект РТ был у 17%. В контрольной группе мигренозные пароксизмы значительно уменьшились лишь на вторые, третьи сутки под влиянием медикаментозной терапии.

Выводы

1. РТ является одним из наиболее адекватных методов лечения мигрени, которая не уступает по эффективности медикаментозной терапии, но часто существенно превосходит их по достигаемым клиническим результатам.
2. Метод иглоукалывания является безопасным и экономически доступным способом лечения для большинства пациентов.

Литература

1. Амелин, А. В. Мигрень (патогенез, клиника и лечение) / А. В. Амелин, Ю. Д. Игнатов, А. А. Скоромец // Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2001. 200 с.
2. Самосюк, И. З. Акупунктура: энциклопедия / И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк // Киев: Украинская энциклопедия им. М.П. Бажана. М.: АСТ - Пресс, 1994. 543 с.
3. Табеева, Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии / Д. М. Табеева // М.: Медицина, 1980. 441 с.
4. Якупова, А. А. Лечение мигрени / А. А. Якупова, Р. А. Якупов // Невролог. вест. 2006. Т. XXXVII, вып. 3–4. С. 27–31.
5. Якупов, Р. А. Рефлексотерапия мигрени / Р. А. Якупов [и др.] // Альтернатив. мед. 2006. № 3. С. 7–14.
6. Lipton, R. B. American Migraine Study II: prevalence, burden and health care utilization for migraine in the United States / R. B. Lipton [et al.] // Headache. 2001. № 41. P. 646–657.
7. Manias, P. Acupuncture in headache: a critical review / P. Manias, G. Tagaris, K. Karageorgiou // Clin. J. Pain. 2000. Vol.16, № 4. P. 334–339.