

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра рефлексотерапии

## **РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО  
2021

УДК 616.831-009.7-085.814.1(075.9)

ББК 56.12я73

Р 45

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия  
НМС государственного учреждения образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
протокол № 8 от 28.12.2020

**Авторы:**

*Манкевич С.М.*, доцент кафедры рефлексотерапии БелМАПО, кандидат медицинских наук

*Сиваков А.П.*, заведующий кафедрой рефлексотерапии БелМАПО, доктор медицинских наук, профессор

*Подсадчик Л.В.*, доцент кафедры рефлексотерапии БелМАПО, кандидат медицинских наук

*Грекова Т.И.*, старший преподаватель кафедры рефлексотерапии БелМАПО

**Рецензенты:**

*Макаревич А.Э.*, профессор 1-й кафедры внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук

*Кафедра* медицинской реабилитации и физиотерапии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Р 45      **Рефлексотерапия** головной боли : учеб.-метод. пособие / С.М. Манкевич, А.П. Сиваков, Л.В. Подсадчик, Т.И. Грекова. – Минск : БелМАПО, 2021. – 16 с.

ISBN 978-985-584-533-2

В учебно-методическом пособии представлены методы рефлексотерапии, которые успешно используются в лечении различных видов головных болей.

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Рефлексотерапия» (дисциплина «Частная рефлексотерапия»; повышения квалификации врачей-рефлексотерапевтов, врачей-психотерапевтов, врачей-неврологов, врачей-реабилитологов, врачей-физиотерапевтов, врачей-терапевтов, врачей-педиатров, врачей общей практики.

УДК 616.831-009.7-085.814.1(075.9)

ББК 56.12я73

**ISBN 978-985-584-533-2**

© Манкевич С.М., Сиваков А.П.,  
Подсадчик Л.В., Грекова Т.И., 2021

© Оформление: БелМАПО, 2021

## **СОДЕРЖАНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ	4
1. КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ	4
2. РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ	5
3. ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ МИГРЕНИ	9
4. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	15

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ**

*Доцент С.М. Манкевич*

Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что головными болями страдают до 80% трудоспособного населения. *Чаще всего встречается головная боль напряжения (70-75%), второе место (16%) занимает мигрень.*

Головная боль (ГБ) может быть ведущим, а иногда и единственным симптомом приблизительно при 50 различных заболеваниях.

Методы рефлексотерапии (РТ) успешно используются в лечении различных видов ГБ. Классическое корпоральное иглоукалывание в комбинации с аурикулярной РТ составляет эффективный комплекс акупунктурного воздействия. Показаны также методы неинвазивной РТ: лазеропунктура, магнитолазеропунктура, фармакопунктура, электроакупунктура, точечный массаж.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ**

Часть 1. Первичные головные боли

1. *Мигрень.*
2. *Головная боль напряжения.*
3. Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные цефалгии.
4. Другие первичные головные боли.

Часть 2. Вторичные головные боли

5. Головные боли, связанные с травмой головы и/или шеи.
6. Головные боли, связанные с сосудистыми поражениями ми черепа и шейного отдела позвоночника.
7. Головные боли, связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями.
8. Головные боли, связанные с приемом лекарств или их отменой.
9. Головные боли, связанные с инфекциями.
10. Головные боли, связанные с нарушением гомеостаза.
11. Головные и лицевые боли, связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости или других структур черепа и лица.
12. Головные боли, связанные с психическими заболеваниями.

Часть 3. Краниальные невралгии, центральные и первичные лицевые боли

13. Краниальные невралгии и центральные причины лицевой боли.

14. Другие головные боли, краниальные невралгии, центральные или первичные лицевые боли.

Основными источниками ГБ являются ноцицепторы твёрдой мозговой оболочки и тканей, покрывающих череп, артерии основания черепа и внечерепные артерии, черепные нервы, первый и второй шейные спинномозговые нервные корешки. ГБ, имеющая различные клинические проявления, нередко развиваются по общим патофизиологическим механизмам. Последнее обстоятельство обосновывает единство базовых принципов построения рефлексотерапии.

*По представлениям традиционной китайской медицины, головные боли представлены следующими синдромами:*

1) боль, локализуемая в затылке и иррадиирующая в заднюю поверхность шеи и спину, относится к синдрому тай-ян (меридианы мочевого пузыря и тонкой кишки);

2) боль, локализуемая в лобной области с иррадиацией в область бровей, – к синдрому ян-мин (меридианы толстой кишки и желудка);

3) боли в области висков – к синдрому шао-ян (меридианы желчного пузыря и трех обогревателей);

4) боль в области темени с иррадиацией в зубные ряды (при здоровых зубах) – к синдрому шао-инь (меридианы почек и сердца) и боль в области темени с иррадиацией в виски – к синдрому цзюе-инь (меридианы печени и перикарда).

## **РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ**

Для лечения головной боли используется иглоукалывание (корпоральное, аурикулярное), фармакоакупунктура, лазеропунктура, магнитолазеропунктура, точечный массаж. Подбор и сочетание точек акупунктуры (ТА) осуществляется с учетом локализации головной боли на основе функциональной характеристики ТА и их влияния на клинические проявления заболевания.

Метод тормозный (Т2). Укалывание симметричное. Потенцирование терапевтического результата обеспечивается путем комбинирования и сочетания корпорального и аурикулярного иглоукалывания.

*ГБ в лобной области:* ТА общего действия, каналные — GJ4, E36,40,41,44; V60,62; VB44; локальные— E8, VB1,14; V3-5, TR23, PC3 (инь-тан); аурикулярные — AT33 (2);

*ГБ в височной области:* ТА общего действия, каналные — P7, RP6, TR2-6, VB38,39, локальные — TR12,18,20,21,23; VB1,3-5,7; E2,8; VG22,23; PC9 (тай-ян), аурилярные — AT35 на стороне боли;

*ГБ в затылочной области:* ТА общего действия, каналные — IG3; V60,64,65; VB36,39, локальные V11, VB12,20; GV20; аурикулярные — AT29,25 (2);

*ГБ в теменной области:* ТА общего действия, каналные — V58,60;C7,R3,6,MC5,6,F3 локальные — GV20, V7-9; VB7,20; аурикулярные — AT36,55,78;

*ГБ диффузная:* 1 вариант: GJ4, E41,44; VB20, GV20, аурикулярные — AT29,55,78 (2); 2 вариант: MC5,6; PR6, болезненные при пальпации ТА в области головы, аурикулярные — AT29,55,78 (2);

*ГБ вестибулярная:* ТА отдаленные — JG3, V62, TR3, локальные — JG19, TR17,19,21; сегментарные —V11,VB20,JG14 аурикулярные — AT9,13,16,20,34,55,78;

*ГБ мозжечковая:* ТА общего действия — VB39, локальные — TR 17, VB20; аурикулярные — AT25,29.37;

*ГБ абдоминальная* (обусловленная расстройством функции желудка, кишечника, желчного пузыря): ТА общего действия, каналные — GJ10, E36, RP4, JG4, MC6, R16, VB38, сегментарные — E25, V17,19,21,43; F14, CV12,15; аурикулярные — AT22,104 гомо — или билатерально и AT по соматотопии с учётом жалоб;

*ГБ менструального типа* (развивается чаще на фоне синдрома предменструального напряжения): ТА общего действия, каналные — P7, J4, RP6,9; MC4,6; V60, R16, VB41, TR5,F2,3; CV3-5, GV4, V33,34 аурикулярные – AT22,23,56,58 и AT с учётом локализации ГБ; рефлексотерапия начинается за 4-5 дня до начала менструации и имеет целью не только седацию ЦНС, но и нормализацию реакций нейроэндокринной системы, гармонизацию адренергического отдела ВНС во вторую фазу менструального цикла;

*ГБ на фоне алергизации:* ТА общего действия — P7, GJ4,11; TR5,VB34,38, E36,41 сегментарные —V11,13,20,43; локальные-E8,PC3, VG20.

Аурикулярные: AT13, 33, 34, 55,71;

*ГБ при умственном перенапряжении:* ТА общего действия — P7,R6, GJ4,11; TR5, местные — VG20, PC3,VB20,14;TR21; аурикулярные —

АТ33,34,35;

*ГБ офтальмическая* (например, при острой травме или воспалении глаз): ТА общего действия — GV14; IG3, V60, аурикулярные — АТ33,55; (P7 и V60 перекрёстно), а также воздействие T2 методом в ТА P5,7 на стороне боли и В 2 — в ТА P10, E36, V60, VB39 здоровой стороны;

*ГБ на фоне артериальной гипотонии*: ТА общего действия, каналы — GJ11, E36, RP6,R7, VG20, V67, VB43, GV4, аурикулярные — АТ 13,51.

*ГБ при синдроме позвоночного нерва и позвоночной артерии*: ТА общего действия — GJ4,10,11; V62, JG3, TR5, сегментарные — VG15,16; GJ15, V11, VB21, GV14, точка позвоночной артерии (на 2/3 расстояния от остистого отростка C2 позвонка до сосцевидного отростка);

*ГБ при посткоммационном синдроме*: ТА общего действия — V62, GV3,414,20; MC6, RP6; ТА шейно-воротниковой зоны: VB21,20, аурикулярные — АТ 34,55,76,95;

*ГБ после перидуральной анестезии, спинномозговой пункции*: основные ТА: MC6,VB34,39; АТ25,29.

В лечении цефалгий используется ПИР средней интенсивности, гуаша-терапия шейно-воротниковой зоны, точечный массаж, для пролонгирования эффекта — микроиглорефлексотерапия, цубо-рефлексотерапии в аурикулярных точках с экспозицией 3-5 дней.

При хронической головной боли используют главным образом аурикулярные и корпоральные ТА общерегулирующего действия с целью нормализации психоэмоционального состояния, купирования тревожности, а также ТА экстраординарных каналов.

Курсы рефлексотерапии индивидуальны — от 3-5 (купирование приступа цефалгии) до 10-15 процедур. Проводятся 2-3 курса рефлексотерапии с интервалами между курсами 10-20-30 дней, затем проводится поддерживающая терапия в виде отдельных процедур 1 раз в 10-15-20-30 дней.

Китайские иглотерапевты в базовом варианте лечения ГБ нередко используют воздействие на шесть групп отдаленных точек:

1) E41 цзе-си, E44 нэй-тин; 2) VB38 ян-фу, VB43 ся-си; 3) V60 кунь-лунь, V65 шу-гу; 4) TR3 чжун-чжу, TR4 ян-чи; 5) G13 сань-цзянь, RP6 сань-инь-цзяо, RP9 инь-лин-цюань; 6) MC6 нэй-гуань, C5 тун-ли.

В первый и второй сеансы используют первую группу точек, в третий и четвертый сеансы — вторую группу точек и так далее; кроме того, ежедневно укалывают одну-две локальные точки в зоне максимальной болезненности; седатирование усиливают подкручиванием игл. В случаях,

когда головная боль сопровождается определенные заболевания, рекомендуется выбор рецепта с учетом заболевания. 1. При гипертермии: седатировать GI11 цюй-чи, E36 цзу-сань-ли; точки P11 шао-шан и GI1 шан-ян уколоть до появления капли крови.

2. При артериальной гипертензии: седатировать VB21 цзянь-цзинь, F2 син-цзянь, VG20 бай-хуэй, E45 ли-дуй, V67 чжи-инь, PC9 тай-ян.

3. При артериальной гипотензии: тонизировать VG4 мин-мэнь, VG14 да-чжуй, GI11 цюй-чи, E36 цзу-сань-ли, RP6 сань-инь-цзяо.

4. При заболеваниях глаз: седатировать VB20 фэн-чи, GI4 хэ-гу, TR1 гуань-чун. V1 цин-мин, V2 цуань-чжун, V10 тянь-чжу, V62 шэнь-май, E44 нэй-тин, E1 чэн-ци, VG24 шэнь-тин.

5. При заболеваниях уха, горла, носа: седатировать GI4 хэ-гу и E44 нэй-тин.

Необходимо иметь в виду, что головная боль может быть наиболее ранним и наиболее частым симптомом церебрального арахноидита. В этом случае головная боль носит постоянный характер, приступообразно обостряясь, усиливаясь при физическом напряжении, умственной работе, перегревании, переохлаждении. На высоте головной боли возникает рвота, иногда развиваются эпилептиформные припадки. Больной с головной болью такого характера нуждается в тщательном обследовании, включая рентгенологическую диагностику для уточнения локализации воспалительного процесса, а также дифференцирования с возможной опухолью головного мозга.

В случае установления церебрального арахноидита тактика иглоукалывания для снятия головной боли следующая:

При базальной локализации процесса седатируют иглами отдаленные точки (на ногах) меридианов желчного и мочевого пузыря.

При другой локализации церебрального арахноидита ставят T-образные иглы в локальные болезненные точки (на голове) меридиана желчного пузыря на длительный срок.

Аурикулотерапия. Основные точки при ГБ: AP35 висок, AP55 шэнь-мэнь, AP95 почка, AP34 кора головного мозга. Иглы оставляют на 30—40 мин.

Поверхностное иглоукалывание при головной боли эффективно дополняет корпоральное классическое воздействие. Перкутируют районы головы, соответствующие локализации головной боли, обязательно - районы затылка, затылочной части и задней поверхности шеи, районы внутренней поверхности голени и предплечья;

при боли в теменной области — районы передней поверхности



предплечья и голени;

при боли в затылочной области — район задней поверхности голени. Воздействуют на места локализации боли со слабой интенсивностью, на остальные районы — в зависимости от характера боли и причины ее вызвавшей. Проводят до трех курсов лечения. В течение первого курса сеансы проводят ежедневно, затем через день.

## ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ МИГРЕНИ

*Мигрень* – это ангиотрофоневроз церебральных сосудов, приводящий к выраженным ликворо- и гемодинамическим нарушениям церебрального кровообращения, основным проявлением которых является приступообразная головная боль гемикранического типа.

*Различают следующие формы мигрени:*

1) простая мигрень. 2) глазная (классическая) мигрень. 3) ассоциированная (осложнённая) мигрень: - офтальмоплегическая; - гемиплегическая; - вестибулярная; - мозжечковая; - рефлекторно-висцеральная (абдоминальная, сердечная, менструальная). 4) Мигрень с групповыми атаками (гистаминная) - синдром Хортона.

*В приступе мигрени различают:*

1. Фаза отдалённых предвестников.
2. Аура (чаще - глазные симптомы).
3. Приступ головной боли (наиболее типичный – лобно-височной локализации) условно подразделяется на 2 периода: фаза ангиоспазма (начинается ещё на стадии ауры) и фаза вазодилатации, как правило, диагностируется во второй половине приступа.
4. Восстановление.

В результате спазма интракраниальных сосудов (ангиографически доказано, что уже во время ауры происходит резкое сужение интракраниальных артерий головного мозга), большая масса крови устремляется в поверхностные височные артерии, появляется затемнение перед глазами, яркие полосы, головокружение, парестезии в конечностях. Через несколько минут – резкая головная боль, пульсация, которая локализуется в половине головы (виске, темени, затылке). Длительность приступа – несколько часов. Он может завершиться рвотой, которая облегчает состояние.

Более тяжело протекает осложненная (ассоциированная) мигрень, когда мигренозный приступ сочетается с очаговой преходящей симптоматикой (парез, гемигипестезия, вестибулярные, зрительные, глазодвигательные симптомы и т.д.).

Часто приходится проводить дифференцированный диагноз тяжелого пароксизма мигрени и нарушения мозгового кровообращения (субарахноидального кровоизлияния).

*Шейная мигрень* – проявляется пароксизмами односторонних или двухсторонних болей в шейно-затылочной области, иногда с иррадиацией в глаз, ухо, тошнотой. Боли провоцируются или усиливаются при движении головы вверх, вниз, в стороны, при нагибании туловища. Определяется болезненность паравертебральных точек и легкая гиперестезия в шейной области. С течением времени у ряда больных вырабатываются приемы компенсаторного характера: придают голове определенные позы, ограничивают повороты.

### **Основные принципы рефлексотерапии мигрени**

1. ИРТ в некоторых случаях может применяться как самостоятельный метод лечения, а может – и в комплексе с лекарственными препаратами (в этом случае доза последних постепенно снижается).

2. Приступы мигрени гораздо легче предотвратить (т.е. оборвать на стадии "ауры"), нежели лечить "развёрнутый" приступ. Поэтому на фоне провоцирующих факторов важно противорецидивное лечение. Также при приступах, закономерно повторяющихся в определённое время суток, процедуру ИРТ желательно проводить перед приступом, что в большинстве случаев позволяет его предотвратить.

3. Необходимо учитывать провоцирующие факторы и активно влиять на их ликвидацию (при плохом сне используют точки, нормализующие сон; если приступы возникают при перемене погоды – укалывать TR5; если они связаны с менструальным циклом - подбирать необходимые точки на каналах R, F, RP и т.д.).

4. В лечении висцеральной мигрени акцент делают на соответствующих канальных системах, связанных с функцией внутренних органов.

5. Методика купирования приступа и курсовое лечение могут отличаться.

### РТ мигрени в межприступном периоде

Метод тормозный (Т1 или Т2 – в зависимости от силы, частоты и выраженности боли) или ТВ (переходный).

Используется 4 группы точек:

1) Основа лечения – отдалённые точки каналов, выходящих на голову (особенно в зону головной боли) – каналы TR, V, VB, с включением общеукрепляющих, сосудорегулирующих, системных точек: P7, GI4, GI10, GI11, E36, E44, RP6, RP9, RP10, IG3, V60, V62, R6, MC6, TR5, VB38, VB39, VB41, F2, F3, F5 и др. Обычно укалываются симметрично.

2) Местно-локальные точки (точки головы) из тех же каналов на стороне боли + : GI19, E2, E6, E8, V2, V3, V4, V8, TR22, TR23, VB1, VB4, VB5, VB6, VB7, VB9, VB11, VB14, VB15, VB16, VG16, VG20,21 (предварительный укол в эту точку при мигрени с мигрирующей болью иногда предотвращает миграцию боли), PC3, PC6, PC9 и др.

3) Точки шейно-воротниковой зоны, связанные с вегетативной регуляцией и регуляцией сосудистого тонуса, улучшающие венозный отток: V10, VB20, VB21, VG14.

4) Аурикулотерапия (в основном на высоте головной боли) - см. купирование приступа.

Иногда в межприступном периоде лечение может проводиться в основном на отдалённых т.а. и точках шейно-воротниковой зоны, а точки на голове используются минимально (1-2 т.а. на сеанс) и, в основном, на канале VG либо не берутся вообще.

Курс лечения 12-15 процедур. Повторные курсы проводят с интервалом 2-3 мес. до получения удовлетворительного результата. При этом надо уделять внимание нормализации эмоциональных и вегетативных реакций, сочетая ИРТ с другими методами лечения (фармакорексфлексотерапия, физиопунктура, скальпопунктура, аурикулопунктура, психотерапия, и т.д.).

### РТ купирования приступа мигрени

Метод воздействия:

1) В начале приступа (фаза ангиоспазма): - локальные точки на голове на стороне боли укалываются по Т2 (30мин) или Т1 (40 мин) с дополнительными манипуляциями на игле, а симметричные точки на здоровой стороне – по возбуждающему методу (15мин); - дистальные точки укалываются симметрично по тормозному методу 30 мин.(одна пара т.а. – на руках, одна пара т.а. – на ногах).

2) В фазе ангиодилатации (ангиопаралитическая стадия) тактика меняется: - локальные точки на голове на стороне боли укалываются по В2 (15мин), а симметричные – по Т2 (30 мин); - дистальные точки укалываются по Т2 (30 мин); - точки шейно-воротниковой зоны и частично затылочной области – по В2 (15-20мин) (для улучшения венозного оттока).

При шейной мигрени – точки задней поверхности шеи, воротниковой зоны по Т2.

Основные точки для купирования приступа:

дистальные точки: Р7, GI4, GI10, GI11, E36, E44, RP6, RP9, IG3, V40, V60, V65, MC4, MC5, MC6, TR5, VB34, VB39, VB41, F2, F3, F5.-

локальные и вегетоактивные точки: E8, V2, V3, V4, V7, V10, V11, TR22, VB4, VB5, VB6, VB7, VB8, VB10, VB12, VB13, VB14, VB15, VB20, VB21, VG11, VG14, VG19, VG20 (особенно при разлитой, мигрирующей боли), VG21, VG22, VG23, VG24, VC24, PC3, PC6, PC9.

Особенности тактики иглоукалывания при купировании приступа мигрени:

*Локальные точки на голове – ведущие, причём выбор их контролируется пальпаторной диагностикой – где больше болит, там и укалываем. Без локальных ТА купировать приступ гемикрании не представляется возможным!*

Аурикулотерапия: АТ13, АТ22, АТ25, АТ28, АТ29, АТ33, АТ34, АТ35, АТ37, АТ51, АТ55, АТ58, АТ95 (на сеанс используют 1-2 точки гомолатерального уха).

При купировании приступа при укалывании отдаленных точек акцент делают на ЯН-каналах, затем постепенно переключаются на ИНЬ-каналы, используя точки с вегетативной сосудистой направленностью.

Если приступ развивается внезапно, и все его проявления резкие, то *ведущий – канал VB (VB5, VB7, VB9, VB10, VB12, VB14, VB20, VB21, VB34-VB41)*. А если приступ развивается исподволь, медленно, осложнён артериальной гипертензией или патологией почек, то преимущество отдаётся каналу V (*локальные + дистальные т.а.*).

При приступах мигрени, протекающих на фоне симпатико-тонической реакции (эмоциональное и внутреннее напряжение, подъём АД, тахикардия), рекомендуется укалывание по В2 точек *парасимпатикотонической направленности: RP4, RP6, MC6, MC5*.

Преобладание парасимпатической направленности у лиц с мигренозными приступами даёт основание для использования *точек GI4, TR5, VB34, VB41, усиливающих симпатико-тоническую реакцию.*

GI10 и E36 используются в тех случаях, когда трудно определить преобладание симпатической или парасимпатической части ВНС

Оптимальные рецептурные сочетания РТ мигрени:

1. *Мигрирующая боль*: VG20, E8(2), E36(2).
2. *Мигрирующая боль преимущественно лобной локализации (особенно при растянутом начале приступа)*: VG20, V3(2), V60(2). При миграции боли можно дополнительно укалывать т.а. в зоне миграции.
3. *Лобная головная боль*: \* VB4(2), F3(2); \* PC3, V10(2), VB15(2), GI4(2); \* PC2, V10(2), VB15(2), TR5(2), GI4(2); а также: E36, E41, TR23, VB3, VB14, VG24.
4. *Лобно-височно-глазничная боль*: E2, E8, V2, V62, TR5, TR22, VB2, VB5, VB14, VB40, VG22, VG23, PC9.
5. *Теменно-затылочная боль*: - P9, IG14, V11, VB10, VB12, VB19, VB20, VG14, VG16, VG19, VG20 + МХЧ от V7 до V11.
6. *Шейно-затылочная боль*: C7, V11, VB20, VG14, VG20.
7. *Лицевая боль*: GI18, E2, E6, TR22, TR23, VB1, PC3.
8. *Мигрень + гипертензия*: RP6, R1, R2, R7, MC5 (или MC6).
9. *Головокружение (вестибулярная мигрень)*: E36, IG10, IG19, V11, TR17, TR21, VB20, VG17, VC6.
10. *Офтальмическая (офтальмоплегическая) мигрень*: P5, P7, GI18, E36, E40, V2, V10, V13, V60, MC6, VB3, VB14, VB20, VB41, VB43, F3, VG11, VG16, VG20; \* P5(Б), P7(Б) – тормозный метод; E36(ЗД), V60(ЗД) – возбуждающий метод. *Светобоязнь, фотопсии*: V60. *Отёчность глаз* после приступа: E41, C5, V1 (акупунктура или зондовый массаж), V62, VB1.
11. *Тошнота, рвота на фоне мигрени*: \* E9(2) (подкожно, аккуратно); \* E9(2), VC15, E36(2) (E9 можно только на стороне боли); \* VC15, E36(2), MC6(2); \* GI4(2), RP6(2), VC12; \* VG11, VG13, MC6(2).
12. *При мигрени с гипертензией (наряду с дегидратационной терапией)*: \* P7(2), MC6(2), R1(2), R2(2); 11) При болезненности надбровных областей: V62, E41 и др.;
13. *При мигрени, связанной с менструальным циклом (начинать следует за 3-4 дня до начала менструации)*: \* MC5(2), RP6(2); \* MC6(2), F2(2); \* VC4, V32(2), V62(2); а также: RP9, V2, V3, V10, V13, V31, V60, R6, R12, TR5, VB3, F3, VG4, VG11, VG16, VG20. Указанные отдалённые точки могут использоваться и с целью профилактики.

14. *Мигрень Хортона* (гистаминная головная боль): GI4, IG3, IG18, V10, V59, VB8, TR20, VB37, VB43, VG22.

15. *Мигрень + НЦД-тактика* лечения "от обратного": 1. НЦД по гипертензивному типу - тонизация ПСНС (метод В2): \* MC6(2), RP6(2); \* RP4(2), MC5(2); 2. НЦД по гипотензивному типу - тонизация СНС (метод В2): GI4, TR5, VB34, VB41. 3. НЦД по смешанному типу - точки мягко регулирующей направленности на сосудистый тонус: GI10, GI11, E36

16. При *сильном отёке или пастозности*: RP2, RP6, R7.

17. *Ассоциированная мигрень*: V6, VB16, VB17, VG21, VG22.  
*Кардиальная мигрень*: C5, C7, V15, V62, MC6.

Поверхностная РТ (валик, банки, многоигольчатый молоточек): в фазе ангиодилатации: V11, VB12, VB20, VG14, VG20 на больной стороне и в ШВЗ – возбуждающим методом.

В лечебный комплекс можно включать:

массаж ШВЗ, фармакоакупунктуру витаминов гр В, спазмолитики, церебролизин, церебрум композитум, ксантинол никотинат. Используется также лазеропунктура 15-20 мВт в комбинации через день с акупунктурой.

Импульсная электропунктура, электроакупунктура (при некупируемых болях): сила тока для точек головы 15-40 мкА, для точек туловища – 15-60 мкА. Экспозиция не более 5-7 мин на Т.А. со сменой полярности тока (отрицательный 45 сек, положительный 15 сек).

Курс лечения 10-15 процедур. При выраженных приступах процедуры проводятся ежедневно, после урежения приступов – через день. Количество курсов зависит от состояния больного. Обычно достаточно 2-3 курсов. При ассоциированной мигрени проводятся профилактические курсы РТ.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Картограммы аурикулярных точек и их лечебно-диагностическое применение : учеб.-метод. пособие / С.М. Манкевич [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2011. – 54 с.
2. Кулаков, С.А. Психосоматика. 3-е изд. / С.А. Кулаков. – М. : издательская система Ridero, 2018. – 480 с.
3. Лувсан, Г. Традиционные и современные аспекты восточной медицины / Г. Лувсан. – Москва, 2000.
4. Лузина, Чжу-Лили Традиционная китайская медицина / Чжу-Лили Лузина, К.Э. Лузина. – М. : БИНОМ, 2016. – 496 с.
5. Рефлексотерапия невротических соматоформных расстройств : учебно-метод. пособие / С.М. Манкевич [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2019. – 19 с.
6. Самосюк, И.З. Акупунктура / И.З. Самосюк, В.П. Лысенок. – М. : АСТ-Пресс Книга, 2004. – 380 с.
7. Шапкин, В.И. Рефлексотерапия : практ. рук. для врачей / В.И. Шапкин. – 2-е изд., стер. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
8. Шапкин, В.И. Рефлексотерапия в комплексном лечении заболеваний и травм нервной системы / В.И. Шапкин, С.С. Бусаков, М.М. Одинак – Ташкент : «Медицина», 2015.
9. Шнорренбергер, К.К. Учебник китайской медицины для западных врачей. Теоретические основы китайской акупунктуры и лекарственной терапии : пер. с нем. / К.К. Шнорренбергер. – М. : Valbe, 2012. – 560 с.
10. Шнорренбергер, К.К. Специальные техники акупунктуры и прижигания / К.К. Шнорренбергер. – М. : Valbe, 2014. – 280 с.

Учебное издание

**Манкевич** Светлана Михайловна  
**Сиваков** Александр Павлович  
**Подсадчик** Лариса Владимировна  
**Грекова** Таисия Ивановна

## РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 28.12.2020. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,0. Уч.- изд. л. 0,76. Тираж 120 экз. Заказ 188.

Издатель и полиграфическое исполнение –  
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская  
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра рефлексотерапии

## **РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ГОЛОВНОЙ БОЛИ**

Минск БелМАПО  
2021

