DOI 10.26886/2523-6938.1(1)2017.5

UDC 615.814.1

EVIDENCE OF INTEGRAL APPROACH TO REFLEXOTHERAPY

Salim Khadhri, PhD, MD

Tunisia (TN)

Object of experiment – reflexotherapy of patients with alopecia areata. Purpose of the work – to increase the effectiveness of alopecia areata treatment by use complex reflexotherapy. Reflexotherapy used together with a basic treatment allow to increase a hair grow in the affected areas and prevent relapses of disease. The inverse correlation dependence of high binding force between the indices of the content in the blood of prostaglandin of E₂ and the clinical manifestations of disease in the distant periods of observation is established.

Keywords: aurikulyarnaya acupuncture, korporalnaya reflexotherapy, focus alopecia, prostaglandin of E₂.

Салим Хадри, доктор медицины и философии. Обоснование комплексного подхода к рефлексотерапии / Тунис

Предмет исследования – рефлексотерапия больных очаговой алопецией. Цель работы – повышение эффективности лечения больных очаговой алопецией путем применения комплексной рефлексотерапии. Проведение больным очаговой алопецией на фоне стандартного лечения комплексной рефлексотерапии (аурикулярно – иглоукалывание в индивидуально подобранные точки акупунктуры седативным способом, корпорально – прогревание очагов выпадения волос полынными сигарами) позволяет существенно ускорить восстановление роста волос в очагах поражения, обеспечивает профилактику рецидивов заболевания. Установлена обратная корреляционная зависимость высокой силы связи между

показателями содержания в крови простагландина E_2 и клиническими проявлениями заболевания в отдаленных периодах наблюдения.

Ключевые слова: аурикулярная иглорефлексотерапия, корпоральная рефлексотерапия, очаговая алопеция, простагландин E_2 .

Введение. Рефлексотерапия имеет многовековой опыт практического применения, а научные исследования последних лет подтверждают ее значимость как комплексного лечебно-корректирующего метода, с успехом реализуемого при многих заболеваниях человека [1, 2]. Обоснование комплексного подхода к рефлексотерапии требует и такое заболевание как очаговая алопеция, которым ежегодно болеет более 4 млн человек во всем мире, так как оно обусловлено многочисленными триггерными факторами, и при нем большое значение имеют эндокринные и иммунные дисфункции, функциональные нарушения нервной системы и др. [3, 4]. При этом также подчеркивается то, что ключевым в успешном лечении данного дерматоза является адекватная терапия заболевания, явившемся триггерным фактором для возникновения алопеции, в связи с чем фармакотерапия имеет второстепенное значение [5]. Однако в ряде случаев какой-либо сопутствующей патологии, которая была бы абсолютной «виновницей» развития алопеции, установить не удастся.

С учетом того, что в последние годы все чаще обращают внимание на наличие в организме единой нейроэндокриноиммунной регулирующей системы организма, именно рефлексотерапия может стать одним из патогенетически обоснованных методов комплексного влияния на возникающие расстройства в ее подсистемах [6].

Таким образом, сложный характер патогенеза очаговой алопеции с вовлечением в патологический процесс нарушений во многих системах, органах, тканях, клетках и диктует необходимость проведения таким больным лечения с учетом состояния факторов межклеточных взаимодействий и возможностью комплексного влияния на выявленные нарушения со стороны различных систем организма.

Практически все исследователи проблемы очаговой алопеции акцентируют внимание на том факте, что данное заболевание сочетается с различной сопутствующей патологией, среди которой первостепенными являются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, эндокринопатии, различные психоэмоциональные расстройства [7]. Вот поэтому использование такого метода как рефлексотерапия, влияющая на центральные регулирующие механизмы функционирования всех органов и систем, является одним из наиболее патогенетически обоснованных при лечении данной нозологии. В данном случае наиболее логичным методом лечения больных очаговой алопецией было бы использование способов, которые так же могли бы комплексно влиять на все звенья этой единой регулирующей системы, причем как на местном, так и на системном уровнях. То есть, и с этой точки зрения данным требованиям отвечают методы рефлексотерапии. Проведение тщательного научного анализа проблемы рефлексотерапии, в том числе – с постановкой экспериментов на лабораторных животных, позволили объяснить эффективность такой методики, базируясь на известных нейрофизиологических законах [8].

Цель работы – повышение эффективности лечения больных очаговой алопецией путем применения комплексной рефлексотерапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 48 больных очаговой алопецией, диагноз которой устанавливался на основании анализа данных клинического и общелабораторных исследований. Возрастной ценз пациентов находился в пределах от 25 до 45 лет, мужчин – 25, женщин – 23.

Всем пациентам с помощью радиоиммунного метода, дополнительно, проводили исследование содержания в крови простагландина E_2 , как до, так и после завершения курса лечения.

Больные были репрезентативно распределены на две терапевтические группы (по 24 пациента в каждой). Первая (сравнительная) группа – получали лечение по традиционной общепринятой методике: полноценное питание, обогащенное витаминами и микроэлементами; средства, улучшающие микроциркуляцию; седативные препараты, витамины, биогенные стимуляторы, препараты улучшающие мозговое кровообращение; местно – раздражающие средства растительного происхождения (энергичное их втирание в очаги выпадения волос).

Второй (основной) группе, на фоне вышеуказанного традиционного лечения, проводилась комплексная рефлексотерапии (аурикулярно – иглоукалывание в индивидуально подобранные точки акупунктуры седативным способом, корпорально – прогревание очагов выпадения волос полынными сигарами). Точки акупунктуры ушной раковины подбирались с учетом клинических данных и использовались те, которые являются эффективными при нарушениях психофизиологического состояния и проявлениях дезадаптации: AP (II 13), AP (XIII 83), AP (IX 51), AP (X 55), AP (VI 28). Иглы вводились от 2 до 4 на процедуру, симметрично, ежедневно, 10-15 – на курс. Выбор вышеуказанных точек акупунктуры был обусловлен данными литературы в отношении их показаний: воздействие на точки AP (II 13)

и АР (VI 28) вызывает стимуляцию секреции гормонов коры надпочечников и гипофиза; на точки АР (IX 51) и АР (X 55) – восстанавливает функциональное состояние гипоталамических структур таламуса и лимбической системы; на точку АР (XIII 83) – нормализует функциональное состояние органов пищеварения и усиливает эффект от воздействия на другие вышеуказанные точки акупунктуры. Цзю-терапия проводилась с помощью полынных сигар, а именно – ними прогревались очаги поражения кожи волосистой части головы методом т. н. «ключающего цзю» (т. е., кратковременное приближение к коже подожженной сигары до ощущения легкого жара пациентом и первых признаков покраснения кожи в очаге поражения); экспозиция – 5-7 секунд.

Среди многочисленных видов такой терапии в дерматологической практике наиболее приемлемым является использование аурикулярной рефлексотерапии, во-первых – в связи с тем, что кожа на ушной раковине при большинстве дерматозов не вовлекается в патологический процесс, т. е., свободная от морфологических изменений/высыпаний, а во-вторых, ушная раковина – это уникальный орган организма человека именно для использования ее с целью рефлексотерапии, потому что (цит. по Р. А. Дуринян): «...Повышенная возбудимость нейронов, на которых заканчиваются афферентные волокна от определенного участка ушной раковины, создает благоприятные условия для общего снижения импеданса данного участка ушной раковины, что и можно определить путем измерения локального электро-кожного сопротивления. Именно в эти точки и рекомендуется проводить рефлексотерапию. Аурикулярная рефлексотерапия способна «запускать» рефлекторные реакции на определенные органы и области тела через конвергентные

чувствительные нейроны и, таким образом, модулировать стимуляцию афферентов определенной области тела или органа» [8].

Иглокалывание относится к одному из наиболее древних методов влияния на точки акупунктуры ушной раковины и, несмотря на внедрение более современных методов (лазеропунктура, электропунктура и др.), остается одним из наиболее эффективных; кроме того, помимо введения игл в данные точки ушной раковины, используют так же их прогревание полынными сигарами. Реакция организма на прогревание полынными сигарами аналогична реакции иглокалывания, но она происходит без повреждения тканей иглой и в более легкой форме. В данном контексте следует отметить, что в китайской традиционной медицине эти два способа влияния на акупунктурные точки редко разделяли, и чаще всего метод данной терапии назывался «Чжень-Цзю» (т. е., обозначалась методика через дефис, чем и подчеркивалось единство и последовательность этих способов: сначала – иглокалывание, а затем обязательно – прогревание); именно несоблюдение этого принципа может в некоторой мере объяснять отдельные случаи неэффективности рефлексотерапии.

Данные как клинических, так и лабораторных обследований пациентов, обрабатывались статистическим методом на персональном компьютере с использованием пакета программ «Office Professional 2000» фирмы Microsoft Corporation.

Работа выполнялась в рамках программы подготовки зарубежных аспирантов в Запорожском государственном медицинском университете и является фрагментом комплексной НДР (№ 0107U005122, Украина).

Результаты и их обсуждение. Клинически заболевание характеризовалось наличием типичных очагов выпадения волос,

которые чаще располагались в области затылка, теменной и височной областях (т. е., наблюдалось несколько – 3-5 очагов, преимущественно в области иннервации затылочного нерва и/или I и II сегментарных нервов шеи). У всех пациентов отмечались признаки нарушений психофизиологического состояния (эмоциональная лабильность, расстройства сна, раздражительность или заторможенность и др.).

До лечения у больных выявлялось значительное повышение уровня простагландина E_2 в крови по сравнению со здоровыми лицами (контрольная группа – 20 человек), и соответствующие показатели были (в нг/л): $4800,08 \pm 314,09$ и $1462,70 \pm 111,28$ ($p < 0,001$).

Клинически, после прекращения прогрессирования процесса (продолжения выпадения волос) у больных наблюдались проявления расширения устьев волосяных фолликулов, а в дальнейшем – и появление первых пушковых волос; эти феномены наступали во второй группе в достоверно более короткие сроки, по сравнению с первой группой больных: эти сроки (в днях) составляли соответственно: $22,4 \pm 1,1$ и $32,2 \pm 1,6$ (появление расширенных устьев волосяных фолликулов), $28,9 \pm 1,2$ и $50,1 \pm 1,4$ (появление первых пушковых волос). Клиническое выздоровление достоверно ($p < 0,01$) чаще наблюдалось во второй группе больных (у 18 – 75%); в первой группе – у 7 (29,2%).

Динамика содержания в крови простагландина E_2 так же свидетельствует о большей эффективности комплексной рефлексотерапии, по сравнению со стандартным методом лечения в отношении влияния на этот важный маркер воспалительно-репаративной реакции – рис. 1

Рис. 1 – Динамика содержания в крови простагландина E₂ (в нг/л) у больных очаговой алопецией после проведенного лечения разными методами

Как свидетельствуют данные, приведенные на рис., содержание в крови простагландина E₂ после лечения у больных первой группы практически не менялось и составляло 4544,80±356,56 нг/л, во второй – достоверно (p<0,01) снижалось, приближаясь к показателям контрольной группы (1855,70±137,07 нг/л).

Клиническая ремиссия после проведенного лечения на протяжении первого года наблюдения отмечалась у 20,8% больных первой группы и у 70,8% – второй.

На втором году наблюдения удалось провести обследование 36 больных (по 18 в каждой из групп). Среди пациентов, у которых наблюдался один рецидив на этом году наблюдения, 8 из 18 (44,4%) были из первой группы, 5 из 18 (27,8%) – из второй группы. Среди пациентов, у которых наблюдалось по два рецидива на этом году

наблюдения, 6 из 18 (33,3%) были из первой группы, 3 из 18 (16,7%) – из второй группы. Среди пациентов, у которых наблюдалось по три рецидива на втором году наблюдения, 4 из 18 (22,2%) были из первой группы, в то время как во второй группе таких больных не было.

У больных очаговой алопецией установлено наличие обратной корреляционной зависимости высокой силы связи между показателями содержания в крови простагландина E_2 и клиническими проявлениями заболевания в отдаленных периодах наблюдения: при наличии одного рецидива после лечения в обеих группах (коэффициент корреляции Спирмена – $r=-0,79$); показатели коэффициентов корреляции Спирмена при наличии двух рецидивов, соответственно, были $r=-0,87$ и $r=-0,70$; показатель коэффициента корреляции Спирмена при наличии трех рецидивов у больных первой группы был $r=-0,85$ (как и указывалось выше, такого количества рецидивов у больных второй группы не отмечалось).

Корреляционные связи между изменениями содержания в крови простагландина E_2 и клиническим течением очаговой алопеции могут свидетельствовать о том, что данный простагландин, как медиатор «воспалительного» компонента (т. н. «стерильное воспаление» при алопеции) неразрывного «воспалительно-репаративного процесса», может играть роль и в «репаративной» части аутокаталитической системы этого феномена, потому что стимулированные фибробласты так же секретируют простагландин E_2 (как ингибитор конверсии проколлагена в коллаген), и совместно с другими молекулами он принимает участие в регуляции путей синтеза и деградации коллагена.

«Значимые» коэффициенты корреляции Спирмена, которые установлены между уровнями в крови простагландина E_2 и клиническими результатами лечения в отдаленных периодах наблюдения, могут использоваться с целью прогнозирования

дальнейшего течения очаговой алопеции и адекватного патогенетического обоснования назначения лечебно-профилактических мероприятий при диспансеризации пациентов для достижения более стойкого и длительного хорошего клинического эффекта или выздоровления больных.

Таким образом, проведенные исследования подтверждают современную точку зрения о сложности патогенеза очаговой алопеции, при которой отмечается существенная особенность местных патофизиологических изменений и, при условии общих закономерностей течения воспалительно-репаративного процесса, все-таки не отмечается бурного иммунного ответа и островоспалительных клинических проявлений. В то же время существенные изменения отмечаются со стороны центральных регулирующих систем головного мозга, проявлениями которых является значительная степень невротизации больных. Именно комплексность влияния этих триггерных факторов и обосновывает комплексный подход к рефлексотерапии больных очаговой алопеции.

Выводы. У обследованных больных очаговой алопецией, кроме наличия дефекта кожи в виде выпадения волос на волосистой части головы, отмечаются признаки невротизации и выявляется существенное повышение уровня в крови простагландина E_2 . Нарушения на уровне местных и общих регулирующих систем организма диктуют необходимость в системе комплексного лечения больных применять рефлексотерапию, которая оказывает модулирующее влияние на функциональные нарушения со стороны нейрогуморальных систем организма и, по сравнению со стандартной методикой, обеспечивает достоверно лучшие клинические результаты в ближайшем и отдаленных периодах наблюдения.

Литература:

1. Ибрагимова В. С. Китайская медицина: методы диагностики и лечения. Лекарственные средства. Чжень-цзю терапия / В. С. Ибрагимова. – М.: Антарес, 1994. – 637 с.
2. Самосюк И. З. Биологические ритмы и акупунктура / И. З. Самосюк. – К.: Здоров'я, 1994. – 32 с.
3. Болотная Л. А. Очаговая и диффузная алопеция / Л. А. Болотная, Ю. С. Бобейко // Международный медицинский журнал. – 2002. – Т. 2, № 1-2. – С. 178-180.
4. Гаджигороева А. Г. Иммуногистохимический анализ в оценке местных иммунных патогенетических механизмов развития гнездной алопеции / А. Г. Гаджигороева, Е. Коган, Г. Терещенко // Врач. – 2010. – № 4. – С. 75-78.
5. Кубанова А. А. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Compendium / ред. А. А. Кубановой. – М.: Литтерра, 2007. – 512 с.
6. Мачерет Е. Л. Руководство по рефлексотерапии / Е. Л. Мачерет, И. З. Самосюк. – К.: Вища школа, 1989. – 479 с.
7. Gulec A. T. The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life / A. T. Gulec, N. Tanriverdi, C. Duru [et al.] // International Journal of Dermatology. – 2004. – V. 43, № 5. – P. 352-356.
8. Дуринян Р. А. Физиологические основы аурикулярной рефлексотерапии / ред. К. А. Кяндаряна. – Ереван: Айастан, 1983. – 240 с.

References:

1. Ibragimova B. S. Kitajskaya medicina: metody diagnostiki i lecheniya. Lekarstvennyye sredstva. Chzhen'-czyu terapiya. Moscow: Antares, 1994, 637 p. [in Russian].

2. Samosyuk I. Z. *Biologicheskie ritmy i akupunktura [Biological rhythms and acupuncture]*. Kyiv: Zdorov'ya, 1994, 32 p. [in Ukrainian].
3. Bolotnaya L. A., Bobejko Yu. S. (2002). Ochagovaya i diffuznaya alopeciya [Focus and diffuse alopecia]. *Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal [International Medical Journal]*, 2(1-2), 178-180. [in Ukrainian].
4. Gadzhigorieva A. G., Kogan E., Tereshchenko G. (2010). Immunogistohimicheskij analiz v ocenke mestnyh immunnyh patogeneticheskikh mekhanizmov razvitiya gnezdnoj alopecii. *Vrach [The Doctor]*, 4, 75-78. [in Russian].
5. Kubanova A. A. *Racional'naya farmakoterapiya zabolevanij kozhi i infekcij, peredavaemyh polovym putem: Compendium*. Moscow: Litterra, 2007, 512 p. [in Russian].
6. Macheret E. L., Samosyuk I. Z. *Rukovodstvo po refleksoterapii [Management on reflexotherapy]*. Kyiv: Vishcha shkola, 1989, 479 p. [in Ukrainian].
7. Gulec A. T., Tanriverdi N., Duru C. et al. (2004). The role of psychological factors in alopecia areata and the impact of the disease on the quality of life. *International Journal of Dermatology*, 43(5), 352-356. [in English].
8. Durinyan R. A. *Fiziologicheskie osnovy aurikulyarnoj refleksoterapii*. Erevan: Ajastan, 1983, 240 p.

**BIOENERGETICS IN MEDICINE AND
BIOLOGY. – 2017. – 1(1). – c. 70-81**