

УДК 616.831-009.7-085.814.1-092

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НА ОСНОВЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ

Манкевич С. М.

*ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
кафедра рефлексотерапии, г. Минск, Республика Беларусь*

Цель работы – обосновать дифференцированный подход в базовом методе рефлексотерапии (РТ) головной боли в зависимости от патофизиологического механизма ее формирования.

Объекты и методы. При сосудистой ГБ с регионарной церебральной ангиодистонией используют иглоукалывание канальных точек сосудорегулирующего, седативного действия, вегетативно-активных точек, аурикулярных: 55, 19, 59, 100. Показана поверхностная РТ воротниковой зоны, вакуумный массаж, «Гуаша» массаж скребком, карбоксирефлексотерапия на точки и зоны скальпа, электроакупунктура импульсным биполярным током. При ГБ, обусловленной смешанными сосудистыми механизмами (мигрень) используются тормозной и возбуждающий методы воздействия в соответствии с фазами ангиоспазма и вазодилатации. При ГБ, обусловленной преимущественно мышечным напряжением (неврозы), используют общие точки седативного действия в сочетании с терморефлексотерапией, методом поверхностного иглоукалывания, скальпоэлектроакупунктуры. При миофасциальном синдроме при бруксизме лечение ГБ мышечного напряжения обусловлено сегментарно-релаксирующим эффектом РТ. Невралгическая ГБ, успешно лечится методами РТ по тормозной методике. При психалгии рефлексотерапия ГБ направлена на погашение патологической доминанты, обусловленной дисфункцией центральной антиноцицептивной системы.

Результаты. Эффективность РТ головной боли с использованием дифференцированной РТ составляет 65–68%.

Заключение. Выявление ведущей патофизиологической составляющей в клинической картине ГБ достоверно повышает терапевтическую эффективность дифференцированной рефлексотерапии.

Ключевые слова: головная боль; дифференцированная рефлексотерапия; заболевания челюстно-лицевой области; патофизиологическая классификация головной боли.

DIFFERENTIATED REFLEXOLOGY OF HEADACHE BASED ON PATHOPHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF FORMATION

Mankevich S. M.

*Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education,
Department of Reflexology, Minsk, Republic of Belarus*

The aim of the work is to substantiate a differentiated approach in the basic method of reflexotherapy (RT) of headache depending on the pathophysiological mechanism of its formation.

Objects and methods. In vascular headache with regional cerebral angiodystonia, acupuncture of channel points of vasoregulatory, sedative action, vegetatively active points, auricular points is used: 55, 19, 59, 100. Surface RT of the collar zone, vacuum massage, Gouache massage with a scraper, carboxyreflexotherapy on points and areas of the scalp, electroacupuncture with pulsed bipolar current are prescribed. In headache caused by mixed vascular mechanisms (migraine), inhibitory and excitatory methods of exposure are used in accordance with the phases of angiospasm and vasodilation. In headache caused mainly by muscle tension (neurosis), common points of sedative action are used in combination with thermoreflexotherapy, surface acupuncture, scalpoelectroacupuncture. In myofascial syndrome with bruxism the treatment of headache muscle tension is due to the segmental-relaxing effect of RT. Neuralgic headache successfully are treated with RT methods according to the inhibitory technique. In psychalgia, reflexotherapy of headache is aimed at extinguishing the pathological dominant caused by dysfunction of the central antinociceptive system.

Results. The effectiveness of RT headache with the use of differentiated RT made 65–68%.

Conclusion. Identification of the leading pathophysiological component in the clinical picture of headache significantly increases the therapeutic effectiveness of differentiated reflexotherapy.

Keywords: headache; differentiated reflexotherapy; diseases of the maxillofacial region; pathophysiological classification of headache.

Введение. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что головными болями страдают до 80% трудоспособного населения [3]. Головная боль (ГБ) может быть ведущим, симптомом при 50 различных заболеваниях, в том числе, при травматических, воспалительных процессах челюстно-лицевой области, ортопедических стоматологических манипуляциях, бруксизме [1]. Механизм формирования ГБ обусловлен раздражением болевых рецепторов в коже, подкожной

клетчатке, сухожильном шлеме, сосудах мягких покровов головы, надкостнице черепа, оболочках мозга, внутричерепных артериях, венах и венозных синусах. Растяжение или сдавление являются основными факторами, вызывающими раздражение рецепторов перечисленных структур [2].

Патофизиологическая классификация ГБ включает:

сосудистую ГБ с проявлением спазма или дилатации артерий, недостаточности тонуса вен;

ГБ мышечного напряжения – на основе активации передачи импульса в нервно-мышечном синапсе, сегментарного механизма;

ликвородинамическую ГБ – с повышением или понижением внутричерепного давления;

невралгическую ГБ – на основе генерализации очагов патологической активности в антиноцицептивной системе;

психалгическую ГБ – на основе дисфункции центральной антиноцицептивной системы при нарушении обмена моноаминов и эндогенных опиатов в центральной нервной системе (ЦНС);

смешанную ГБ – при комбинации перечисленных выше механизмов.

Цель работы – обосновать дифференцированный подход в базовом методе рефлексотерапии (РТ) головной боли в зависимости от патофизиологического механизма ее формирования.

Объекты и методы. При сосудистой ГБ у пациентов с регионарной церебральной ангиодистонией с гипертонусом артерий используют точки, влияющие на регуляцию сосудистого тонуса, седативного действия: E36, GI10, GI11, MC6, C3, C5, F8, F3, P7; вегетативно-активные точки воротниковой зоны, аурикулярные: 55, 19, 59, 100. Применяется II вариант тормозного метода, с дополнительными манипуляциями иглой, в виде вращения, потряхивания, большой амплитудой раскачивания при извлечении. Показана поверхностная РТ воротниковой зоны, релаксирующий массаж, карбоксирефлексотерапия на точки и зоны скальпа.

Ангиодистония с преобладанием низкого тонуса артерий может иметь фоном гипосимпатикотонию или гиперпарасимпатикотонию. В первой ситуации лечение направлено на активацию симпатической системы: возбуждающим методом действуют на точки R12, G14, F3, TR3, TR5 и тормозным методом – на точку TR20. Эффективна стимуляционная импульсная электроакупунктура биполярным током с частотой в диапазоне 1–15 Гц в зону проекции верхнешейных сим-

патических ганглиев. Если регионарная церебральная гипотония сопровождается выраженной общей астенизацией, то возбуждающее действие осуществляют на MC7, MC8, VG14, VI8, E36, R6, а при доминировании невротических жалоб показано мягкое тормозное воздействие на точки E36, C3, C7, IG3. Если артериальная гипотония обусловлена гиперпарасимпатикотонией, тормозят точки V10, V13, VG12, VB34. При аурикулотерапии с той же целью используют точки коры, гипоталамуса, надпочечников, симпатическую точку. При электроакупунктуре воздействуют импульсным биполярным током, используя частоту 100Гц для подавления гиперпарасимпатикотонии.

При гипотонии вен тонизируют точки меридианов MC, TR, VB, воздействие на которые избирательно регулирует венозный отток: MC5, MC6, TR5, TR18, V10, VB12, V2, P7, а при аурикулоакупунктуре – точки почек, надпочечников, затылка, TR и симпатическую. Показан вакуумный массаж воротниковой зоны, «Гуаша» массаж скребком.

ГБ, обусловленная смешанными сосудистыми механизмами: *мигрень*. В приступном периоде на стадии спазма интракраниальных артерий начинают с тормозного воздействия на общеукрепляющие точки меридианов желудка (E36, E40), толстой кишки (GI4, GI 18), перикарда (MC6), селезенки (RP6, RP9), точки седативного действия (C5, C7, V60, V62). Эффект повышается при локальном тормозном укалывании точек головы – в зависимости от локализации боли: в лобно-височной области – VB3,4,5,6, VB14, E8, TR5, TR23, E36, E41; в височно-теменной области – VB2, VB17, TR22, VB40, V2, V64, VG22, E8; в затылочной области – VG14, VG20, VB20, VII, IG14. В фазе ангиодилатации, когда большая масса крови устремляется в поверхностную височную артерию, вызывая ее расширение, растягивание, перифокальный отек и пульсацию метод терапевтического раздражения иглой меняется на тонизирующий, особенно в локальных точках головы. При классической (офтальмической) мигрени – VB20, VG16; ассоциированной – VG22, VB16, VB17, VG21, V6; вестибулярной – TR17, TR21, IG19, V11, VB20; мозжечковой – VG17, VB20; кардиальной – C5, C7, MC6, V15, V62; «пучковой» – GI11, E36, TR23, VB14, E2, E8, PC1; «шейной» – VB20; VB12, VG14, V11, VG20; при лицевой – GI19, E6, E2, VB1, PC1, TR22.

Электропунктура или электроакупунктура избирательно потенцирует аналгезию, применяется импульсный биполярный ток с формой импульса «спайк волна» по тормозной или тонизирующей методике в соответствии с типом ангиодистонии. В межприступном периоде

эффективна карбоксирефлексотерапия, способствуя профилактике приступов мигрени, продлению периодов ремиссии за счет влияния на ангиодистонический симптомокомплекс. При ГБ, обусловленной преимущественно мышечным напряжением РТ определяется природой основного заболевания, которое разным путем приводит к напряжению мышц головы. Неврозы требуют включения в программу лечения общих точек седативного действия: E36, VB20, C7, C3, V43, GI10. Пользуются II вариантами укрепляющего, гармонизирующего и тормозного методов. При преобладании астении, быстрой психической истощаемости, показано тонизирующее воздействие на VG14, VB4, VB41, GI4 в сочетании с вариантами терморефлексотерапии «ЦЗЮ», поверхностного иглоукалывания, скальпоэлектроакупунктуры. При шейном остеохондрозе, миофасциальном синдроме при бруксизме лечение ГБ мышечного напряжения обусловлено сегментарно-релаксирующим эффектом РТ. Воздействуют на анальгезирующие системные точки: V60, V62, E36, GI4, CI10, сегментарные точки воротниковой зоны, триггерные точки. Применяют I и II варианты тормозного метода в сочетании с аурикулотерапией шейного отдела позвоночника, затылка, симпатической, шень-мэнь. Лечение дополняют пролонгированной микроиглотерапией на точки воротниковой зоны, паравертебральным вакуумным массажем. Невралгическая ГБ, как вариант поражения вегетативно-чувствительных нервов (тройничного, затылочных) успешно лечится РТ по тормозной методике. РТ применяют дифференцированно, то есть в момент приступа боли и вне приступа. Приоритет отдается точкам общего действия седативной, анальгезирующей направленности вегетативно-активным точкам шейно-воротниковой зоны и местным в сочетании с точками ушной раковины в зонах проекции тройничного нерва, шейного отдела позвоночника. Во избежание воздействия в локусы курковых точек используется правило «малого и большого» укола. При психалгии рефлексотерапия ГБ направлена на погашение патологической доминанты, которая обусловлена дисфункцией центральной антиноцицептивной системы при нарушении обмена моноаминов и эндогенных опиатов в ЦНС. Предпочтителен метод классического иглоукалывания в дистальные точки на кистях и стопах. Воздействие слабое (II вариант возбуждающего метода), экспозиция 15 минут. Целесообразны сочетания симметричных точек в области проекции боли (1–2 пары), аурикулярные точки – в зоне противокозелка и трехсторонней ямки, скальпоэлектроакупунктура зоны MS5 (корковая проекция лимбико-

ретикулярного комплекса) импульсным биполярным током «спайк-волна». Оптимизацию лечения обеспечивает методика одновременно-го сочетания сеанса суггестивной психотерапии и РТ.

Результаты. Особенность анальгезирующего действия РТ заключается в повышении порога возбудимости болевых рецепторов, угнетении проведения болевых импульсов по афферентным путям, а также в активации центральной антиноцицептивной системы. Это обеспечивается нейрогуморальными сдвигами, нормализацией баланса медиаторов и модуляторов боли: серотонина, норадреналина и олигопептидов, в том числе эндогенных опиатов, эндорфинов и энкефалинов [2]. Эффективность РТ головной боли с использованием дифференцированных методик патогенетической направленности составляет 65–68%, что коррелирует с данными большинства авторов, отмечающих улучшение в 55–65% и достоверно большую эффективность, чем в группах без РТ [4].

Заключение. Дифференцированное использование методов рефлексотерапии ГБ, подбор и сочетание точек акупунктуры, сила терапевтического раздражения должны базироваться на знании механизмов формирования цефалгического симптомокомплекса. Выявление ведущей патофизиологической составляющей в клинической картине головной боли достоверно повышает терапевтическую эффективность РТ.

Литература.

1. Основные подходы к лечению хронической патологии жевательных мышц: учебно-метод. пособие / И. Н. Барадина [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2012. – 27 с.
2. Рефлексотерапия головной боли : учеб.-метод. пособие / С. М. Манкевич [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2021. – 16 с.
3. Шток, В. Н. Головная боль / В. Н. Шток. – М. : Медицина, 1987. – 303 с.
4. A bibliometric analysis of research trends of acupuncture therapy in the treatment of migraine from 2000 to 2020 / Z. Tingting [et al.] // J. Pain Res. – 2021. – Vol. 14. – 1399–1414. doi: 10.2147/JPR.S306594