

THE MINIACUPUNCTURE SYSTEMS OF THE HAND AND FOOT:  
METHODS OF TREATMENT, INDICATIONS AND  
CONTRAINDICATIONS

T.E. SOKOLOVA

Summary

Among many MAS of the hands and feet the most theoretically well substantiated, based on certain anatomical, physiological and philosophical principles of organization are the miniacupuncture systems of the hand and foot (Su Jok therapy). These systems are based on the principle of the structural similarity, which permits to find therapeutic points quickly and correctly in each particular case. Specific features of therapeutic procedures and basic methods of action on the MAS points of the hands and feet (massage of points, needling, tsubo therapy, magnet therapy, etc.) are described.

**Key words:** miniacupuncture systems (MAS), Su Jok therapy

УДК 616-06; 615.814.1

АУРИКУЛЯРНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ  
ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В.Н. ХАРЕНКО, О.Т. КУТУШЕВ\*

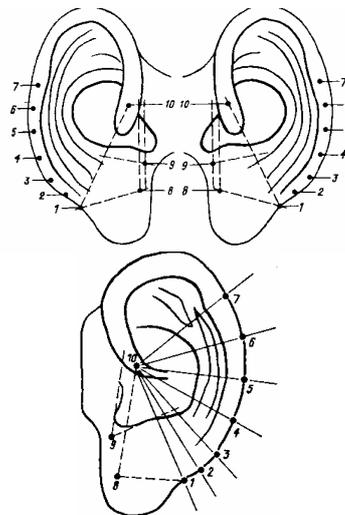
В настоящее время нет 100% надежного метода для купирования зависимости от курения табака. Поэтому любое предложение по усилению положительного эффекта требует серьезной оценки и «тиражирования», в хорошем смысле этого слова. Впервые в России в доступной печати рефлексотерапия табачной зависимости представлена в монографии [1], где специально был рассмотрен метод ухониглотерапии в наркологии как самостоятельный вид воздействия, а также в комбинации с корпоральным иглоукальванием. В перечне лечебного влияния на табачную зависимость иглоукальвание рассматривается как один из самых эффективных методов. Основными методами лечения табачной зависимости являются медикаментозный, психотерапевтический, рефлексотерапия. Существует заместительная медикаментозная терапия никотиноподобного ваготропного действия. Широко применяются анксиолитики, реже – антидепрессанты при аффективно-эмоциональных нарушениях в абстиненции и для профилактики рецидивов.

Рефлексотерапия табачной зависимости изложена в «Методических рекомендациях по рефлексотерапии табакокурения», 1981 [10], утвержденных Минздравом СССР и до настоящего времени являющихся основным руководящим документом. В дальнейшем эта тема была представлена в методических рекомендациях «Рефлексотерапия при табакокурении, алкоголизме, наркомании и ожирении», разработанных Н.А. Дробышевой, 1996 [4], а также в различных монографиях посвященных чжень-цзю-терапии без детализации тактики воздействия и учета клинических разновидностей зависимости от курения табака.

Методика аурикулярной рефлексотерапии в рамках программы «Антитабак» разрабатывалась в лаборатории Ножье (Nogier) во Франции и названа методикой Бурдиоля по имени автора, предложившего этот способ воздействия для терапии табачной зависимости [1]. Не взирая на тысячелетнюю историю использования иглорефлексотерапии в Восточной медицине, до настоящего времени отсутствует какая-либо информация по лечению влечения к табаку в традиционных рекомендациях. Поэтому основным методом мы считаем аурикулотерапию по Бурдиолу и вспомогательным – симптоматическое воздействие на корпоральные точки в зависимости от ведущего синдрома. Большой вклад в изучении механизма аурикулярной рефлексотерапии принадлежит нашему соотечественнику Дурияну Р.А., 1982 [3], который отметил, что «арикулярная рефлексотерапия в последнее десятилетие широко и успешно используется для нормализации многих функциональных нарушений и купирования различных болевых и стрессовых состояний. Ее эффективность в ряде случаев выше, чем при

корпоральной рефлексотерапии, особенно для обезболивания и снятия стрессового состояния». Взаимосвязь ушной раковины с висцеральными органами и другими частями тела базируется на положениях: в процессе филогенеза приспособление животных к условиям существования определилась значимость постоянно движущихся ушей – этих биологических локаторов; получение через органы слуха информации о происходящем в окружающей среде и необходимость мобилизации для удаления от угрозы или защиты от нее, требовавшей соответствующей подготовки всех частей тела и органов, стало необходимым условием к установлению связи органов слуха со всеми частями тела; сложностью и многообразием чувствительной иннервации, делающей ушную раковину уникальной областью поверхности человеческого тела.

Ушная раковина с ее богатой иннервацией и васкуляризацией (в этой области нервная система представлена исключительно чувствительными, а не моторными афферентными нервами) является важной сенсорной зоной, при раздражении которой возникает мощный поток афферентной импульсации, направленный к мозгу [15]. Крайне важно, что этот поток приходит в мозг в основном на уровне его стволовых образований, где расположены ядра черепных нервов, тесно связанных с регуляцией внутренних органов и внутренней среды организма (IX и X пары). Ретикулярная формация ствола мозга оказывает мощное регулирующее воздействие как в восходящем (на вышележащие образования, в том числе лимбико-ретикулярный комплекс и новую кору), так и в нисходящем направлении (на спинной мозг, периферические отделы соматической и вегетативной систем, эндокринные железы) [15]. Анализируя онто-филогенетические и анатомо-физиологические особенности ушной раковины и ее иннервации, можно с уверенностью сказать, что нервный аппарат ушной раковины является ключом аурикулярной рефлексотерапии.



В настоящее время сформировалось представление, что табачная зависимость является заболеванием, формирующимся на основе взаимодействия генетических, биологических, психосоциальных факторов и влияния внешней среды.

Официально утверждена и рекомендована к использованию в практическом здравоохранении классификация Смирнова В.К., 2000 [13], которая представлена идеаторной, диссоциированной и психосоматической формами. Табачная зависимость – это клиническая форма патобиологического процесса, который феноменологически характеризуется потерей в сфере мышления контроля «Я» над возникновением и прекращением воспоминаний и представлений, желаний повторного курения табака с одновременным развитием клиники синдрома патологического влечения к курению табака, синдрома отмены, ремиссии и рецидивов. Ведущим синдромом в клинике отмены являются: идеаторный, вегето-сосудистый, невротический [13].

В этой связи о себе заявляет концепция о детерминантных структурах в рефлексотерапевтической практике. Эта теория аргументировано отвечает на вопрос – почему многие рефлексы проявляются лишь в условиях патологии. Она основывается на

\* Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Наркологический диспансер № 9 Центрального административного округа г. Москвы

том, что положительный эффект от иглоукалывания в немалой степени связан с нормализующим влиянием на нейродинамику, устранением возникших под действием патогенных факторов неблагоприятных нейродинамических сдвигов. На ряд еще невыясненных вопросов о механизмах рефлексотерапии отвечает разработанная Г.Н. Крыжановским [7] концепция о роли детерминантных структур в патологии нервной системы. Рассматривая табачную зависимость как изменения в нервной системе, ее течение можно представить два этапа. Первый этап – это альтернация (*alteraci*, лат. – изменение) структур, нарушение и прерывание функциональных связей, повреждение и дезинтеграция существующих физиологических систем. Второй этап – возникновение новых патологических интеграций из поврежденных и вторично измененных образований нервной системы. При многих формах патологии образования и деятельности патологических интеграций являются главенствующим патогенетическим механизмом. На уровне межнейронных отношений такой патологической интеграцией является агрегат взаимодействующих гиперактивных нейронов, обладающий свойствами генератора патологически усиленного возбуждения (ГПУВ). На уровне системных отношений патологической интеграцией является новая патодинамическая организация, охватывающая различные первично и вторично измененные отделы нервной системы и представляющая собой патологическую систему. Для образования патологически значимого ГПУВ также необходимо определенное время, так как деятельность генератора функционально проявляется тогда, когда количество составляющих его нейронов достигает определенного критического уровня. Исходом патологического процесса в нервной системе могут быть ликвидация этого процесса, хронизация и возникновение устойчивого патологического состояния, патогенетическим ядром которого является сохраняющаяся патологическая система, детерминанта по Г.Н. Крыжановскому [7]. Если поток импульсов, продуцируемый генератором функционально изолирован и не может, благодаря многочисленным тормозным механизмам распространиться и действовать на другие отделы ЦНС, то патологический эффект не возникает, и формирование заболевания приостанавливается. Развитие патологической детерминанты и ее деятельность относятся к разряду типовых патологических процессов, реализующихся в ЦНС на системном уровне. Она проявляется тогда, когда возникает индуцированная ею патологическая система. Взаимосвязь между патологической детерминантой и ГПУВ заключается в том, что детерминанта – образование ЦНС, которая становится организующим и системообразующим ключевым звеном патологической системы благодаря своей гиперактивности, определяемой деятельностью генератора, возникшего в этом образовании. Важную роль в формировании патологической системы играет наследственный фактор. Речь идет не только о наследственной передаче и генетической детерминированности механизмов формирования патологической системы того или иного заболевания нервной системы, но и предрасположенностью к формированию патологических систем в виде облегченного образования патологических интеграций в структурах нервной системы и облегченного формирования ГПУВ. Подавление и ликвидация генераторов является существенной частью патогенетической терапии табачной зависимости. В задачу лечения входит построение лечебного процесса по законам воздействия на развитие типовых патологических процессов, подавление их активности и ликвидация ГПУВ. Ликвидация патологических систем является правилом, лежащим в основе нервных расстройств и служащих патофизиологическим базисом нейрпатологических синдромов. Эта цель достигается подавлением патологических детерминант, дестабилизацией патологической системы и активацией антисистем. В системе формирования ГПУВ и детерминанты патологического состояния по-новому оценивается роль и значение иглоукалывания, как фактора, воздействующего на эту систему.

Терапевтическое воздействие иглоукалывания можно разделить на три уровня: локальный; сегментарный и супрасегментарный. Супрасегментарный механизм предполагает афферентную стимуляцию системных реакций [5] с воздействием на патологическую детерминанту. Достигается эта цель афферентной стимуляцией патологической системы, где потребителем этого потока могут быть «здоровая» и «больная»

части. В каких соотношениях могут находиться эти части между собой – остается только догадываться, но эмпирический опыт свидетельствует о том, что комбинация определенных точек акупунктуры (ТА) способна изменить эту ситуацию в благоприятную сторону. Принцип двойственной функциональной посылки [5] гласит, что возбуждающая посылка, которую продуцирует активируемое образование, идет по двум адресам к возбуждающим и тормозным нейронам. От последних идут возбуждающие и тормозные влияния, которые конвергируют на одних и тех же структурах. Этот принцип может объяснить распад патологической системы за счет повышения тормозных функций антисистемы по принципу доминантных соотношений и снижение активности ГПУВ в самой патологической системе с потерей возможности патологического детерминирования.

Детерминанта [9] активизируется стимуляцией лишь определенной модальности, специфичной для данной патологической системы. В ряде случаев акупунктурные точки представляют собой афферентные поля с входом в детерминантные структуры патологических систем (или «антисистем»). При иглоукалывании происходит расшатывание и ослабление связей между отдельными участками патологической системы, что способствует ее подавлению.

Значительных успехов рефлексотерапия достигла в реализации «Программы Антитабак» [1–2]. Р. Бурдиоль рекомендует первоначально воздействовать на 8 точек ушной раковины по номерам: 0 (10), 1–7. Если пациент – правша, то иглы вводятся в правое ухо, причем в разные точки должны вводиться иглы из разного металла: в точки 0(10), 1, 2 – серебряные, 3 – стальная, 4–7 – золотые или молибденовые. Если пациент – левша, то берутся аналогичные точки левого уха, но иглы должны быть другими: для точек 0(10), 1, 2 – из золота или молибдена, 3 – из стали, 4–7 – из серебра. Если лечение не дает результата, в последующем сеансы дополнительно вводят еще серебряные иглы в точке 8 и 9. Выбор стороны воздействия часто сложен и, если после первого сеанса больной не регистрирует эффект (отвращение к запаху табака, ощущение «запаха трав» при курении и т.д.), обычно рекомендуется вводить иглы в другую ушную раковину, соответственно поменяв и металл игл. Локализация точек уточняется так называемым транспортным методом. Ориентируясь на точки 10 и 1, транспортным методом определяют точки 2–7 (определяют проведение линии от точки «Ножье» мысленно или с помощью транспортира до пересечения с вертикальной кромкой уха, другими словами – до пересечения с завитком по краю ушной раковины; первая линия проводится до нижнего края Дарвинова бугорка, вторая – на уровне задней бороздки ушной раковины, затем линии с углами размерами 15°, 13°, 13°, 10°, 9°; расчет начинается с первой линией).

По методике Бурдиоль для лечения табачной зависимости первой находится точка 10(0) – «нулевая точка Ножье» – в центре ушной раковины на ножке завитка в желобке в месте перехода вертикальной части завитка в плоскую часть; топографически соответствует точке «Зеро». Второй определяется и укалывается точка 2 – на пересечении края ушной раковины с линией, проведенной через «нулевую точку Ножье» (10) и заднюю ушную борозду. Третьей – точка 7 – на уровне бороздки ниже Дарвинского бугорка на его нижней границе. Далее – точки 2–6 – по краю завитка ушной раковины между точками 1 и 7, начиная сверху вниз, причем расстояние между ними возрастает пропорционально снизу вверх, считая от точки 1. Точка 8 – располагается на пересечении линий, проведенных через переднюю часть межкозелковой вырезки и горизонтальной линии сверху мочки уха. Точка 9 находится на пересечении касательной с самой нижней частью впадины и вертикальной линией в центре козелка. В исследованиях табачной зависимости С.Г. Руднев [11] пришел к выводам и следующим рекомендациям: положительный эффект при рефлексотерапии табачной зависимости достигается в 66% случаев, что подтверждается катамнестическими наблюдениями; эффективность акупунктуры зависит от психологических особенностей пациентов; в течение первых минут 1-й процедуры акупунктуры отмечается усиление вазоспастических реакций, отчетливо выраженных в бассейне синкаротидных артерий; эффект лечения существенно зависит от исходного фона функциональной активности симпатико-адреналовой системы и в целом не зависит от пола; по завершении процедуры у пациентов пропадает желание курить, купируются явления никотиновой абстиненции. Уже после

первой акупунктурной стимуляции отмечается отвращение к запаху, вкусу табака, а также отсутствие прежнего удовлетворения от выкуренной сигареты; акупунктура табачной зависимости преимущественно как монотерапия проводится лицам молодого и среднего возраста. Следует опасаться осложнений при сердечно-сосудистой недостаточности, т.к. может быть резкое ухудшение общего состояния.

В нашей методике лечения табачной зависимости мы ориентировались на клинический симптомокомплекс психосоматической структуры табачной зависимости и ряд положений, разработанных профессором Смирновым В.К. и ак. Крыжановским Г.Н.[12, 13, 7]: возможность сочетания акупунктурной терапии с аверсивной терапией и формированием отвращения к никотину и курению табака; понимание патогенного влияния курения на нервную систему как яда ваготропного действия с двухфазностью в развитии с первоначальным симпатомиметическим, а затем парализующим воздействием на область синапса, с характерным клиническим сопровождением и проявлениями: тахикардии, повышения артериального давления, мидриаза, изменением сухожильных рефлексов, резко выраженного дермографизма, тремора рук, головокружения, иными словами явлений «спинально-церебральной атаксии» [11]. Предлагаемая нами методика лечения: основной курс лечения для купирования табачной зависимости должен состоять из 5 процедур стимуляции аурикулярных точек; периодичность проведения процедур: первые 3 сеанса ежедневно, в дальнейшем – 2 раза в неделю (целесообразность такого распределения продиктована основным механизмом действия иглоукальвания: на первом этапе – компенсаторным, имитирующим влияние никотина, на втором этапе – воздействием на нормализацию сосудистого тонуса с лечебной стабилизирующей ролью); обязательным условием должно быть минимальное 15-часовое воздержание от курения перед сеансом иглоукальвания, так как эффект процедуры и ее конечный результат зависят от выраженности проявлений абстинентного синдрома к моменту воздействия (желание курения должно ярко доминировать в поведении и сопровождаться симптомами идеаторного или психосоматического характера в зависимости от формы табакорурения); выбор ушной раковины для аурикулярной рефлексотерапии согласно диагностике формы табачной зависимости по В. К. Смирнову: для идеаторной формы – на правое ухо, для диссоциированной – на левое ухо; аурикулярную терапию необходимо проводить с использованием Ø0,3–0,4 мм стальных игл длиной 3–5 см по стандартной методике. Первой укальвается точка ушной раковины на месте перехода ножки в восходящую часть гелекса (завитка) на глубину 1,5–2 мм вертикально или 2–4 мм под углом (направление кончика иглы вниз) в желобке («нулевая точка Ножье»). Второй укальвается точка на пересечении края ушной раковины с линией, проведенной через «нулевую точку Ножье» и заднюю ушную бороздку; третьей – точка 7 – на уровне бороздки ниже Дарвинского бугорка, на его нижней границе. Затем кромка уха между 2 и 7 точкой условно делится на три неравных отрезка, из которых самый большой – сразу ниже Дарвинского бугорка; второй отрезок – меньше, чем первый; ниже и меньше первых двух отрезков третий отрезок. Границу между отрезками обозначают введением игл. Затем выделенные отрезки по гелексу делятся на равные половины введением иглолок. В итоге по краю завитка ставится 7 игл. Устанавливается игла в точку «агрессии» или «аффекта» на мочке уха (на 2–3 мм сзади от места прикрепления мочки к области лица, которая расположена в зоне 8-й и 9-й точек по Бурдиолу. Дополнительно ставим иглу в точку на пересечении касательной с нижней частью межкозелковой вырезки и вертикальной линии, проведенной через центр козелка, и точку коры на границе противокзелка.

После введения игл пациенту дается около 5 мин отдыха. Затем он должен взять в руки заранее приготовленную сигарету, совершая привычные действия как при курении, уделить достаточное внимание восприятию запаха табака и пытаться мысленно имитировать курение с формированием образного воспоминания или представления табакокурения. В этот момент подкручиваются иглы до ощущения «возгорания», жжения и/или легкой боли таким образом, чтобы вызвать определенную вегетативную реакцию с формированием негативного восприятия запаха табака и акта курения, формируется аверсивное

направление в терапии; длительность сеанса 30–50 минут, желательно до появления металлического привкуса во рту.

Настоящая методика использует аурикулоакупунктуру и аверсивную терапию, позволяющую формировать аффективно насыщенный комплекс, ядром которого является негативная реакция на курение табака, которая проявляется на идеаторном, вегетативно-сосудистом и психосоматическом уровнях. Методика основывается на аверсивной [от лат. *aversio* – отвращение] системе И.П. Павлова [6] которая сочетает привлекательные стимулы (например, формирование образа, представления или воспоминания курения) с болезненным, неприятным, вызывающим вегетативные проявления стимулированием акупунктурных зон на ушной раковине.

Особенно актуально комплексное воздействие при тяжелых формах табачной зависимости психосоматической и идеаторной. Важно подчеркнуть эффективность ИРТ не только при купировании абстинентного синдрома, но и при поддерживающих сеансах 1–2 раза в неделю, в среднем до 5–7 сеансов. Эффективность предложенной методики значительно усиливается в системе комплексной терапии при лечении табакокурения с участием в лечебном процессе врачей различных специальностей (психиатра-нарколога, психотерапевта, терапевта, мед. психолога) с использованием различных методов воздействия (медикаментозное, психотерапия, физиотерапия, ЛФК и т.д.). Комплексный подход в лечении табачной зависимости в настоящее время апробируется в на базе 9 наркологического диспансера УЗ ЦАО г. Москвы. Результаты исследования будут в дальнейшем предложены для обсуждения при разработке соответствующих методических рекомендаций.

#### Литература

1. *Возралик В.Г., Возралик М.В.* Игло-рефлексотерапия (пунктационная терапия). – Горький, Волго-Вятское кн. изд-во, 1978. – С. 266–270.
2. *Возралик В.Г., Возралик М.В.* АКУПУНКТУРА. Основы традиционной восточной рефлексодиагностики и пунктурной адапционно-энергезирующей терапии: ци-гун. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – С. 299–301.
3. *Дуринян Р.А.* Атлас аурикулярной рефлексотерапии. – Ташкент: Медицина, 1982.
4. *Дробышева Н.А.* Рефлексотерапия при табакокурении, алкоголизме, наркоманиях и ожирении: Метод. рекоменд. – М., 1996. – С. 12–16.
5. *Иванчиков Г.А.* Механизмы акупунктуры. – Казань, 2004. – С. 94–96.
6. *Психотерапевтическая энциклопедия* / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Питер, 1999. – С. 9–10.
7. *Крыжановский Г.Н.* Общая патофизиология нервной системы. – М., Медицина, 1997. – С. 15–183.
8. *Дизрегуляторная патология* / Под ред. Г.Н. Крыжановского. – М.: Медицина, 2002. – С. 342–350.
9. *Панченко Е.И.* Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1986. – № 12. – С. 1790–1794.
10. *Руднев С.Г. и др.* Методические рекомендации по рефлексотерапии табакокурения. – М., 1981.
11. *Руднев С.Г.* «Рефлексотерапия табакокурения», дис... канд. мед. наук. – М., 1994. – С. 5–77.
12. *Смирнов В.К.* Клинический разновидности курения табака. – М., 1985.
13. *Смирнов В.К.* Клиника и терапия табачной зависимости. – М., 2000. – С. 9–26.
14. *Стояновский Д.Н.* Частная рефлексотерапия. – Кишнев, 1989. – С. 180–186.
15. *Табеева Д.М.* Атлас игло-рефлексотерапии. – Казань, 1979. – С. 103–106.

AURICULO-REFLEXOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE.

VASILY N. KHARENKO, OLEG T. KUTUSHEV

#### Summary

The article represents modern opinion on pathogenesis of Tobacco dependence and principal approaches of Tobacco treatment. The overview of recent publications and detailed description of certain methods and procedures (both Russian and foreign) are given. The

particular attention is focused on brand-new Tobacco treatment method called combined auriculo-aversive therapy, which is adopted in Moscow narcological dispensary №9. The method currently undergoes a test in this institution. However, recommendations will be given after accumulation of statistic data in dynamic observation during and after treatment.

**Key words:** tobacco treatment, tobacco dependence

УДК 615.814.1; 616.523

МИКРОАКУПНКТУРНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ

В.В. МАЛАХОВСКИЙ \*

Постгерпетическая невралгия (ПГН) определяется как продолжение, или возвращение боли на участке высыпаний, через один месяц или более после начала атаки herpes zoster. ПГН представляет собой наиболее распространенное алгическое осложнение herpes zoster [НЗ] и является причиной хронической нейропатической боли в пожилом возрасте. С учетом того, что доля лиц пожилого и старческого возраста в популяции постоянно возрастает, проблема терапии ПГН приобретает все более актуальный характер, тем более, что по данным [8], ПГН – ведущая причина суицидов среди пациентов с хронической болью старше 70 лет [8]. Вопреки сложившимся представлениям, ПГН не является редким заболеванием, ПГН возникает у 25–40 % пациентов старше 60 лет, перенесших опоясывающий лишай [13]. Боль – характерный признак НЗ. Пациенты обычно жалуются на жгучую и ланцинирующую боли. Среди проявлений НЗ следует отметить также гипестезию, зуд и тактильную аллодинию [9]. Если эта симптоматика сохраняется на срок более месяца, то она рассматривается как проявление постгерпетической невралгии. ПГН часто имеет упорное течение. Длительность заболевания колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет [15].

Существующие лечебные мероприятия, направленные на борьбу с болевым синдромом – ведущим в клинической картине ПГН, обычно оказываются малоэффективными. Это побуждает специалистов к поиску новых терапевтических подходов. Основным методом лечения ПГН является психофармакотерапия с использованием антидепрессантов (амитриптилин и др.) [4] и антиконвульсантов (карбамазепин и др.) [5], хирургические методы, имеющие значительное количество выраженных побочных эффектов [7]. А также местное лечение – капсаицин [12], лидокаиновые спреи и гели [14].

В последнее время шире применяются нелекарственные подходы, в т.ч. и чрескожная электронейростимуляция, электроакупунктура, корпоральная акупунктура. По данным [6, 10], лечение ПГН с использованием акупунктуры достигает успеха. Близкие данные сообщают в работе [11], указывая также на дешевизну метода и отсутствие побочных эффектов, свойственных большинству других способов лечения. Сведения о применении корпоральной иглорефлексотерапии при ПГН, позволили предположить возможную эффективность использования микроакупунктуры (сочетание аурикулопунктуры [1] и Су Джок-терапии [3]).

**Цель исследования** – изучить эффективность применения микропунктурных методов в терапии больных ПГН.

**Материал исследования** составили 110 пациентов с ПГН. Из них 38 мужчин (35%). Поражение ветвей тройничного нерва отмечалось в 21 случае (19%), цервикальных дерматомов – в 11 (10%), торакальных – в 62 (56%), лямбальных – в 16 (15%). Лица с поражением сакральных дерматомов в группу не вошли. Минимальный возраст – 47 лет, максимальный – 85 лет. Средний возраст 67,5 лет. Продолжительность заболевания – от 2 месяцев до 5 лет. Существенной зависимости между стороной поражения и степенью выраженности болевого синдрома, а также полом и степенью выраженности болевого синдрома не отмечалось.

**Критериями исключения** из группы были: наличие у пациентов болезней крови, лимфопролиферативных и других

онкологических заболеваний, а также тяжелой эндокринной патологии. Эти ограничения были связаны с невозможностью применения микроакупунктуры при данных нозологиях, т.к. они являются противопоказанием к рефлексотерапии.

**Оценка болевого синдрома** проводилась с использованием модифицированного болевого теста (МБТ), включавшего 5 шкал: 1 шкала – частоты появления боли; 2 шкала – длительность боли; 3 шкала – интенсивность боли; 4 шкала – сенсорного восприятия боли (список дескрипторов); 5 шкала – эмоционально-аффективная оценка боли [2].

**Методы лечения.** Пациенты методом случайной выборки были разбиты на 3 группы. В первую группу вошли 40 человек. В этой группе лечение проводилось с применением амитриптилина в дозе 75 мг/сут (ТАД-группа). Во второй группе (40 человек) лечение проводилось методами микроиглотерапии. В этой группе применялись совместно аурикулотерапия (постановка игл в точки регулирующего действия (34,51,55 и т.д.) и точки, соответствующие области поражения: лба (33), виска (35), аурикулотемпорального нерва (16а) – в группе с вовлечением тройничного нерва; точки грудного (39,42,108) и поясничного (40,54,106) отделов позвоночника и спинного мозга (130) соответственно) и СуДжок-акупунктура по системе соответствия [3], на кистях рук (ИРТ-группа). В третью группу вошло 30 человек. Им проводили лечение с применением амитриптилина (50 мг/сут) и микропунктурных методов, описанных выше (ТАД+ИРТ-группа). Оценка эффективности лечения велась с использованием МБТ через два месяца после начала терапии.

**Результаты терапии.** Отмечено достоверное увеличение эффективности терапии болевого синдрома у пациентов в группе лечения антидепрессантами и микроиглотерапией (\*p<0,05), относительно монотерапии амитриптилином по шкалам длительности боли (на 1,1 балла), частоты болевых проявлений (на 0,8 балла), сенсорного восприятия боли (на 0,7 балла) (рис. 1).

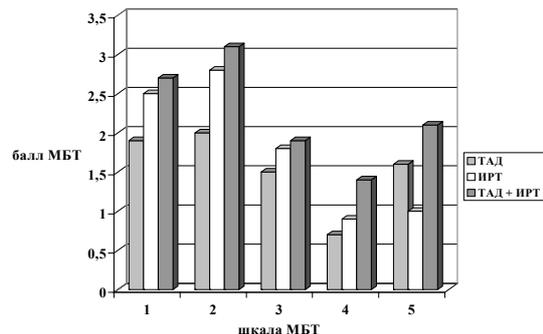


Рис. 1. Совокупная динамика уменьшения болевого синдрома в (в баллах МБТ)

Суммарное увеличение эффективности терапии составляет 12% в группе сочетанного лечения амитриптилином (50 мг/сут) и микроиглами относительно монотерапии амитриптилином (75 мг/сут). Результат достоверен (p<0,05). При комплексной оценке, различия выявляемые на диаграмме 1 усредняются демонстрируя совокупную динамику эффективности.(рис. 2)

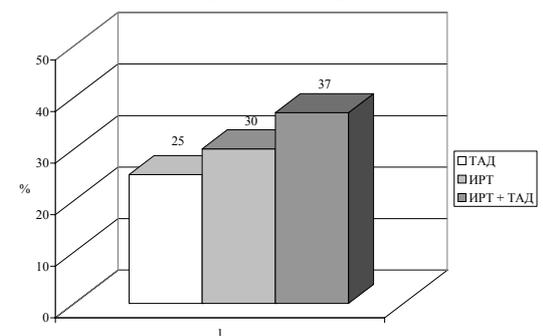


Рис. 2. Совокупная суммарная динамика динамика уменьшения болевого синдрома по МБТ (все группы)

\* Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии