

Л. Н. БЕЛИМОВА, В. А. БАЛЯЗИН

ВЛИЯНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, пер. Нахичеванский, д. 29, Ростов-на-Дону, Россия, 344022.

АННОТАЦИЯ

Цель. Оценка влияния на качество жизни пациентов с хронической головной болью напряжения (ХГБН) применения рефлексотерапевтического метода лечения наряду со стандартной медикаментозной терапией.

Материалы и методы. Объектом клинического исследования послужили 95 пациентов (16 мужчин и 79 женщин) с верифицированным диагнозом ХГБН. Пациенты разделены на 2 клинические группы. Пациенты 1-й группы получали амитриптилин 35-70 мг/сут и толперизон 450 мг/сут. Пациенты 2-й группы получали 2-4 курса инъекционной рефлексотерапии по предложенной методике. Интенсивность головной боли (ГБ) определялась при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36.

Результаты. В обеих клинических группах определялось снижение показателей качества жизни по всем шкалам за исключением физического функционирования (PF). Все пациенты положительно оценивали результаты проведенного лечения. Интенсивность ГБ по шкале ВАШ снизилась в 1-й группе до $1,7 \pm 0,78$ баллов ($p < 0,05$), а во 2-й группе до $1,65 \pm 0,79$ баллов ($p < 0,05$). В результате лечения отмечено достоверное увеличение всех показателей качества жизни, кроме социального функционирования (SF). Данный показатель в обеих группах значительно не отличался ($p > 0,05$).

Заключение. ХГБН значительно отражается на физическом и психологическом компонентах здоровья пациентов. Полученные результаты исследования показали перспективность использования инъекционной рефлексотерапии в лечении пациентов с ХГБН.

Ключевые слова: хроническая головная боль напряжения, инъекционная рефлексотерапия, качество жизни

Для цитирования: Белимова Л.Н., Балязин В.А. Влияние рефлексотерапии на качество жизни пациентов с хронической головной болью напряжения. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018; 25(3): 20-23. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-3-20-23

For citation: Belimova L.N., Balyazin V.A. Effect of the reflexotherapy on the quality of life in patients with chronic tension-type headache. *Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik*. 2018; 25(3): 20-23. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-3-20-23

L. N. BELIMOVA, V. A. Balyazin

EFFECT OF THE REFLEXOTHERAPY ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC TENSION-TYPE HEADACHE

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education «Rostov State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Nakhichevansky Street, 29, Rostov-on-Don, Russia, 344022.

ABSTRACT

Aim. To estimate the effect of reflexotherapy and standard pharmacological therapy on quality of life in patients with chronic tension-type headache (CTTH).

Materials and methods. 95 patients (16 men and 79 women) with CTTH have been taken as the object of research. All patients were divided into two clinical groups. Patients of group 1 received amitriptyline 35-70 mg/day and tolperisone 450 mg/day. Patients of group 2 were assigned to 2-4 courses of injecting reflexotherapy according to the suggested methodology. The intensity of headache was assessed on the basis of scores on the Visual Analogous Scale (VAS). The quality of life was evaluated in all the patients with the aid of the SF-36 survey.

Results. In both clinical groups there was decrease in quality of life in all scales except physical function (PF). All patients positively evaluated the results of the treatment. The intensity of pain reduced to $1,7 \pm 0,78$ points ($p < 0,05$) in the 1st group and $1,65 \pm 0,79$ ($p < 0,05$) in the 2nd group. As a result of the treatment, quality of life improved significantly in all scales except social function (SF). This index didn't statistically differ in both groups ($p > 0,05$).

Conclusion. CTTH significantly affect physical and mental components of patients' health. The results obtained from the study showed the potential use of injecting reflexotherapy as treatment for CTTH.

Keywords: chronic tension-type headache, injecting reflexotherapy, quality of life

Введение

Головная боль напряжения (ГБН) является самой распространенной формой первичной ГБ в целом, но, как это ни парадоксально, наименее изученной ее формой [1]. По оценкам ВОЗ, на протяжении последнего года, почти половина взрослых людей испытывали ГБ, по меньшей мере один раз, а регулярные ГБ ассоциируются с личным и общественным бременем боли, инвалидностью, сниженным качеством жизни и финансовыми расходами [2]. Приступы ГБ, а часто и страх в ожидании следующего приступа, оказывают негативное воздействие на семейную и общественную жизнь, а также на трудовую деятельность [2].

Лечение ГБН включает в себя купирование болевых эпизодов и профилактическое лечение посредством медикаментозной терапии приступов, превентивного фармакологического и немедикаментозного вмешательства [3, 4]. Интересно, что пациенты с хроническими ГБ склонны использовать различные немедикаментозные методы, так же как и пациенты с другими хроническими болями [5]. Это, в свою очередь, решает целый ряд проблем связанных с применением лекарственной терапии (аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, привыкание к анальгетикам и психотропным препаратам, развитие лекарственного абзуса).

В настоящее время рефлексотерапия (РТ) перешла из разряда эмпирических в разряд научно обоснованных лечебно-профилактических методов и интегрирована в систему здравоохранения большинства развитых стран мира [6]. В рекомендациях Европейской федерации неврологических ассоциаций (EFNS), опубликованных в 2010 году, применение РТ у больных с ХГБН имеет уровень доказанности «С» [4]. Однако, РТ в своих вариантах воздействия на биологически активные точки (БАТ) различна (иглорефлексотерапия, электростимуляция БАТ, фармакопунктура, массаж и др.), как и выбор БАТ, что в свою очередь влияет на эффективность метода. Этим обусловлено различное отношение авторов к действенности метода.

Цель исследования: оценить влияние на качество жизни пациентов с хронической головной болью напряжения (ХГБН) применения рефлексотерапевтического метода лечения наряду со стандартной медикаментозной терапией.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 95 пациентов (16 мужчин и 79 женщин) с ХГБН. Условиями включения пациентов в исследование служили соответствие установленного диагноза ХГБН диагностическим критериям Международной классификации головной боли 3-го бета пересмотра (2013г.), а также отсутствие различных органических заболеваний головного мозга, тяжелой соматической, неврологической и психиатрической патологии.

В ходе исследования методом адаптивной рандомизации все больные разделены на две группы: контрольную (1-я группа), лечение которых проводилось посредством общепринятой медикаментозной терапии (сочетание миорелаксанта с антидепрессантом) и основную (2-я группа), лечение которых осуществлялось с применением методики инъекционной рефлексотерапии. Исследование проводилось по согласованию с локальным независимым этическим комитетом (протокол заседания ЛНЭК №15/13 от 24.10.2013г.). Все пациенты были ознакомлены с информационным листком, и заполнили форму информированного согласия.

Группы были сопоставимы по демографическому и клиническому аспектам. В первую группу вошли 47 пациентов (40 женщин и 7 мужчин), средний возраст которых составил $36,5 \pm 9,1$ года. Вторая группа включала 48 пациентов (39 женщин и 9 мужчин), со средним возрастом $35,5 \pm 8,8$ года.

Лечение пациентов 1-й клинической группы включало в себя прием центральных миорелаксантов (толперизон 450 мг/сут) и трициклических антидепрессантов (амитриптилин 30-75 мг/сут), что соответствовало стандартам медикаментозной терапии при ХГБН. Подбор дозы определялся индивидуально, с учетом переносимости лекарственного средства и рекомендаций по его применению.

Пациентам 2-й клинической группы проводили лечение с применением 2-4 курсов инъекционной рефлексотерапии (фармакопунктуры) по разработанной методике. Каждый курс фармакопунктуры состоял из 3 процедур введения в акупунктурные точки головы и шеи (19TR, 20TR, 20(19)VG, 14(13)VG, H3) 0,5-1 мл 0,5% раствора прокаина с частотой – каждые 4 дня. Интервал между курсами составлял 7 дней.

При появлении отдельных эпизодов ГБ пациенты обеих клинических групп купировали приступ приемом ибупрофена в дозе 400 мг.

Всем пациентам проведено общеклиническое обследование, оценка клинико-неврологического статуса. С целью определения интенсивности ГБ использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ). Исследование качества жизни пациентов проводилось при помощи неспецифического опросника SF-36 (The Short Form-36). Показатели качества жизни оценивались в обеих группах перед началом лечения и через два месяца. Количественно определялись показатели по 8 шкалам: физического функционирования (PF), ролевого функционирования (RP), интенсивности боли (BP), общего состояния здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF), эмоционального состояния (RE), психологического здоровья (MH). Помимо этого, рассматривались сгруппированные показатели, отражающие физический (PF, RP, BP, GH) и психический (VT, SF, RE, MH) компоненты здоровья.

Полученный материал исследования обраба-

тывался по общепринятым методам медицинской статистики с определением среднего значения (M), стандартной ошибки (m). Данные представлены в виде $M \pm m$. Для выявления различий между группами использовался непараметрический критерий Уилкоксона-Манна-Уитни. Оценка проведенного лечения проводилась при помощи критерия Уилкоксона для связанных выборок. Статистически значимым считались различия при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы SPSS 10.0.

Результаты и обсуждение

Пациенты обеих групп предъявляли классические жалобы на симметричный давящий (по типу обруча, каски), ноющий, монотонный характер ГБ. Анамнез пациентов не выявил каких-либо физических или умственных отклонений и был типичен для пациентов с ХГБН. Средняя длительность ХГБН в 1-й и 2-й группе составила $4,5 \pm 2,7$ и $4,2 \pm 2,8$ года соответственно. Интенсивность ГБ по шкале ВАШ в контрольной и основной группах значимо не отличалась и составила $5,26 \pm 0,87$ и $5,17 \pm 0,78$ баллов соответственно. До начала терапии показатели качества жизни пациентов с ХГБН в обеих группах пациентов были значительно снижены (табл. 1). Значимых различий в значениях шкал контрольной и основной групп выявлено не было. Как и логично предположить, вариант «состояние полного здоровья» не указал ни один из пациентов. Как в первой, так и во второй группе большинство пациентов оценили свое здоровье как «плохое» или «посредственное».

Общий показатель качества жизни у пациентов обеих групп был вдвое ниже нормы. В первой группе он составил 371,9, а во второй – 411,4. Физический компонент здоровья несколько преобладал над психическим и составлял в первой группе 197,9 против 174,0, а во второй – 220,2 против 191,2. Это обусловлено сохранением высокого показателя физического функционирования (PF) у больных ХГБН. При заполнении 3-го раздела опросника SF-36 (показатель PF – вопросы

Таблица 1 / Table 1

Показатели качества жизни пациентов с ХГБН в клинических группах до начала лечения ($M \pm m$), %.

The quality of life index patients with CTTH in clinical groups before the start of treatment ($M \pm m$), %.

Шкала	1-я группа	2-я группа
GH	38,9 \pm 1,44	42,1 \pm 1,59
PF	87,2 \pm 1,47	90,1 \pm 1,50
RP	34,0 \pm 4,33	45,8 \pm 3,36
RE	31,6 \pm 4,12	47,6 \pm 3,55
SF	50,2 \pm 1,47	51,2 \pm 1,58
BP	37,7 \pm 1,10	42,2 \pm 1,28
VT	42,2 \pm 2,74	42,4 \pm 2,18
MH	50,0 \pm 2,53	49,9 \pm 1,86

За-3к) большинство пациентов выбирали ответ: «нет, совсем не ограничивает», что свидетельствует о способности выполнять довольно большой объем физических нагрузок без самоограничений. Способность к самообслуживанию не утрачена ни у одного пациента. Невзирая на сниженные показатели качества жизни, обременение хроническим болевым синдромом, нежелание совершать активные действия, практически все пациенты продолжали выполнять повседневную работу, вести трудовую и социальную деятельность.

Согласно полученным данным видно – ХГБН значительно отражается на качестве жизни пациентов по всем показателям, это касается как физических, так и эмоциональных проблем, а также проявляется снижением жизнедеятельности и социальной активности пациентов.

Для оценки проведенного лечения, через два месяца пациенты обеих групп повторно прошли тестирование. Пациенты обеих клинических групп положительно ответили на проводимую терапию, указывая на улучшение общего состояния, снижение интенсивности и частоты ГБ.

Через два месяца показатели интенсивности ГБ у пациентов, получавших медикаментозную терапию, значимо не отличались от таковых у пациентов проходивших сеансы фармакопунктуры. Выраженность болевого синдрома по шкале ВАШ в 1-й группе пациентов составила $1,7 \pm 0,78$ баллов ($p < 0,05$), а во 2-й группе – $1,65 \pm 0,79$ баллов ($p < 0,05$). По результатам тестирования общий показатель качества жизни вырос и в первой группе составил 574,4, а во второй – 570,2 (табл. 2).

Таблица 2 / Table 2

Показатели качества жизни пациентов с ХГБН в клинических группах через 2 месяца от начала лечения, ($M \pm m$), %.

The quality of life index patients with CTTH in clinical groups in 2 months of treatment period, ($M \pm m$), %.

Шкала	1-я группа	2-я группа
GH	55,1 \pm 1,19*	57,9 \pm 1,45*
PF	94,8 \pm 0,64*	94,7 \pm 1,10*
RP	88,3 \pm 2,39*	86,5 \pm 2,46*
RE	86,0 \pm 2,97*	82,8 \pm 2,78*
SF	48,1 \pm 1,15	48,1 \pm 1,36
BP	69,9 \pm 1,65*	72,8 \pm 1,81*
VT	64,8 \pm 1,67*	62,0 \pm 1,35*
MH	67,4 \pm 1,44*	65,4 \pm 1,52*

Примечание: * – достоверность различий в сравнении с исходными данными, $p < 0,05$.

Несмотря на различные подходы в лечении, показатели качества жизни пациентов обеих клинических групп были сопоставимы: физический компонент в 1-й группе составил 308,1, во 2-й группе – 311,9, а психологический – 266,3 и 258,3 соответственно. Однако, показатель социального функционирования (SF) в обеих группах значи-

мо не отличался ($p > 0,05$). Это свидетельствует об ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с сохранением болевого синдрома и эмоциональным состоянием. Пациенты во многом склонны оценивать лечение как положительное, но настороженно относятся к полноценному возвращению в социум, так как общение связано со стрессовыми ситуациями, которые могут спровоцировать очередной приступ.

На показателях качества жизни отражается не только наличие болевого синдрома, но и эмоциональное состояние человека, социальное и материальное его благополучие. Клинический результат, полученный в первой группе, обусловлен доказанным патогенетическим действием антидепрессанта. Патогенез ХГБН обуславливает влияние на большинство составляющих качества жизни, так как с хронизацией боли добавляется психологическая симптоматика (депрессия, тревожность). Уменьшение интенсивности боли на несколько баллов влияет не только на болевой показатель (BP), но и существенно изменяет значения ролевого и эмоционального функционирования (RP и RE).

Эффект достигнутый во второй группе пациентов осуществляется с одной стороны в изменении объемных характеристик ткани в ответ на локальную инъекцию препарата, что обеспечивает пролонгированную рефлекторную стимуляцию точки, с другой – топографическая близость БАТ к основным неврологическим структурам, где введение местного анестетика обеспечивает блокаду болевой периферической ноцицептивной информации (влияние на тригеминоvascularный и тригеминоцервикальный комплекс). Применение РТ у больных с ХГБН имеет многоуровневое значение – повышается порог возбудимости болевых рецепторов, снижается проведение ноцицептивной информации по сенсорным путям, увеличивается влияние центральной антиноцицептивной системы, снижается эксплицитность аффективных эмоциональных реакций, а также меняется личностное восприятие боли.

Заключение

Полученные результаты исследования качества жизни у пациентов с ХГБН показывают ее влияние как на физический, так и на психологический компонент здоровья. Несмотря на наличие болевого синдрома и снижение физической активности, пациенты продолжают вести трудовую и социальную деятельность, что частично объясняет

низкую обращаемость пациентов с ХГБН за помощью к врачам, и, как следствие, хронизацию боли, развитие лекарственного злоупотребления. Учитывая, что у части пациентов с ХГБН имеет место выраженное снижение психического компонента качества жизни, в связи с развитием депрессивных и тревожных расстройств, применение антидепрессантов у этой категории целесообразно, но несет значительную медикаментозную нагрузку. Результаты в лечении ХГБН, полученные при использовании инъекционной рефлексотерапии наряду с медикаментозной терапией, сопоставимы и подтверждают конкурентоспособность данного метода лечения, что значительно снижает неблагоприятные явления от лекарственной терапии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Jensen R.H. Tension-Type Headache – The Normal and Most Prevalent Headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2018; 58(2): 339-345. DOI: 10.1111/head.13067.
2. Информационный бюллетень ВОЗ №277 «Головные боли» [www.who.int]. ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения; 2016 [обновлено апрель 2016; процитировано 27 марта 2018]. Доступно: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/ru>.
3. Осипова В.В. *Мигрень и головная боль напряжения*. В кн.: Гусев Е.И., Коновалов А.Н., редактор. *Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 72-81, 133-157. [Osipova V.V. *Migren' i golovnaja bol' naprjazhenija*. In.: Gusev E.I., Kononov A.N., editor. *Klinicheskie rekomendacii. Nevrologija i nejrohirurgija*. М.: GEOTAR-Media; 2015. 72-81, 133-157. (In Russ.)].
4. Ахмадеева Л.Р., Азимова Ю.Э., Каракулова Ю.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению головной боли напряжения. *РМЖ*. 2016; 24(7): 411-419. [Ahmadееva L.R., Azimova Ju.Je., Karakulova Ju.V. et all. *Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniju golovnoj boli naprjazhenija*. *RMJ*. 2016; 24(7): 411-419. (In Russ.)].
5. Корешкина М.И. Современные подходы к лечению головной боли напряжения. *Фарматека*. 2013; 272(19): 22-25. [Koreshkina M.I. *Sovremennye podhody k lecheniju golovnoj boli naprjazhenija*. *Farmateka*. 2013; 272(19): 22-25. (In Russ., English abstract)].
6. Медведева Л.А., Загоруйко О.И., Шевцова Г.Е. Рефлексотерапия хронической боли: клиническая практика с позиции доказательной медицины. *Российский журнал боли*. 2017; 53(2): 74-81. [Medvedeva L.A., Zagorulko O.I., Shevtsova G.E. *Reflexology in chronic pain patients in terms of science-based medicine*. *Rossiiskij zhurnal boli*. 2017; 53(2): 74-81. (In Russ., English abstract)].

Поступила / Received 24.04.2018

Принята в печать / Accepted 21.05.2018

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest

Контактная информация: Белимова Людмила Николаевна; тел.: +7 (989) 616-42-60; e-mail: belimova-ln@yandex.ru; Россия, 344091, г. Ростов-на-Дону, ул. Извилистая, 17, кв.43.

Corresponding author: Lyudmila N. Belimova; tel.: +7 (989) 616-42-60; e-mail: belimova-ln@yandex.ru; 43, 17, Izvilistaya str., Rostov-on-Don, Russia, 344091.