

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПЕРЕПОДГОТОВКИ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАФЕДРА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

**РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ
ПЛЕЧЕВОГО И ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО
СПЛЕТЕНИЙ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2024

УДК 616.833.53-085.814.1(075.9)

ББК 56.12+53.584я78

P45

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.01.2024 г., протокол № 13

Авторы: канд. мед. наук, доц. С. М. Манкевич; д-р мед. наук, проф., зав. каф. рефлексотерапии А. П. Сиваков; канд. мед. наук, доц. Л. В. Подсадчик; ст. преп. Т. И. Грекова

Рецензенты: канд. мед. наук, врач-физиотерапевт Республиканского научно-практического центра неврологии и нейрохирургии Г. В. Зобнина; каф. медицинской реабилитации Гродненского государственного медицинского университета

Рефлексотерапия нейропатий периферических нервов плечевого и пояснично-крестцового сплетений : учебно-методическое пособие / С. М. Манкевич [и др.]. – Минск : БГМУ, 2024. – 16 с.

ISBN 978-985-21-1550-6.

Изложены основные вопросы этиопатогенеза, клиническая картина неврологических проявлений нейропатий периферических нервов плечевого и пояснично-крестцового сплетений, особенности топографической анатомии, принципы подбора и сочетания точек акупунктуры, методики рефлексотерапии.

Предназначено для слушателей, осваивающих образовательную программу переподготовки по специальности «Рефлексотерапия» (дисциплина «Частная рефлексотерапия»), для повышения квалификации врачей-рефлексотерапевтов, врачей-психотерапевтов, врачей-неврологов, врачей-реабилитологов и других врачей лечебного профиля.

УДК 616.833.53-085.814.1(075.9)

ББК 56.12+53.584я78

Учебное издание

Манкевич Светлана Михайловна

Сиваков Александр Павлович

Подсадчик Лариса Владимировна

Грекова Таисия Ивановна

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПЛЕЧЕВОГО И ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЙ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. П. Сиваков

Редактор Н. В. Оношко

Компьютерная вёрстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 24.05.24. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хегох Марафон Бизнес».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,62. Тираж 54 экз. Заказ 270.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,

распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-1550-6

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2024

ВВЕДЕНИЕ

Нейропатии периферических нервов по статистике занимают 3-е место в структуре заболеваний периферической нервной системы. Поражение нервов плечевого (лучевого, срединного, локтевого, подкрыльцового) и пояснично-крестцового (бедренного, седалищного, малоберцового, большеберцового) сплетений требует своевременного лечения врачами-специалистами: неврологами, рефлексотерапевтами, физиотерапевтами, кинезиологами, массажистами.

Сегмент оказания рефлексотерапевтами восстановительного лечения предполагает применение комплекса методов: иглоукалывание корпоральное и аурикулярное, поверхностную рефлексотерапию (РТ), фармако-РТ, электро-РТ импульсными токами, лазеропунктуру, термо-РТ, китайский массаж. Такой подход позволяет повысить терапевтическую эффективность, сократить сроки лечения, восстановить функциональную активность, трудоспособность пациентов данного профиля.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕЙРОПАТИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Поражение нервов плечевого сплетения (лучевого, локтевого, срединного, подкрыльцового) обусловлено различными причинами: компрессионными и травматическими воздействиями, экзо- и эндогенными интоксикациями, бактериальными и вирусными инфекциями и инфекционно-аллергическими факторами, сосудистыми и обменными нарушениями.

Клиническая картина заболевания складывается из нарушений двигательных, чувствительных и вазомоторно-трофических функций нерва. Имеет место вялый парез мышц руки с выпадением (снижением) рефлексов, может быть болевой синдром при нейропатиях вегетативно-чувствительных нервов. Неврологические симптомы зависят также от уровня поражения нерва.

Лечение нейропатии периферических нервов по возможности следует начинать в наиболее ранние сроки от начала заболевания, так как быстро формируются дегенеративно-дистрофические изменения нерва и иннервируемых им мышц.

РТ проводится при точном неврологическом диагнозе. Решаются задачи обезболивания, улучшения микроциркуляции в зоне пораженного нерва, восстановления нервно-мышечной возбудимости, проводимости, десенсибили-

зации, иммуностимуляции, нормализации психоэмоционального состояния и вегетососудистых реакций.

В процессе лечения важен динамический контроль функции пораженного нерва с помощью электрофизиологических методов исследования, электродиагностики.

Применяют следующие методы РТ: корпоральное и аурикулярное иглоукалывание, электропунктуру (ЭП), электроakupунктуру (ЭАП), лазеро-РТ, магнито-РТ, фармако-РТ с анальгетиками и препаратами, улучшающими микроциркуляцию и трофические процессы (Траумель С, витамин В₁₂, Трентал, Церебролизин и др.), поверхностную игло-РТ (ПИРТ), термо-РТ («ЦЗЮ»).

В выборе метода РТ следует ориентироваться на степень поражения нерва и стадию заболевания.

При умеренно выраженном поражении в остром и подостром периодах, при наличии симптомов раздражения нерва и незначительно выраженных признаках выпадения двигательной функции методом выбора является иглоукалывание в сочетании с лазеро-РТ (лазеро-РТ проводят спустя не менее 2 ч от окончания акупунктуры с целью усиления обезболивающего эффекта и ускорения восстановления нервно-мышечной проводимости).

При сочетанных поражениях эффективна фармакоakupунктура, проводимая с целью потенцирования трофическостимулирующего действия. При наличии парезов или параличей оптимальны электростимуляционные методы РТ, прогревание полынными сигарами.

В острый период заболевания курс РТ начинают возбуждающим методом В2 (15–20 мин) в точках акупунктурных (ТА) проксимальных, сегментарных, общего действия, симметрично или на стороне поражения. Аурикулярные точки используют гомолатерально.

В последующем (с 3–4-й процедуры) в рецепты включают локальные ТА в зоне иннервации пораженного нерва, воздействуя возбуждающим методом В1 (5–10 мин).

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИИ ЛОКТЕВОГО НЕРВА (С7–Т2)

Локтевой нерв обеспечивает сгибание кисти и пальцев с локтевой стороны, сведение и разведение пальцев. При его поражении страдает сгибание кисти и пальцев, приведение большого пальца, больной не может поцарапать поверхность стола мизинцем; быстро наступает атрофия межкостных мышц, локтевого сгибателя запястья и глубокого сгибателя пальцев на локтевой стороне («птичья лапа»); наблюдаются чувствительные нарушения на половине кисти с локтевой стороны.

Метод воздействия:

– на дистальных точках пораженной конечности — В1 (с экспозицией до 5–10 мин);

– на точках выше уровня поражения, точках воротниковой зоны, сегментарных точках — В2 (15–20 мин).

Основные ТА: P10, GI4, C1–C9, IG2–IG8, IG10, IG12, IG14, IG15, V11, V12, MC6, MC8, TR2, TR3, VB21.

Точки для аурикулотерапии: AT21, AT55, AT62, AT67, AT89, AT100 и др. Экспозиция — 15–20 мин.

Наиболее часто используются точки каналов, проходящих через зону иннервации (каналы IG и C). Дополнительный канал — MC (особенно при болевом синдроме, когда IG и C неэффективны ввиду выраженности нарушений). Количество точек на процедуру — 5–10 (не более). IG8 может стимулироваться отдельно (особенно при компрессии на уровне подкрыльцовой ямки), при этом игла идет на периневрий n. ulnaris. Для стимуляции межкостных мышц используют глубокое введение в точки P10, GI4, C8, IG2, IG3, MC8, TR3, TR4 и аккуратное поверхностное введение в C6, C5, C4.

При алкогольной этиологии нейропатии значительно нарушена вегетативная регуляция, поэтому на 1–2-й процедуре воздействуют на ТА общего действия (GI10, E36, TR5, VB34) по гармонизирующему методу ТВ (25 мин).

В середине курса укалывают VB13 — соединительную точку всех сухожильно-мышечных меридианов верхних конечностей, можно использовать методику пролонгации иглой-занозой.

ПИРТ проводится:

1. По зональному принципу: зона обязательного воздействия — 4 продольные параллельные линии, по 2 с каждой стороны от позвоночника по каналу мочевого пузыря (от уровня VG14 до V54), и 10 поперечных параллельных линий, отстоящих друг от друга на длину 2 позвонков; основная зона — на уровне D1–D7; дополнительная зона — задне-внутренняя и задне-наружная поверхность плеча и предплечья.

2. По каналному принципу: участок канала IG от IG1 до IG9; участок канала C от C1 до C9.

Способ воздействия: со средней или слабой интенсивностью; при сильных болях — со значительной интенсивностью; по 20 ударов на линию.

Курс лечения — 10–15 процедур, процедуры проводят ежедневно или через день.

Массаж скребком гуаша в сочетании с гимнастикой пальцевых суставов рекомендован ежедневно после тепловых процедур (особенно при явлениях амиотрофии и деформации кисти).

Одновременно с игло-РТ показана фармакоакупунктура Прозерина подкожно или Нейромидина для активации нервно-мышечной проводимости.

Базовая рецептура:

1. V11(2), IG14(2), C1(Б), IG3(Б), IG7(Б); «ЦЗЮ» на эти же точки на больной стороне ключоим методом.

2. C2(Б), C3(Б), IG8(Б).

3. V12(2), PC29(2), VG14, C4, C6, IG7, IG5 — на больной стороне в сочетании с «ЦЗЮ».

4. C3(Б), C7(Б), IG14(2), IG15(2), IG3(Б), IG8(Б).

5. Стимуляция межкостных мышц — MC8, C8, IG3, IG4, IG5, TR2, TR3 (возбуждающим методом 5–10 мин).

Последующие процедуры можно повторять по модели предыдущих вариантов. Курс — 10–15 процедур. При необходимости повторного курса его проводят с интервалом 5–7 дней.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Нерв формируется из сегментов C5–C8, T1. Иннервирует разгибательную группу мышц руки. При проксимальном поражении (чаще алкогольного генеза) страдают все мышцы разгибательной группы. При поражении в нижней трети плеча и ниже страдают лучевой разгибатель кисти и разгибатель пальцев. Также нарушается чувствительность в зонах иннервации. Болевого синдрома, как правило, нет.

Метод воздействия:

– на проксимальных точках — ТВ, В2 (15–25 мин);

– на дистальных точках пораженной конечности — В2, В1 (с постепенным укорочением экспозиции до 5–10 мин).

Базовые, топографически проекционно заинтересованные каналы: толстой кишки, трех обогревателей. Основные ТА: P6, P7, GI2–GI11, GI13–GI16, RP6, IG7, IG14, V10, V11, V41, TR3–TR15, VB21, VG13, VG14, PC29.

Точки для аурикулотерапии: AT55, AT62, AT67, AT91, AT101 и др. Экспозиция — 15–20 мин.

Количество точек на процедуру — 5–10. С 3–4-й процедуры следует постепенно укорачивать экспозицию до 5–10 мин на дистальных точках (TR2, TR3, TR4, GI2–GI5). На сегментарных точках (это практически все точки шейно-воротниковой зоны, которые укалываются симметрично или только на больной стороне) укорачивать экспозицию меньше 20 мин не следует. При проксимальном поражении добавляют ТА GI14, GI15, GI16, IG10, IG14, IG15. В рецептуру можно включать GI1 и TR1 — по традиционным восточным представлениям их стимуляция (в середине лечения) «открывает энергию» в каналах.

Так как в процессе курсового лечения много процедур выполняется на каналах «ЯН», то во избежание дисбаланса «ЯН–ИНЬ», а также для профилактики формирования сгибательной контрактуры локтевого сустава, на-

чиная с середины курса, проводят 1–2 процедуры, воздействуя на точки P5, MC2, MC3, MC6 на больной стороне по тормозному методу с экспозицией 25–30 мин.

Стимулирующее иглоукалывание сочетают с термо-РТ («ЦЗЮ») ключевым методом. С середины курса укалывают VB13 — соединительную точку всех сухожильно-мышечных меридианов верхних конечностей, а также E12 и VB11 для активации внутренних ветвей каналов.

Поверхностная РТ, ПИРТ проводят на верхнюю область спины: сегментарные зоны, внутреннюю поверхность плеча и локтевого сустава, — а также по ходу каналов GI и TR снизу вверх. Воздействуют в основном со средней интенсивностью. Процедуры при 1-м курсе проводят ежедневно, при повторных — через день. Массаж показан после тепловых процедур.

Электроakupунктуру особенно хорошо использовать при работе с конкретной группой паретичных мышц: 1-я игла — брюшко мышцы, 2-я игла — место прикрепления сухожилия этой мышцы.

Одновременно с игло-РТ назначают Прозерин подкожно или Нейромидин, фармакоakupунктуру витаминами группы В.

Базовая рецептура:

1. TR15(2), TR12(Б), V10(2), GI4(Б); «ЦЗЮ» на эти же точки на больной стороне.

2. VB21(2), TR10(Б), TR13(Б) — ЭАП.

3. TR11(Б), GI12(Б) — проекционная точка лучевого нерва в бороздке плечевой кости, GI4(Б), IG14(2), IG15(2), IG7(Б).

4. ЭАП TR12(Б), TR10(Б).

5. GJ16, TR15, TR14(2), GJ14, GJ9, GJ5, P7(Б).

6. VB21(2), GJ12, GJ13, GJ10, GJ9, GJ4 на больной стороне.

Курс — 10–12 процедур. Всего проводят 2 курса с интервалом 5–7 дней.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИИ СРЕДИННОГО НЕРВА (С5–Т2)

Срединный нерв иннервирует радиальные сгибатели кисти и пальцев, концевые фаланги I–III пальцев.

При поражении развивается атрофия тенара («обезьянья кисть»), больной не может поцарапать поверхность стола концевой фалангой II пальца, гипестезия в зоне иннервации. Кроме симптомов выпадения, имеет место каузалгический болевой синдром (вегетативные проявления).

По топографо-проекционному соответствию заинтересованными являются канал MC и дополнительно канал P.

В острый период заболевания ведется борьба с болевым синдромом:

1. Воздействуют на точки широкого спектра действия с обезболивающей, седативной направленностью (на здоровой руке, симметрично на но-

гах): GI4, GI10, GI11, GI15, E36, E44, RP6, IG3, TR5, TR8, TR9, VB34 и др. Экспозиция — 30–40 мин (метод тормозный T2, T1).

2. Проксимальная зона требует симметричного укалывания (отдельная процедура) на 30–40 мин точек воротниковой зоны: GI15, IG14, IG15, V10, V11, TR13, TR15, VB21, VG14, PC29 и др. При низком АД количество точек уменьшают.

3. Точки для аурикулотерапии: AT26, AT28, AT34, AT37, AT51, AT55, AT100, AT101, AT104. AT64, AT62, AT66, AT67 (по соответствию с болевой зоной в области руки) можно пролонгировать.

4. ЭП биполярным импульсным током первые 4–5 сеансов проводят в зоне интенсивных болей, на отдаленных точках.

5. Лазеропунктура в зоне интенсивных болей (для купирования вегетативно-трофических нарушений).

В подострый период при уменьшении болевого синдрома:

1. Переходят на большую руку для коррекции двигательного дефекта. Начинают с общих точек, дублируя точки, которые укалывали на здоровой руке, затем воздействие расширяют за счет точек смежных каналов, постепенно продвигаясь сверху вниз: P3, P5, P6, P9, P10, C2, C5, C7, TR4, TR5, TR8, TR9, TR10 и др. И только в самом конце переходят на точки канала MC (MC2–MC9 и др.). *Короткие экспозиции и значительные стимуляции на вегетативных нервах нежелательны, поэтому лучшая экспозиция на точках в зоне иннервации срединного нерва — не менее 15 мин.*

2. Прогревающие процедуры нежелательны; «ЦЗЮ» допускается только в отдаленных точках ключущим методом.

3. Акупрессура: по ходу срединного нерва от периферии к центру.

4. Активная и пассивная ежедневная гимнастика, массаж по мере стихания болей.

5. ПИРТ: верхний район спины, наружная и внутренняя поверхность плеча, внутренняя поверхность локтевого сустава, болезненные участки. Воздействуют со средней интенсивностью, ежедневно.

Базовая рецептура:

1. PC29(2), V11(2), IG15(2), VG14 — на здоровой стороне; TR5, VB34(2);

2. При травме в средней трети предплечья лазеропунктура точек MC5(Б), MC4(Б), MC2(Б).

3. V10(2), V11(2), IG14(2), MC2(ЗД), MC6(ЗД), P6(ЗД), TR6 (Б), TR8(Б).

4. PC29(2), IG15(2) методом ТВ; MC4(Б), MC7(Б), P6(Б), P7(Б), P8(Б) методом возбуждающим.

5. V10(2), IG14(2), TR5(Б), MC5(2).

После купирования болевого синдрома воздействие проводят на стороне поражения по точкам каналов MC, P с экспозицией 15 мин.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИИ ПОДКРЫЛЬЦОВОГО НЕРВА

Подкрыльцовый нерв иннервирует дельтовидную и малую грудную мышцы, кожу наружной поверхности плеча. При поражении больной не может поднять руку выше горизонтального уровня, наблюдается разболтанность в плечевом суставе и гипотрофия дельтовидной области, выпадает чувствительность в дельтовидной области и по наружной поверхности плеча.

Метод воздействия — В2 (15–20 мин). Основные каналы, проходящие в зоне иннервации, — GI, TR, IG, частично P. Они дополняются точками шейно-воротниковой области и дистальными точками: P1, P2, GI11, GI14–GI17, IG10, IG12, IG16, V11, TR13, TR14, TR15, TR8, VB21. На процедуру берут 4–6 ТА.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕЙРОПАТИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Поясничная (L2–L4) и крестцовая (L4–S2) плексопатия включает поражение бедренного, седалищного, большеберцового, малоберцового нервов. Клиническая картина поражения включает двигательные (вялые парезы, параличи), чувствительные, вегетативно-трофические нарушения, болевой синдром.

Причины поражения периферических нервов пояснично-крестцового сплетения такие же, как и нервов плечевого сплетения: компрессионные и травматические воздействия, экзо- и эндогенные интоксикации, бактериальные и вирусные инфекции и инфекционно-аллергические факторы, сосудистые и обменные нарушения.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИИ БЕДРЕННОГО НЕРВА

Бедренный нерв иннервирует переднюю поверхность бедра, четырехглавую мышцу бедра, которая разгибает ногу в коленном суставе, сгибает туловище. Нейропатия бедренного нерва может быть обусловлена его сдавлением в месте выхода в области паховой связки.

Диагностируются снижение или выпадение функции четырехглавой мышцы бедра, расстройства чувствительности по передней поверхности бедра и внутренней поверхности голени.

Болезнь Рота — невралгия наружного кожного нерва бедра — проявляется болью жгучего характера по передненаружной поверхности бедра.

Метод воздействия при РТ:

- при наличии болевого синдрома — тормозный (Т1, Т2);
- парезах и параличах — возбуждающий (В1, В2).
- хроническом течении в период обострения — метод ТВ.

Основные ТА: GI4, GI10, E25, E26, E28, E31–E34, E36, E39, RP9, RP10, RP11, V22–V25, VB30–VB34, F8, F9, VG3, VG4.

Точки для аурикулотерапии: AT13, AT29, AT38, AT40, AT55, AT57, AT52, AT50, AT54, AT49.

Точки пояснично-крестцовой области сочетают с точками по ходу бедренного нерва и аурикулярными точками. В ходе процедуры воздействуют на 8–10 точек (при выраженном болевом синдроме количество точек может возрастать; часто используются системные точки E36 и VB34, а также GI4).

При выраженном болевом синдроме в начале лечения используют тормозный метод на здоровой стороне, например воздействуя на точки: E36(2), E34(ЗД), E32(ЗД), E31(ЗД); GI4(2), E40(ЗД), RP10(ЗД), RP11(ЗД), E30(ЗД).

Далее, после уменьшения болевого синдрома, переходят на больную ногу с чередованием вышеуказанных точек.

Проводят также укалывание сегментарной зоны (L2–L4): от V22 до V25 (симметрично или только на стороне поражения) и VG4.

Термо-РТ «ЦЗЮ» при парезах и параличах проводится ключющим методом.

Из методов пунктурной РТ показаны: для нейростимуляции — ЭП, ЭАП, лазеропунктура (инфракрасный диапазон, 10 мВт, импульсный режим 2–10 Гц, 30 с); для лечения болевого синдрома — лазеропунктура (20–30 мВт), суммарно экспозиция составляет 5–10 мин, магнито-РТ, фармакоакупунктура (витамины группы В, анестетики, дексаметазон, Нейромидин).

Курс лечения — 10–12 процедур ежедневно (при хроническом течении — через день). Всего проводят 2 курса с интервалом в 5–7 дней.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА, СИНДРОМА ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ

Седалищный нерв является вегетативно-чувствительным нервом крестцового сплетения (L4–S2), обеспечивает сгибание ноги в коленном суставе. В подколенной ямке он разделяется на конечные ветви: малоберцовый и большеберцовый нервы.

Причиной ишиаса, кроме охлаждения, могут быть воспалительные процессы в области таза (особенно аднексит), облитерирующий эндартериит, атероматоз в области бедренной артерии, сакроилеит, спондилоартрит, различные инфекции и расстройства обмена веществ (например, сахарный диабет).

Боли обычно начинаются от поясницы, распространяются на ягодичную область, заднюю поверхность бедра и голени, иногда по ходу большеберцового нерва, усиливаются ночью, имеют жгучий, колющий, сверлящий характер.

При параличе седалищного нерва стопа свисает вниз, невозможно развернуть ее кнаружи, а также отогнуть пальцы ноги кверху; при ходьбе больной подволакивает ногу.

Синдром грушевидной мышцы обусловлен компрессией седалищного нерва в подгрушевидном отверстии со стороны измененной мышцы. Отмечаются болезненность в ягодичной области в проекции выхода седалищного нерва из-под грушевидной мышцы, боли, нарушение чувствительности преимущественно по задненаружной поверхности голени и подошвы стопы. Боли усиливаются ночью, при перемене погоды, волнении, кашле. Возникают парез стопы с выпадением ахиллова рефлекса, гипотрофия мышц бедра и голени по задневноутренней поверхности.

Метод воздействия:

- при сильных болях — тормозный (Т1);
- по мере стихания болей — Т2;
- при трофических нарушениях, парезах, параличах — метод возбуждающий.

Основные точки воздействия: E31, E36, RP6, V22–V40, V52, V54, V57, V60, V62, VB30, VB31, VB34, VB35, VB40, F3, VG3, VG4.

Точки для аурикулотерапии (для пролонгации и в сочетании с корпоральной акупунктурой): AT13, AT29, AT38, AT40, AT48–AT55, AT57, AT87, AT95.

В процедуре воздействуют на 6–8 точек сегментарного действия и 2–4 точки общего действия.

Ввиду наличия в составе нерва вегетативных волокон, тактика лечения преследует 2 цели: вначале — борьба с болевым синдромом, затем — ликвидация двигательных нарушений.

Особенности тактики: начинают с точек общего анальгетического действия на руках и на здоровой ноге (GI4, RP6, V40, V60, TR5, VB39), а при уменьшении болевого синдрома переходят на больную ногу.

По мере стихания боли количество точек увеличивается за счет канала V (V36, V37, V40, V56, V57, V58, V62, V65) уже и на больной стороне.

При отечности стопы и трофических нарушениях укалывают VG20, проводят скальпоакупунктуру линии MS8.

Используются «поперечные блоки»:

- верх: VG14, V11, TR15 (или IG14);
- низ: VG4, V23, V52.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВА

Клинически поражение большеберцового нерва проявляется нарушениями подошвенного сгибания стопы, ходьбы и стояния на носках — стопа фиксируется в разгибательном положении. Типичен болевой синдром и вегетативно-трофические расстройства по задневыпяченной поверхности голени и стопы, пятки и пальцев стопы, снижается ахиллов рефлекс.

Метод воздействия — Т2.

Основные точки: E36, RP4, RP5, RP6, V18–V21, V23–V28, V30–V34, V39, V40, V49, V50, V52, V54, V56, V57, V60, R1, R3, R7, R9, R10, VB30, VB31, VB34, VB35, VB36, VB39, VB40, VB43, F2, VG3, VG4.

Точки для аурикулотерапии (для пролонгации и в сочетании с корпоральной акупунктурой): AT29, AT48–AT55, AT57, AT95.

Ведущие каналы — V и R, избирательно — RP.

В процедуре воздействуют на 8–10 точек.

Ввиду наличия в составе нерва вегетативных волокон, тактика лечения аналогична таковой при нейропатии седалищного нерва. Укалывают точки пояснично-крестцовой области, общего анальгетического действия на руках и на здоровой ноге (GI4, RP6, V40, V60, TR5, VB39), аурикулярные.

По мере регрессирования боли количество точек увеличивается за счет канала V (V36, V37, V40, V56, V57, V58, V62, V65, R7, R8) уже и на больной стороне.

При отечности стопы и трофических нарушениях добавляются VG20, RP6.

Если при переходе на больную сторону боль возобновляется, то тактика лечения меняется: возможен даже временный уход на здоровую сторону, а по мере стихания боли — возвращение на больную сторону.

За курс 3–4 процедуры проводят на точках внутренней поверхности бедра и голени.

В процессе лечения используют правила традиционной китайской медицины:

– «большого» укола: ординарные точки «ЛЮ» или групповые «ЛЮ» на больной стороне + сегментарные точки;

– «малого» укола: локус боли + точки выше и ниже его.

Показаны ЭП, ЭАП, акупрессура (возбуждающим методом для ликвидации двигательных нарушений).

Для ликвидации двигательных нарушений, а также при трофических нарушениях — «ЦЗЮ» ключевым методом.

Если больной получает физиотерапевтическое лечение (например, СМТ, ДДТ) на сегментарную зону, то при игло-РТ максимальная нагрузка

иглоукалывания идет на дистальные точки, и в дни процедур сегментарные точки можно не задействовать или делать перерыв 2 ч.

Базовая рецептура:

1. GI4(2), E36(2), VB31(ЗД), VB34(2), VB39(ЗД).
2. VG3, V23(2), VB30(Б), V40(Б), V60(Б).
3. V18(Б), V20(Б), V57(Б); ЦЗЮ этих же точек, по 5 мин на ТА.
4. E36(2), E40(Б), VB34(2), VB39(Б), VB40(Б).
5. V19(Б), V21(Б), V56(Б) — ЭП.
6. VG3, V25(2), V27(2), V28(Б), V56(Б), V59(Б).
7. V54(2), R10(2), R9(2), R7(2), R3(2).
8. V18(Б), V20(Б), VB40(Б), V60(Б).

Вместо V60 возможно провести укалывание раздражающим методом ахиллова сухожилия (экспозиция — 1–1,5 мин).

Курс лечения — 10–12 процедур. Всего проводят 2 курса с интервалом в 5–7 дней.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИИ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

При поражении малоберцового нерва клиническая картина сходна с таковой при поражении спинномозгового корешка L5 — ступаж стопы. Проявляется слабостью тыльного сгибания стопы и пальцев, ослабляется поворот стопы кнаружи, снижается чувствительность по наружной поверхности голени, стопы.

Метод воздействия:

- в начале лечения на сегментарных точках — экспозиция не меньше 15–20 мин, без пунктирования (B2);
- на дистальных точках — возбуждающий (B1): 10–15 мин со всей гаммой предусмотренных ощущений, с пунктированием, но с постепенным укорочением экспозиции до 5–7 мин.

Основные точки — на каналах VB, E.

Сегментарные точки: V19–V28, V30–V34, V52, VG3, VG4.

Дистальные точки: все точки каналов VB и E с акцентом на E36, E37, E39–E45, VB31, VB34, VB39, VB40, VB41, VB43, а также RP9, V60, R1, F1, F2, F3.

Кроме того, используются внеканальные точки в межпальцевых промежутках, некоторые из них совпадают с канальными ТА (E41, VB43, F2).

В ходе процедуры воздействуют на 8–10 точек.

Точки для аурикулотерапии: AT29, AT46–AT49, AT52, AT55, AT87, AT96, AT97. Экспозиция — 15–20 мин.

«ЦЗЮ» в начале лечения — стабильным тепловым методом, с 3–4-й процедуры — ключущим методом.

Зоны ПИРТ: средний и нижний районы спины, задняя и внутренняя поверхность голени, внутренняя поверхность бедра, болезненные участки. Воздействуют со средней интенсивностью, ежедневно.

Одновременно с игло-РТ назначают Прозерин подкожно, методом фармакопунктуры витамины группы В, Нейромидин.

Базовая рецептура:

1. V19(2), V21(2); E45(Б) и укол в ахиллово сухожилие напротив V60 (метод возбуждающий). «ЦЗЮ» в точках поясницы ключющим методом.

2. V20(2), V22(2), E42(Б), E36(Б) — ЭП (по 5 мин на ТА спины, по 10 мин на ТА нижней конечности).

3. V19(2), V21(2): на здоровой стороне — быстрое поверхностное укалывание, на больной стороне — укалывание возбуждающим методом; RP9(Б), E39(Б), E40(Б), V60(Б), F1(Б) — акупунктура и «ЦЗЮ» возбуждающим методом.

Курс — 10–12 процедур. Всего проводят 2 курса с интервалом в 5–7 дней.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Василенко, А. М.* Лекции по рефлексотерапии : учеб. пособие / А. М. Василенко, Н. Н. Осипова, Г. В. Шаткина. Москва, 2002. 374 с.
2. *Табеева, Д. М.* Руководство по иглорефлексотерапии / Д. М. Табеева. 3-е изд., испр. и доп. Москва : МЕДпресс-информ, 2018. 752 с.
3. *Шапкин, В. И.* Рефлексотерапия : практ. руководство для врачей / В. И. Шапкин. 2-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 640 с.
4. *Электрорефлексотерапия* при заболеваниях периферической нервной системы : учеб.-метод. пособие / С. М. Манкевич [и др.]. Минск : БелМАПО, 2018. 18 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Этиопатогенез, клиническая картина неврологических проявлений нейропатий периферических нервов плечевого сплетения, принципы рефлексотерапии	3
Рефлексотерапия нейропатии локтевого нерва (C7–T2)	4
Рефлексотерапия нейропатии лучевого нерва	6
Рефлексотерапия нейропатии срединного нерва (C5–T2)	7
Рефлексотерапия нейропатии подкрыльцового нерва	9
Этиопатогенез и клиническая картина неврологических проявлений нейропатий периферических нервов пояснично-крестцового сплетения, принципы рефлексотерапии	9
Рефлексотерапия нейропатии бедренного нерва	9
Рефлексотерапия нейропатии седалищного нерва, синдрома грушевидной мышцы	10
Рефлексотерапия нейропатии большеберцового нерва	12
Рефлексотерапия нейропатии малоберцового нерва	13
Список использованной литературы	15