

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПЕРВИЧНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

НАПРИЕНКО М.В., ст. научн. сотр., к.м.н., КУДАЕВА Л.М., вед. научн. сотр., доцент, к.м.н.
Кафедра нелекарственных методов лечения и клинической физиологии
ММА им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия
naprienko@nm.ru, LUM8@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

Обращение к врачам по поводу головной боли составляет 22% среди всех жалоб на болевые ощущения. Переход эпизодической в хроническую боль и при мигрени, и при головной боли напряжения может происходить под влиянием таких факторов, как хронический стресс, депрессия и злоупотребление анальгетиками [1-3].

Популяционные исследования, проведенные в США, Европе и Азии показали, что хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) наблюдается в 4-5% в популяции, однако пациенты с ХЕГБ составляют большинство пациентов в специализированных клиниках. Главным критерием диагностики ХЕГБ является временной фактор – наличие головной боли (ГБ) не менее 6 дней в неделю, не менее 4 часов в день, не менее 15 дней в месяц, не менее 6 месяцев в году [4]. Чаще всего донорами ХЕГБ являются хроническая головная боль напряжения и трансформированная мигрень – форма хронической мигрени, которая под влиянием трансформирующих факторов теряет присущие ей мигренозные черты.

Выбор тактики лечения при ХЕГБ зависит от вида первичной ГБ, коморбидных расстройств, наличия или отсутствия абюзного фактора. Особое место в лечении ХЕГБ занимают нелекарственные методы. Это связано с несколькими причинами: недостаточной эффективностью стандартной противоболевой терапии при хронических болевых синдромах; наличием индивидуальной непереносимости и (или) возникновением аллергических реакций; возникновением феноменов привыкания и зависимости при приеме транквилизаторов и антидепрессантов; отсутствием противопоказаний к применению большинства немедикаментозных методов [5, 6]. Существует точка зрения, что «медицина может быть либо доказательной, либо традиционной». Однако в последнее время растет число рандомизированных контролируемых испытаний, которые свидетельствуют об эффективности немедикаментозных «традиционных» методик [7]. Это привело, например, к тому, что 10% жителей Великобритании и 25% жителей США ежегодно проходят курсы немедикаментозной терапии. Самым популярным из всех методов традиционной медицины является иглорефлексотерапия (ИРТ), наиболее экономичный, чрезвычайно щадящий и наиболее адекватный метод лечения различных заболеваний, связанных с патологией регуляторных систем организма (нервной, эндокринной, иммунной). ИРТ при лечении головных болей используется несколько тысячелетий. ВОЗ рекомендует использовать ИРТ при 43 различных заболеваниях: аллергия, астма, боли в спине, ГБ, инсомния, предменструальный синдром, депрессия, лекарственная, алкогольная зависимость и др. Одно из исследований, проведенных в Великобритании, показало, что восемьдесят процентов паци-

ентов, страдающих хронической головной болью (ХГБ), были полностью излечены или почувствовали значительное улучшение после ИРТ, хотя перед этим проходили курс лечения у ряда специалистов [8].

Наиболее полно использование ИРТ при лечении идеопатической ГБ отражено в обзоре Кокрановского Содружества, опубликованном в 2001г. Проанализированы 26 отдельных исследований, включивших 1151 человека с ГБ, в лечении которых была применена акупунктура. 16 исследований были связаны с лечением мигрени, 6 – с ГБН и 4 с лечением других видов ГБ. В 8 из 16 исследований сравнивалась ИРТ и плацебо при лечении больных с мигренью и ГБН. Были показаны хорошие результаты и сделан вывод о том, что все полученные факты указывают на высокую ценность ИРТ в лечении различных форм идеопатической ГБ [6].

Показано, что при ИРТ достигается множественный эффект, который включает миорелаксацию, анальгезию, улучшение микроциркуляции, иммуномодулирующий эффект. Все эти сдвиги положительным образом повышают болевой порог, угнетают проведение болевых импульсов по афферентным путям, что способствует повышению активности антиноцицептивной системы и снижению ноцицепции.

При лечении головной боли ИРТ проводится с использованием сочетания местных, сегментарных и отдаленных точек (общего действия). В нашем исследовании выбор точек и методик рефлексотерапевтического воздействия осуществлялся в зависимости от локализации и степени выраженности патологического процесса, наличия миофасциальных триггерных точек, а также от особенностей течения заболевания. Для лечения были использованы акупунктурные точки, расположенные на меридианах желудка (E36, E40), толстой кишки (GJ4, GJ18), перикарда (MC6), селезенки (RP6, RP9), точки седативного действия (C5, C7, V62, V60), аурикулярные точки [9]. Целью исследования было определение эффективности ИРТ при комплексном лечении хронических форм первичной головной боли.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 90 пациентов с диагнозом ХЕГБ. Из них - 60 женщин (67%) и 30 мужчин (33%), со средним возрастом 35 лет (от 19 до 65 лет). Средняя длительность ХЕГБ у пациентов составила 5 лет. Пациентам до лечения проводилось клинико-неврологическое обследование. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале общего клинического впечатления (CGI, National Institute of Mental Health Maryland, 1976), позволяющей проводить в баллированную оценку тяжести заболевания до лечения, глобальную оценку динамики состояния после лечения и показатель эффективности терапии после лечения.

Интенсивность головной боли до и после лечения оценивали в баллах по визуально-аналоговой шкале

(ВАШ). До лечения всем больным проводилось исследование функциональной активности ноцицептивных и антиноцицептивных систем методом ноцицептивного флексорного рефлекса (Willer J.C., Sandrini G. Et al., 1993). Результаты сравнивали с показателями контрольной группы (20 человек) здоровых испытуемых (ЗИ), не отличавшихся по возрасту и половому составу от группы исследования.

Всем 90 пациентам был проведен курс комплексного лечения, включавший применение антидепрессантов, миорелаксантов, транквилизаторов, мануальную терапию, 48 из них был проведен дополнительный курс ИРТ (10 сеансов, через день, 2-й торсионный метод).

Применялись параметрические и непараметрические методы статистического анализа. Оценивались достоверные различия ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 58 пациентов (64%) боли носили двухсторонний характер, у 17 (19%) человек были правосторонними, у 15 (17%) – левосторонними. Выраженные проявления синдрома вегетативной дистонии (СВД) перманентного типа течения наблюдались у 40 человек (45%), пароксизмальные вегетативные расстройства в виде панических атак имели место у 16 человек (18%). Мышечно-тонический синдром (МТС) на перикраниальном уровне был представлен у 55 человек (61%), на шейно-грудном уровне – у 78 человек (81%). У всех пациентов с ХЕГБ тяжесть заболевания по шкале CGI – до лечения составила 4,4 балла (значительно выраженные расстройства). Все пациенты предъявляли жалобы на ежедневную головную боль, которая была представлена фоновой (ФБ) и приступообразной болью (ПБ). ФБ была длительной, двусторонней, носила давящий, иногда пульсирующий характер с нечеткой латерализацией. ПБ была более интенсивной, пульсирующей, иногда давящей по характеру, с выраженной латерализацией.

Характеристики болевого синдрома до и после лечения были следующими: интенсивность фоновой головной боли по ВАШ до лечения составляла $3,0 \pm 0,2$ балла, пароксизмальной – $7,7 \pm 0,4$ балла в среднем по группе. Частота ПБ в среднем по группе составила $7,9 \pm 1,7$ эпизода в месяц, средняя продолжительность приступа – 34 ± 4 часа. Фоновая, умеренная по интенсивности головная боль наблюдалась в течение $26 \pm 0,7$ дней в мес., ее продолжительность в течение суток составляла в среднем $13,2 \pm 1,0$ час. После проведения комплексной терапии наблюдалось улучшение состояния в виде достоверного снижения частоты до $4,2 \pm 1,3$ и выраженности (длительности ПБ до $21,7 \pm 3,8$ и интенсивности до $7,2 \pm 0,3$) приступообразных и фоновых головных болей (частоты до $3,6 \pm 0,6$, длительности до $5,9 \pm 0,6$ и интенсивности до $1,6 \pm 0,3$). Показатели шкалы CGI-2 и CGI-3 после лечения соответствовали степеням значительного $1,7 \pm 0,4$ и выраженного $3,3 \pm 0,7$ улучшения в результате проведенной терапии.

При исследовании функциональной активности ноцицептивных и антиноцицептивных систем методом ноцицептивного флексорного рефлекса (НФР) было выявлено достоверное снижение показателей СБП, ПНФР и СБП/ПНФР у всех пациентов с ХЕГБ по

сравнению с данными группы контроля (ЗИ) (табл. 1). Полученные результаты свидетельствуют о важной патогенетической роли недостаточной активности антиноцицептивных механизмов в развитии ХЕГБ.

Таблица 1.

Результаты исследования НФР у всех больных ХЕГБ до лечения.

Группы	СБП (mA)	ПНФР (mA)	СБП/ПНФР
Группа ХЕГБ	$6,2 \pm 1,6 \bullet$	$8,2 \pm 1,7 \bullet$	$0,75 \pm 0,13 \bullet$
Группа ЗИ	$10,5 \pm 1,6$	$11,1 \pm 1,8$	$0,94 \pm 0,10$

• – $P < 0,05$.

Все пациенты с ХЕГБ были разделены методом случайной выборки на две сопоставимые по всем клиническим параметрам подгруппы: первая подгруппа состояла из 42 человек, получавших комплексную лекарственную терапию (ЛТ), вторая подгруппа, состоявшая из 48 человек, получала комплексную терапию и дополнительный курс ИРТ (ЛТ ИРТ).

В подгруппе ЛТ ИРТ все характеристики головной боли, включая ПБ и ФБ, после лечения были достоверно ниже по сравнению с данными подгруппы ЛТ, что указывало на более высокий терапевтический эффект комплексной терапии ХЕГБ с применением ИРТ, направленной непосредственно на повышение активности антиноцицептивных систем организма.

С целью выявления предикторов эффективности применения метода ИРТ в лечении ХЕГБ нами был проведен анализ результатов лечения пациентов с ХЕГБ с учетом факторов функциональной активности механизмов антиноцицепции, наличия лекарственного злоупотребления и этиологии ХЕГБ (мигрень или головная боль напряжения).

Все пациенты с ХЕГБ были разделены на две равные подгруппы с относительно низким показателем порога рефлекса (ОНПР $-5,2 \pm 1,5$), что свидетельствовало о большем снижении активности антиноцицептивных механизмов у данных больных, и относительно высоким порогом рефлекса (ОВПР – $7,3 \pm 1,2$). Следует отметить, что относительно высокий показатель ПНФР у пациентов во второй подгруппе был все же достоверно ниже значений группы ЗИ ($10,5 \pm 1,6$). В результате проведенного анализа было выявлено, что пациенты подгрупп ОНПР и ОВПР не различались по клиническим характеристикам до лечения. После лечения у пациентов с большим снижением активности антиноцицептивных систем (подгруппа ОНПР частота ПБ $3,5 \pm 1$) наблюдалось достоверно большее снижение частоты возникновения приступообразных болей по сравнению с данными подгруппы ОВПР (частота ПБ $4,8 \pm 1,2$, $p < 0,05$).

У 40 пациентов с ХЕГБ (44%) имел место лекарственный злоупотребление – систематический прием препаратов анальгетического ряда. Пациенты с злоупотреблением принимали простые и комбинированные препараты анальгетического ряда в течение последних 1,6 лет (в среднем по группе), среднее количество принимаемых анальгетических препаратов составило 135 таблеток в месяц. При анализе подгруппы пациентов с лекарственным злоупотреблением (А) и без лекарственного злоупотребления (БА) до лечения было выявлено более тяжелое течение болевого синдрома в подгруппе с

абузусом. Пациенты подгруппы А характеризовались достоверно более высокими показателями частоты, длительности и интенсивности приступообразных головных болей и частоты фоновых головных болей по сравнению с больными подгруппы БА. После проведения комплексной терапии состояние пациентов с абузусом улучшалось. Однако характеристики фоновой головной боли (ее длительность и интенсивность) после лечения в подгруппе А были достоверно выше, чем у пациентов подгруппы БА. Этот факт особенно важен с учетом того, что данные показатели фоновой головной боли до лечения не имели различий в подгруппах А и БА (табл. 2).

Таблица 2.

Клинические показатели подгрупп А ЛТ и А ЛТ ИРТ до и после лечения.

Характеристика ГБ	А ЛТ (N=19)		А ЛТ ИРТ (N=21)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Частота ПБ	9±1,6	4±1,2 *	9,3±1,1	5±0,9 *
Длительн. ПБ (час)	37±2,3	22±4 *	37±1,5	24±0,3 *
Интенс. ПБ (баллы)	7,8±0,4	7,2±0,2 *	7,9±0,3	7,3±0,2 *
Частота ФБ	26±0,4	3,8±0,6 *	26±0,1	4±0,5 ♦
Длительн. ФБ (час)	14±0,9	6,1±0,6 *	13,7±1	6,3±0,5 ♦♦
Интенс. ФБ (баллы)	3±0,2	1,7±0,3 *	3±0,2	1,8±0,3 ♦♦

- * – различие между подгруппами до и после лечения, P<0,05;
- ♦ – различие между подгруппами А ЛТ и А ЛТ ИРТ, P<0,05.

Таким образом, наличие лекарственного абузуса является отягощающим фактором клинического течения ХЕГБ, влияя на частоту, длительность и интенсивность приступообразной головной боли и частоту фоновой головной боли. Факт наличия лекарственного абузуса в анамнезе сочетался с меньшей эффективностью терапии ХЕГБ в отношении фоновых компонентов болевого синдрома (длительность, интенсивность). При анализе результатов комплексной терапии пациентов подгруппы А с применением ИРТ (А ЛТ ИРТ) и без применения ИРТ (подгруппа А ЛТ) были выявлены достоверно более низкие показатели фоновой головной боли (частота, длительность, интенсивность) после лечения в подгруппе А ЛТ ИРТ, чем в подгруппе А ЛТ (табл. 2). Также у пациентов с ХЕГБ и А, после лечения с применением ИРТ, был достоверно короче период отмены анальгетических препаратов – 7,9±5,9 суток по сравнению с данным показателем пациентов с А, не получивших курса ИРТ (15±9 суток). Данные результаты свидетельствуют о высокой эффективности применения ИРТ в отношении фоновых головных болей в структуре ХЕГБ у больных с лекарственным абузусом.

При анализе данных с учетом этиологического фактора ХЕГБ все пациенты были разделены на 2 клинические подгруппы с диагнозами трансформированная мигрень (ТМ) и головная боль напряжения (ГБН). Подгруппу ГБН составили 48 (53%) больных, соотношение мужчин и женщин – 1:2, средний возраст – 35 лет, длительность ХЕГБ – в среднем 8 лет. Подгруппу ТМ составили 42 пациента (47%), соотношение мужчин и женщин – 1:2, со средним возрастом – 34 года, длительность ХЕГБ в этой подгруппе составила в среднем 5 лет, что было достоверно меньше по сравнению с подгруппой ГБН.

Данные подгруппы не различались по представленности фактора лекарственного абузуса – 19 па-

циентов (45%) в подгруппе ТМ и 17 больных (36%) в подгруппе ГБН.

Клинические характеристики подгрупп с ТМ и ГБН до лечения были следующими: при ТМ боли в 68% случаев были двухсторонними, в 21% акцент был слева, в 15% – справа, что было достоверно (p<0,05) чаще, чем у пациентов с ГБН, у которых боли были двухсторонними в 89%.

В обеих подгруппах можно было выделить приступообразную и фоновую ГБ. Показатели длительности и интенсивности приступообразной головной боли были достоверно выше в подгруппе ТМ по сравнению с показателями подгруппы ГБН, однако частота возникновения приступообразных болей в подгруппе ГБН была выше, чем у пациентов с ТМ. Также больные подгруппы ТМ до лечения отличались от пациентов подгруппы ГБН более высокой длительностью фоновой головной боли. По показателю тяжести заболевания до лечения – CGI – 1 пациенты этих двух подгрупп не различались.

После лечения в подгруппе ТМ показатель длительности приступообразной головной боли стал достоверно ниже, чем данная величина подгруппы ГБН, однако интенсивность ее продолжала оставаться выше, чем у больных ГБН. Показатели фоновой головной боли (частота, длительность, интенсивность) в подгруппе ТМ после лечения была достоверно выше данных показателей подгруппы ГБН, что характеризовало меньшую положительную динамику характеристик ФБ на фоне терапии ТМ. Это имело отражение в достоверно более высоких значениях показателей CGI-2 и -3, характеризующих оценку динамики субъективного состояния больного на фоне лечения и клиническую оценку эффективности терапии, что свидетельствовало о меньшем терапевтическом результате в подгруппе ТМ (табл. 3).

Таким образом, до лечения пациенты подгруппы ГБН и ТМ не имели отличий по общей тяжести течения ХЕГБ. Однако пациенты ТМ имели большую интенсивность и длительность приступообразных болей и длительность фоновых головных болей, чем больные ГБН. Пациенты подгруппы ГБН имели более высокую частоту приступообразной ГБ, чем больные подгруппы ТМ.

Таблица 3.

Клинические показатели подгрупп ТМ ЛТ ИРТ и ТМ ЛТ до и после лечения.

Характеристика ГБ	ТМ ЛТ ИРТ (N=21)		ТМ ЛТ (N=21)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Частота ПБ	6,7±1,3	3,5±0,9 ♦♦	6,7±1,3	5,3±0,9 *
Длительн ПБ (час)	35±4	18±2,6 ♦♦	35,1±4	23±2,6 *
Интенс. ПБ (баллы)	8,4±0,2	7,3±0,2 ♦♦	8,1±0,2	7,5±0,1 *
Частота ФБ	26±0,7	3,9±0,5 *	26,2±0,7	4,2±0,5 *
Длительн ФБ (час)	14,2±0,4	5,8±0,6 ♦♦	14,4±0,4	6,3±0,6 *
Интенс. ФБ (баллы)	3,0±0,1	1,6±0,3 ♦♦	3,2±0,1	1,8±0,3 *
CGI – 1 (баллы)	4,3±0,5		4,5±0,5	
CGI – 2 (баллы)		1,8±0,4		1,8±0,4
CGI – 3 (баллы)		3,5±0,6 ♦		3,9±0,5

- * – различие между подгруппами до и после лечения, P<0,05;
- ♦ – различие между подгруппами ТМ ЛТ ИРТ и ТМ ЛТ, P<0,05.

После лечения в подгруппе ТМ показатели приступообразной (интенсивность, длительность) и фоновой (частота, интенсивность, длительность) головной боли были выше, чем в подгруппе ГБН, что свидетельствовало о меньшей эффективности терапии больных с ХЕГБ, представленной хронической мигренью, по сравнению с подгруппой хронической головной боли напряжения.

При анализе результатов комплексного лечения в подгруппе ТМ с применением ИРТ (ТМ ЛТ ИРТ) и без нее (ТМ ЛТ) были выявлены достоверно более низкие показатели приступообразной головной боли и фоновой головной боли (кроме ее частоты) после лечения у пациентов, прошедших курс ИРТ, чем у больных без ИРТ (табл. 3). Это свидетельствует об эффективности ИРТ при лечении ХЕГБ, представленной ТМ, в отношении приступообразной и фоновой головной боли.

При анализе результатов комплексной терапии с ИРТ и без нее у пациентов с ГБН, получивших курс ИРТ, был достоверно снижен только показатель частоты ПБ ($3,6 \pm 1,2$) по сравнению с данными подгруппы ГБН ЛТ ($4,6 \pm 1,2$, $p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследований НФР свидетельствуют о возможных соотношениях порога НФР с функциями ноцицептивных (НС) и антиноцицептивных (АНС) систем. При отсутствии данных о поражении ноцицептивных механизмов снижение порога НФР отражает ослабление функций АНС [2,4]. Очевидно, что в нашем исследовании снижение показателей НФР у всех пациентов с ХЕГБ свидетельствует о снижении активности антиноцицептивных механизмов у пациентов ХЕГБ, что является фактором трансформации болевого синдрома и формирования хронической головной боли. Именно этим, с нашей точки зрения, объясняется высокая эффективность метода ИРТ для лечения ХЕГБ, так как одним из механизмов метода является повышение функциональной активности АНС организма. Особенно ИРТ была эффективна у больных с большим снижением активности антиноцицептивных систем. Следующим важным фактором, способствующим хронизации ГБ, по современным представлениям, является наличие лекарственного злоупотребления. По данным, полученным в нашем исследовании, наличие злоупотребления сочеталось с более тяжелым течением ХЕГБ. Фактор злоупотребления снижал эффективность проводимой терапии, особенно в отношении фоновых ГБ. В связи с этим нам представляется ценным факт эффективного влияния ИРТ, влияния на фоновую ГБ у пациентов с злоупотреблением. Наряду с этим при проведении ИРТ достоверно снижалось время отмены анальгетических препаратов, что, безусловно, свидетельствовало о ее высокой эффективности. Отмена анальгетиков является наиболее сложным и абсолютно необходимым лечебным мероприятием у пациентов с злоупотреблением и, как правило, это сопряжено с усилением боли. Применение ИРТ может служить средством, способствующим облегчению данного процесса.

С точки зрения тяжести клинических проявлений ХЕГБ, по данным нашего исследования, этиология

не была значимой. ХЕГБ в основе которой лежала ТМ или ГБН, в одинаковой степени ухудшала состояние пациентов. Однако «откликаемость» на ИРТ лечение у пациентов с ХЕГБ, развившейся на фоне ГБН, была значительно хуже, чем у пациентов с ТМ. В связи с этим следует подчеркнуть преимущество метода ИРТ, оказавшегося высокоэффективным в группе больных ТМ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в данной работе показана высокая эффективность метода ИРТ для лечения ХЕГБ в комплексе с лекарственной терапией. Особенно эффективно применение ИРТ у наиболее труднокурабельных пациентов со сниженной активностью АНС, наличием лекарственного злоупотребления (позволяет уменьшить время отмены анальгетиков) и больных с ХЕГБ, в основе которой лежит ТМ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А., Каримов Т.К. Головная боль. Классификация, клиника, диагностика, лечение. М., 1994; 286 с.
2. Голубев В.Л., Вейн А.М. Неврологические синдромы. М.: «ЭйдосМедиа», 2002.
3. Diamond S., Dalessio DJ. Drug abuse in headache. In: The practicing physician is approach to headache. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins. – 1982. – p. 114-121.
4. Silberstein SD., Lipton RB., Goadsby PJ. Chronic daily headache: Diagnosis and treatment. In: Headache in Clinical Practice. Isis Medical Media, Oxford UK. 1998.
5. Игнатов Ю.Д., Качан А.Т., Васильев Ю.Н. Акупунктурная аналгезия. М., 1990.
6. Melchart D., Linde K., Fisher P., White A., Allais G., Vickers A., Berman B. Acupuncture for recurrent headache: a systematic review of randomized controlled trials. Cephalalgia. 1999, Nov; 19 (9):779-86.
7. Mayer DJ. Acupuncture : an evidence-based review of the clinical literature. Annu. Rev. Med. 2000; 51: 49-63.
8. Роджерс А., Адлер Д. «С больной головы...». Итоги 16.02.1999, с. 51-54
9. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. М., 1997. – 280 с.

РЕЗЮМЕ

Изложен современный взгляд на проблему хронической ежедневной головной боли (ХЕГБ). Рассмотрены клинические особенности основных форм ХЕГБ – трансформированной мигрени и хронической головной боли напряжения. Для оценки эффективности рефлексотерапии в комплексном лечении больных с ХЕГБ проведено клинико-неврологическое обследование 90 пациентов. Показана высокая эффективность рефлексотерапии в комплексе с лекарственной терапией, особенно у пациентов со значительно сниженной активностью антиноцицептивных систем, наличием лекарственного злоупотребления и трансформированной мигрени.

Ключевые слова: хроническая ежедневная головная боль, игло-рефлексотерапия.

ABSTRACT

The review presents a current view of chronic daily headache (CDH) that is very common. The clinical features of two major CDH forms, such as transformed migraine and chronic tension-type headache. To determine efficacy of acupuncture (AC) in combined treatment of CDH, 90 patients with this disorder were studied, using clinico-neurologic tests. The results revealed high efficacy of AC combined with drug therapy for CDH treatment. Most efficient was use of AC in patients with significantly reduced activity of antinociceptive systems and presence of drug abuse allowing to reduce analgetics withdrawal time. More pronounced clinical effects of AC was obtained in patients with transformed migraine.

Key words: chronic daily headache, acupuncture.