

## ПРИЛОЖЕНИЕ НА АКУПУНКТУРА И АКУПРЕСУРА ПРИ СТРАДАЩИ ОТ СИНДРОМ НА ХРОНИЧНАТА УМОРА

*Любов-Милени Петрова<sup>1</sup>, Богдана Илинова<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Докторант, катедра „ТМ на Кинезитерапията“, НСА „В. Левски“*

*<sup>2</sup>Доцент, лекар, доктор, катедра „Спортна медицина“, НСА „В. Левски“*

**Ключови думи:** *синдром на хроничната умора, акупунктура, кинезитерапия*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Умората е често оплакване в общата и активна популация, като съобщеното разпространение варира от 7% до 45 %. (Katz et al 2009; Bultman et al 2002). Умората е състояние, което може да варира от лека, която е често наблюдавана в обществото до тежка форма като СХУ. (Chew-Graham et al. 2011; Peters et al. 2012). СХУ се характеризира с устойчива, медицински необяснима умора. Съчетава се със симптоми като мускулно-скелетна болка, нарушения на съня, главоболие и нарушена концентрация и краткосрочната памет. (Moss-Morris et al. 2015). СХУ представя сериозен здравен проблем. (Yan-ey, Thomas 2012; Kennedy et al. 2010).

В изследването приложихме два подхода, които доведоха до подобряване на състоянието на страдащите от двете групи, непосредствено след края на терапевтичната програма. Отчетливо се намали субективното усещане за умора при изследваните. Резултатите при късното изследване показаха запазването на ефективност в полза на терапевтичната програма с акупунктура и вакуум терапия.

### МЕТОДИКА

**Целта** на нашата разработка е да се проследи ефективността и да се сравнят терапевтичните програми, включващи акупунктура (Goranova et al. 2008). и акупресура, всяка от тях в комбинация с вакуум терапия (вендузи) на пациенти с хронична умора.

**Задачите**, които си поставихме, бяха: да се съставят и приложат методики: акупунктура съчетана с терапия с вендузи и акупресура съчетана с терапия с вендузи, на пациенти страдащи от хронична умора; от резултатите, анализа и сравняването им да се изведат изводи и да се дадат препоръки за практиката.

Наблюдавани са 67 пациенти с хронична умора, които покриват диагностичния тест за МЕ/СХУ. Процедурите бяха проведени в базата на Холистичен център „Ламонита“ ООД.

Участниците, които отговарят на критериите за СХУ, не са с поставена диагноза от лекар специалист – СХУ. Коректното поставяне на диагнозата СХУ е предизвикателство за засегнатите и медицинските специалисти.(Bested, Marshal 2015; NICE Clinical Guideline 2007; Schoofs et al .2004;Pawlikowska et al.1994). Финалната диагноза на СХУ може да бъде поставена и се основава на направени многобройни и скъпи изследвания, с които да се изключват други възможни заболявания.(Dickson et al. 2007;Gilje et al. 2008). При влизане в проучването, нито един от усещащите хронична умора не е с така поставена диагноза, която доказва СХУ.(Rowe et al. 2017). Следователно, тези, които отговарят на критериите за СХУ и са допуснати за изследването по-нататък ще бъдат наричани „хронично уморени“.

Изследваните лица, които: имат положителен резултат от тест за СХУ; двата пола; 15 мъже и 52 жени на възраст от 29 до 60 години; нямат кожни лезии в зоната на акупресура/акупунктура; подписали са информирано съгласие. Критерии за изключване от изследването бяха пациенти, страдащи от: тежки сърдечни и мозъчно-съдови заболявания, сериозно белодробно заболяване, диабет, тежки заболявания на черен дроб, бъбреците и хематопоеичната система, тромбоцитопения и нарушена функция на кръвосъсирването, психично заболяване, болест на Алцхаймер или рак; бременни и кърмещи жени; лица с история на алкохолна зависимост и употребата на наркотици. За групата с акупунктура – лица, които не могат да приемат и се страхуват от иглоубождане.

Изследваните са разпределени в две групи. Експериментална група (ЕГ) – състои се от 34 души (n=34) – 8 мъже и 26 жени на възраст от 29 до 55 години. Те са изпълнявали методика включваща: иглоубождане с еднократни акупунктурни игли точки и терапия с вендузи. Контролна група (КГ) – състои се от 33 души(n=33), 7 мъже и 26 жени на възраст от 30 и над 60 години. Те са изпълнявали методика, включваща: мануално въздействие върху биологично активни точки и терапия с вендузи.

Нашите участници в изследването са предимно жени между 31- и 40- годишна възраст, което е характерно за СХУ (Bakken et al. 2014) и също е свързано с предпочитанието на жените да търсят алтернативни методи за лечение.

## Методи

При явяване на пациенти търсещи терапия се провежда интервю и се снима анамнеза за други неразположения и придружаващи заболявания. В случаите, при които се отбелязваше хронична умора с давност повече от 4 месеца, се предоставяше тест за диагностициране на

СХУ. При положителен резултат от теста се отправяше предложение за включване в изследването ни. Желаящите да се включване в проучването подписаха информирано съгласие.

Проследяването осъществихме посредством измервания и тестовете, които се извършиха на три етапа – преди и след приключване на терапевтичния цикъл и 4 месеца по-късно.

**Тест за установяване на МЕ/СХУ** съдържащ три критерия:

- Индивидът е имал тежка хронична умора в продължение на 4 или повече последователни месеца, което не се дължи на заболявания, свързани с умора (тези други условия трябва да се изключат от лекар).

- Умората значително пречи на ежедневните дейности и работа.

- Индивидът едновременно има четири или повече от следните симптоми: след физическо и/или психическо натоварване, възстановяването продължава повече от 24 часа; нарушени са концентрацията и краткосрочната памет; болки в мускулите; болка в ставите, без подуване или зачервяване; главоболие; нарушен сън; увеличение на лимфни възли в областта на шията или мишниците; често повтарящо се възпаление на гърлото. Тези симптоми са се появявали периодично или запазвали, 4 или повече поредни месеца. (Makowiec-Dabrowska, Koszadz-Wlodarczyk 2006).

Приложихме още: Стандартизиран тест SF-36; Функционални тестове за изследване обема на движение: тест на Ott; тест на Schober; измерване на екстензията на тялото от лег; тестване на мускулатурата по предната страна на тялото; тестване на мускулатурата по задната страна на тялото.

## РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗИ

Всички участници в изследването са с положителен тест за СХУ, който изисква минимално 4 месеца, за да се отчете по него подобрене, т.е. тестът да е отрицателен. Стандартизиран тест SF-36 използвахме за изследването преди и след края на терапевтичния цикъл.

В табл. 1 са представени резултатите по компонента „Умора“. Стойността му се повишава с повишаване на умората.

**Таблица 1.** Статистическа обработка на резултатите на индикатора „Умора“

№	Условия Група	НАЧАЛО		КРАЙ		D	Достоверност	
		$\bar{X}_1$	S <sub>1</sub>	$\bar{X}_2$	S <sub>2</sub>		t <sub>emp</sub>	P%
1	Експериментална	32.06	11.15	44.78	12.59	12.7	5.8	99.9%
2	Контролна	34.09	11.42	39.09	11.07	5.0	3.9	99.9%
	D	-2.0		5.7				

t <sub>emp</sub>	0.74	1.96
P%	53.6%	95%

В началото има отчетлива разлика, която се поставя в полза на контролната група. Средните стойности за двете групи са значително занижени.

В края на терапевтичния цикъл настъпиха промени със статистическа значимост и в двете групи. Наблюдаваното намаляване на усещането за умора в експерименталната група показва статистически значима разлика (P= 95%) и определя експерименталната методиката като по-силна за терапията на хроничната умора.

Важният за нас показател, чието изменение е ключово за изследването – „Умора“ е статистически значимо подобрен при експерименталната спрямо контролната група, при второто тестване. Този факт е показателен за ефективността на приложената методика. Въздействието чрез убождане или масаж, върху подобрите биоактивни точки, заедно с приложената вакуум терапия, имат висока резултатност в лечебния процес при двете групи. Значително по-добрият резултат в ЕГ, по отношение на „умора“, е показател за по-високата ефективност на въздействието на акупунктурата. В последствие проследихме късните резултати, които са лишени от фона на приповдигнатост, който беше характерен за времето на проведените процедури. Субективния емоционален фактор е повлиян, според нас, от оптимистичната среда, по време на провеждането на терапевтичните процедури и считаме това за значима и неразделна част от работата. Тя е определяща за ефективността на лечението. На базата на атмосферата създадена по време на лечебния курс, участниците получиха усещане за личностната си стойност и се почувстваха разбрани, по отношение на състоянието си на хронична умора и затрудненията протичащи в ежедневието от нея. Това създаде допълнителни условия за благоприятното отражение на терапевтичния курс в двете групи.

За проведеното изследване, от изключителна важност се явяват резултатите, които отразяват запазването във времето на ефекта от терапията. Възможно е да се подобри състоянието на страдащия, за известен период и спонтанно да се възобновят набор симптоми, определящ СХУ. (Asbring, Narvanen 2003; Levis, Wessely 1992; Bayliss et al. 2013). Тестът, който установява наличието на СХУ, анализира състоянието 4 месеца назад. Това беше минимално времето, което трябваше да се изчакаме след проведената терапия, за да установим действителните ползи от терапиите и приемем хроничната умора за преодоляно неразположение.

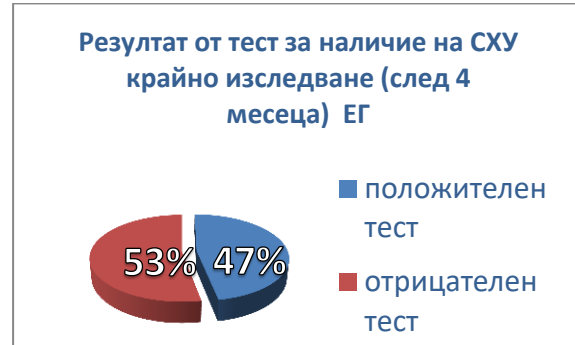
За КГ (диаграма 1), късните резултати свалени с тестът, определящ наличието на СХУ показват, подобрене при 18% от участниците.

Резултатите получени 4 месеца след терапията показва, че 53% от участниците в ЕГ (диаграма 2) са с трайно подобрене в състоянието си и не отговарят на критериите за установяване на СХУ.

Диаграма 1

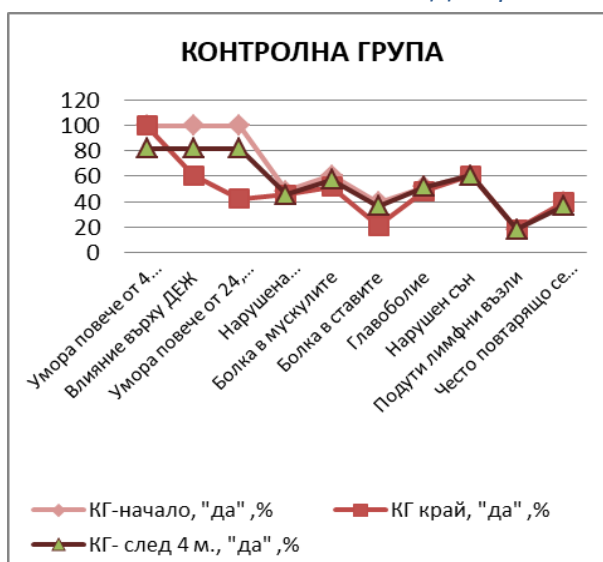


Диаграма 2



Този процент е значително по-висок от отчетеният при КГ, което е показател за ефективността на експерименталната терапевтична програма. Повече от половината участници в ЕГ са получили подобрене на здравословното си състояние, което е с траен ефект и може да се отчете анулиране на страданието по отношение на хроничната умора. Ефектът се простира освен върху подобреното физическото и емоционално състояние, но също в продуктивността на личността в дейностите от ежедневиия живот (ДЕЖ) и възобновяване на усещането за личностна значимост. В хода на периода за проследяването след четири месеца в двете групи настъпиха следните изменения в състоянието на участниците в изследването и в двете групи.

Диаграма 3



Диаграма 4



Заявените положителни отговори, за наличие на симптом са визуално представени за КГ на диаграма 3. Стойностите са в три линии, според времето на снемане на състоянието: начало на терапевтичната програма, след приключване на терапевтичната програма и късното

проследяване, което е 4 месеца след края на терапевтичната програма. Най-силно повлияване между първото и второто тестване се наблюдава по отношение „Умора повече от 24, след натоварване“, където с 59,6% намалява при изследване в края на терапевтичната програма. След 4 месеца, запазването на благоприятния резултат е за 18,2% от участниците. Считаме, че при повтаряне на терапевтичния курс, приложен за контролната група, резултатите биха се задържали във времето и придобили траен ефект, за по голям процент от засегнатите. Отразяването на умората върху ДЕЖ е показател, който се подобрява до края на терапията с 39,4%, но при последното измерване 21,2% от участниците с подобрени от КГ, възстановяват оплакванията по този показател. Показателя „Нарушена концентрация“ в първия тест е с положителен отговор за 48,5%. След терапията е 45,5% не се променя след 4 месеца. За КГ „Болка в мускулите“ и „Болка в ставите“ се отчита подобрение в края на терапевтичния курс, но в късното изследване то се стопява.

Показателите „Главоболие“ и „Нарушен сън“, нямат трайна промяна при късното проследяване. „Подути лимфни възли“ и „Често повтарящо се възпалено гърло“ не търпят промени в хода на трите тестови изследвания.

На графика 4 са визуализирани данните получени за ЕГ от тестовете, проведени в трите етапа на проследяване. Най-силно повлияни са показателите е „Умора повече от 24, след натоварване“ и „Влияние върху ДЕЖ“. Резултатите при тях се изменят синхронно във времето, а подобрението е трайно във времето. Късният резултат е филтриран по отношение на емоционалното въздействие и потвърждава ефективността на експерименталната методика. „Болка в мускулите“ в първото тестване е отбелязана за налична при 64,7%, намалява наполовина (32,4%) в края на терапевтичния цикъл, а в късното проследяване е 38,2 %. В голяма степен постигнатите резултати имат тенденция да се запазват във времето, след провеждане на експериментална методика. Главоболието се променя за ЕГ в трите изследвания, както следва: 61,8%; 41,2%; 47,1%. Нарушена концентрация е отбелязана в 52,9% от тестовете в началното измерване. Този процент след терапевтичния курс е 44,4%, а на късното тестване 44,1%, което показва тенденция за запазване на ефекта от експерименталната методика. Болката в ставите се съобщава в повече от половината от изследваните в ЕГ (52,9%). След провеждане на експерименталната методика, процентът намалява до 35,3%, а късното проследяване има лека тенденция към възстановяване на страданието. 50% от участниците в ЕГ съобщават за нарушения на съня. В края на терапевтичния курс този процент е 47,1%, а четири месеца по-късно спада до 38,2%. Показателите „Подути лимфни възли“ и „Често повтарящо се възпалено гърло“ след приключване на експерименталната методика липсва промяна в състоянието, но в късното измерване се наблюдава тенденция за намаляване на страданието по посочените

показатели. За изследваните от ЕГ се наблюдава подобрене по отношение на страданието на хронично уморените и тенденция за запазване на ефекта на експерименталната програма във времето, а по отношение на някои от показателите се отчита подобрене с отложен ефект.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Приложената от нас експериментална методика, оказва подчертан положителен ефект върху страдащите от хронична умора, което ни дава основание да направим следните изводи:

1. Умората намалява и в двете групи, но в експерименталната е с тенденция ефектът на подобрене да се запази.

2. Интензивността на болката се мени по време на лечебния курс и в двете групи, но при пациентите в експерименталната група в късното тестване след 4 месеца от лечебния курс, тя е много по-ниска.

3. Показатели като „Често повтарящо се възпалено гърло“ и „Подути лимфни възли“ показват подобрене в късните изследвания за ЕГ, което е показател за стойността на трайното въздействие на третираните с акупунктура и вакуумтерапия.

4. Страдащи от хронична умора, със страх от иглообождаване, могат да бъдат обучени да извършват сами върху себе си, точков масаж и ефектът може да бъде задържан във времето. Лесно може да се прилага и на работното място.

5. Акупунктурата в комбинация с вакуум терапия е ефективен метод за облекчаване на симптомите при хора с хронична умора.

6. Предоставянето на възможност за терапия на рисковите групи професии за да се подобри трудоспособността, намалят честите отсъствия по болест, които са обвързани със значими, обществени и лични, икономически загуби.

С проведеното експериментално проучване върху пациентите с хронична умора в продължение на пет месеца, изпълнихме основната цел, а именно намаляване на хроничната умора и подобряване качеството на живот на засегнатите.

### **ЛИТЕРАТУРНИ ИЗТОЧНИЦИ**

1. Asbring P, Narvanen A.(2003) Ideal versus reality: physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. Soc Sci Med. 57:711–720. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00420-3. [PubMed] [Cross Ref]. .
2. Bakken I, Tveito K, Gunnes N, Ghaderi S, Stoltenberg C, Trogstad L, et al.(2014) Two age peaks in the incidence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis: a population-based registry study from Norway 2008-2012. BMC Med 12(1):167.10.1186/s129.
3. Bayliss K, Riste L, Fisher L, Wearden A, Peters S, Lovell K, Chew-Graham C.(2013) Diagnosis and management of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalitis in black and minority ethnic people: a qualitative study. Prim Health Care Res Dev.;23:1–13. [PubMed].

4. Bsted AC, Marshall LM.(2015) Review of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: an evidence-based approach to diagnosis and management by clinicians. н.м. : Rev Environ Health, 30(4):223-49. doi: 10.1515/reveh-2015-0026..
5. Bültmann U, Kant IJ, Kasl SV, et al.(2002) Fatigue and psychological distress in the working population: psychometrics, prevalence and correlates. н.м.: J Psychosom Res.
6. Chew-Graham C, Brooks J, Wearden A, Dowrick C, Peters S.(2011) Factors influencing engagement of patients in a novel intervention for CFS/ME: a qualitative study. Prim Health Care Res Dev. 12:112–122. doi: 10.1017/S146342361000037X. [PubMed] [Cross Ref]. .
7. Chronic fatigue syndrome/Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy) diagnosis and management; NICE Clinical Guideline (August 2007).
8. Dickson A, Knussen C, Flowers P.(2007) Stigma and the delegitimation experience: an interpretative phenomenological analysis of people living with chronic fatigue syndrome. Psychol Health. ;22(7):851–867. doi: 10.1080/14768320600976224. [Cross Ref]. .
9. Gilje AM, Soderlund A, Malterud K.(2008) Obstructions for quality care experienced by patients with chronic fatigue syndrome (CFS)- A case study. Patient Educ Couns. 73:36–41. doi: 10.1016/j.pec.2008.04.001. [PubMed] [Cross Ref]. .
10. Goranova Z., Sivrev D., Dimitrov N.(2008) Chronic fatigue syndrome treated by acupuncture at Eight Influential points and cupping therapy. Chinese methods of treatment. Volume 2. Symposium of articles. BAAPT Sofia
11. Katz BZ, Shiraishi Y, Mears CJ, Binns HJ, Taylor R. (2009) Chronic fatigue syndrome following infectious mononucleosis in adolescents. Pediatrics 124(1):189–93. doi: 10.1542/peds.2008-1879 [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]. .
12. Kennedy G, Underwood C, Belch JJF.(2010) Physical and functional impact of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis in childhood. Pediatrics 125(6):e1324–30. doi: 10.1542/peds.2009-2644 [PubMed] [Cross Ref]. .
13. Lewis G, Wessely S.(1992) The epidemiology of fatigue: more questions than answers. н.м. : J Epidemiol Community Health.
14. Makowiec-Dabrowska T, Koszoda-Włodarczyk W.(2006 ) The CIS20R Questionnaire and its suitability for prolonged fatigue studies. J Psychosom Res. 57(4):335–45. [PubMed]. .
15. Moss-Morris R, Deary V, Castell B.(2015) Синдром на хроничната умора. Handb Clin Neurol.. 2013;110: 303-14. doi: 10.1016 / B978-0-444-52901-5.00025-3 .
16. Pawlikowska T, Chalder T, Hirsch S, et al.(1994) Population based study of fatigue and psychological distress. н.м.: BMJ, 1994..
17. Peters S, Wearden A, Morriss R, Dowrick C, Lovell K, Brooks J, Cahill G, Chew-Graham C.(2012) Challenges of nurse delivery of psychological interventions for long-term conditions in primary care: a qualitative exploration of the case of chronic fatigue syndrome.
18. Rowe PC, Underhill RA, Friedman KJ, Gurwitt A, Medow MS, Schwartz MS, Speight N, Stewart JM, Vallings R, Rowe KS.(2017) Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome Diagnosis and Management in Young People: A Primer. Front Pediatr. 5:121. Epub 20.
19. Schoofs N, Bambini D, Ronning P, Bielack E, Woehl J.(2004) Death of a lifestyle. The effects of social support and healthcare support on the quality of life of persons with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. Orthop Nurs. 23(6):364–374. [PubMed].
20. Yancey JR, Thomas SM;(2012) Chronic fatigue syndrome: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. Oct 15;86(8):741-6.

**Контакти:**

Любов-Милени Петрова

Докторант катедра „Теория и методика на кинезитерапията“



Доц. д-р Богдана Илинова, доктор  
Катедра „Спортна медицина“  
Национална спортна академия „Васил Левски“