

**РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ БОЛИ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ,
ОБУСЛОВЛЕННОЙ БОЛЕЗНЕННЫМИ МЫШЕЧНЫМИ
УПЛОТНЕНИЯМИ В ВИСОЧНОЙ МЫШЦЕ**

**Василевский С.С., Сиваков А.П., Манкевич С.М.,
Подсадчик Л.В.**

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

Введение. Болезненные мышечные уплотнения (БМУ) в височной мышце, как правило, приводят к головной боли в обширной части височной области и вдоль надглазничного карая, а так же во всех зубах верхней челюсти. Особенность локализации болевого синдрома зависит от расположения БМУ в той или иной части височной мышцы. Боль от БМУ локализованных в передней группе волокон мышцы распространяется вдоль надглазничного края и вниз на верхние резцы

(рис. 1а). БМУ локализованные в глубине средней группы волокон височной мышцы могут вызывать боли в верхней челюсти (рис. 1б) [2].

Цель исследования - уточнить клинические особенности болезненных мышечных уплотнений в височной мышце. Разработать методику рефлексотерапии и оценить ее эффективность в лечении данной патологии.

Объекты и методы. Обследовано и пролечено методом рефлексотерапии 6 пациентов. Из них 4 мужчин и 2 женщины в возрасте от 28 до 40 лет. Все пациенты отмечали умеренный болевой синдром.

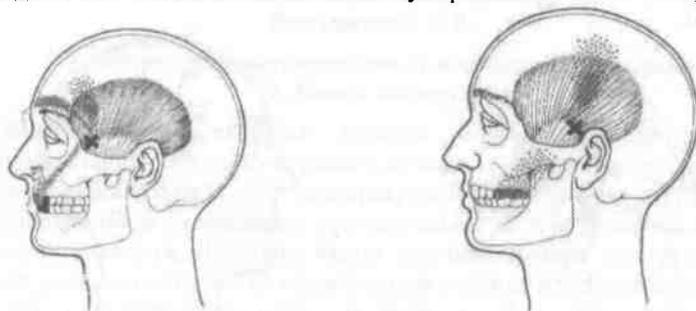


Рис. 1 Схема локализации боли от БМУ:

а – в передней группе волокон височной мышцы.

б – в глубине средней группы волокон височной мышцы.

У трех пациентов главной жалобой была не головная боль, а боль в зубах верхней челюсти и их повышенная чувствительность. При неактивных, латентных БМУ максимальная величина открывания рта составляла 10–15 мм и обычное движение челюсти не вызывало боль, но пациенты обращали внимание врача на изменившийся прикус.

Болезненные мышечные уплотнения могут формироваться при прямой травме височной мышцы при ударе мячом или автомобильной аварии, длительном вынужденном положении нижней челюсти во время обширной стоматологической процедуры в полости рта, длительной тракции шеи при которой иммобилизованы сомкнутые челюсти, интенсивном жевании резинки и т. д. [3]. Частота возникновения болезненных мышечных уплотнений в височной мышце, по данным различных авторов, стоит на втором или третьем месте после жевательной и латеральной крыловидной мышц [2, 3].

При проведении пальпации БМУ рот пациента должен быть фиксирован в слегка открытом положении. Так как при сомкнутых челюстях височная мышца полностью укорочена, что затрудняет выявление уплотнений, поскольку они становятся менее ощутимы

и менее болезненны. Наиболее удобно фиксировать рот в приоткрытом положении с помощью горизонтально вставленного между резцами картонного цилиндра (рис. 2а).

Результаты. Первую процедуру рефлексотерапии целесообразно начинать с отдалённых точек: E36 (цзу-сань-ли), VB34 (ян-линь цюань) и TR5 (вай-гуань) поскольку ход каналов приведённых точек на голове локализуется в области височной мышцы [1]. Следующие процедуры рекомендуется проводить на голове. Особенность их заключается в том, что одной иглой раздражаются одновременно две и более точек (рис. 2б).

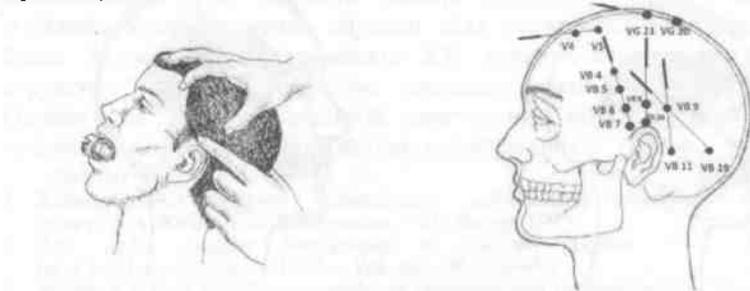


Рис. 2 а – методика пальпации БМУ височной мышцы;

б – локализация точек акупунктуры на голове для лечения БМУ височной мышцы.

На второй процедуре игла вводится из точки VG21(цянъ-дин) в точку VG20 (бай-хуэй). Следующая процедура проводится на обеих сторонах, игла вводится из точки V4 (цюй-ча) в точку V5 (у-чу). Четвертая процедура проводится симметрично, игла вводится из точки VB9 (тянь-чун) в точку VB11 (тоу-цюо-инь). На пятой процедуре иглы вводятся из точки VB8 (шуй-гу) в точку TR20 (цзяо-сунь). На шестой процедуре иглы вводятся симметрично подкожно от точки VB4 (хань-янь) через точки VB5 (сюань-лу), VB6 (сюань-ли), к точке VB7 (цюй-бинь) [4]. Седьмая процедура проводится так же симметрично, иглы вводятся от точки VB9 (тянь-чун) к точке VB19 (нао-кун). Восьмая процедура повторяет первую. Используется тормозный вариант воздействия. Если на первых пяти процедурах динамика лечения достаточно хорошая, то шестую и седьмую процедуру можно не проводить. В результате лечения боль купировалась у 50% пациентов. У 3 пациентов боль уменьшилась до слабой степени выраженности.

Литература.

1. Сиваков, А.П. Топографическая анатомия точек акупунктуры конечностей: учебно-методическое пособие / А.П. Сиваков, В.П. Юрченко. – Минск: ПК ООО Макбел, 2010. – 224 с.

2. Тревелл, Д. Миофасциальные боли: Т. 2: Пер. с англ. / Д. Тревелл, Д. Симонс. – М.: Медицина, 1989. – 608 с.
3. Фергюсон, Л.У. Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство / Л.У. Фергюсон, Р. Гервин: пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 544 с.
4. Liu Yan. Diagrams of Acupuncture Manipulation / Liu Yan. – Shanghai scientific & technical publishers. Shanghai, 2007. – 200 p.