

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

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРОЗОПАЛГИЙ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2025

УДК 617.52-009.7-085.814.1(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. Л. В. Подсадчик; д-р мед. наук, проф., зав. каф. рефлексотерапии А. П. Сиваков; канд. мед. наук, доц. С. М. Манкевич; 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 прозопалгий : учебно-методическое пособие /
P45 Л. В. Подсадчик, А. П. Сиваков, С. М. Манкевич, Т. И. Грекова. –
Минск : БГМУ, 2025. – 18 с.

ISBN 978-985-21-1738-8.

Изложены клиника, современная классификация лицевых болей и принципы их лечения методами рефлексотерапии.

Предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ переподготовки по специальности «Рефлексотерапия» (учебная дисциплина «Частная рефлексотерапия»), повышения квалификации врачей-рефлексотерапевтов, врачей-психотерапевтов, врачей-неврологов, врачей-реабилитологов, врачей-физиотерапевтов, врачей-педиатров, врачей общей практики и иных врачей-специалистов.

УДК 617.52-009.7-085.814.1(075.9)

ББК 56.12+53.584я78

ISBN 978-985-21-1738-8

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2025

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АТ — акупунктурная точка

ВНЧС — височно-нижнечелюстной сустав

МФБС — миофасциальный болевой синдром

НТН — невралгия тройничного нерва

НЯН — невралгия языкоглоточного нерва

ТКМ — традиционная китайская медицина

ТТ — триггерные точки

ВВЕДЕНИЕ

Лицевая прозопалгия (боль) — клинический термин, объединяющий все болевые синдромы, локализующиеся в лицевой области. Сложная анатомо-функциональная организация лицевых структур и нервной системы данной области определяет разнообразие патогенетических механизмов появления боли.

Особенности болевых ощущений связаны со сложной структурно-функциональной организацией лицевой области и ее иннервации. Это способствует возникновению различных механизмов болевых ощущений: туннельно-компрессионных, воспалительных, рефлекторных. Высокая персональная значимость лица в схеме тела человека определяет большую частоту психогенных болей. Даже незначительно выраженные патологические процессы «обрастают» невротическими проявлениями.

Актуальность проблемы. Атипичные лицевые боли в структуре всех болевых синдромов занимают обособленное место ввиду их специфичности. Прозопалгии ассоциируются с высокой частотой рецидивов, риском формирования хронической боли. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что, наряду с болевыми синдромами различной локализации и головными болями, атипичные лицевые боли являются одной из причин утраты трудоспособности. Прозопалгиями чаще страдают женщины трудоспособного возраста.

ЭТИОЛОГИЯ ПРОЗОПАЛГИЙ

В роли этиологического фактора лицевой боли может выступать воспалительный процесс. Наиболее часто прозопалгия воспалительного генеза возникает при синуситах, отите, офтальмологических заболеваниях (иридоциклите, увеите, конъюнктивите, кератите, язве роговицы), артрите ВНЧС,

одонтогенной инфекции (пульпит, периодонтит). Прозопалгия может развиваться при воспалительном поражении сосудов лицевой области, например при болезни Хортона. Воспалительного (вирусного) происхождения бывает неврогенная прозопалгия при НЯН, НТН, синдроме Оппенгейма, ганглионите крылонебного узла, ганглионеврите коленчатого узла.

Неврогенная прозопалгия чаще имеет компрессионный генез, т. е. возникает в результате сдавления нервных стволов или узлов вследствие изменения взаимного расположения анатомических структур лицевой области, сужения костных и межмышечных нервных каналов, развития опухолевых образований. Компрессионную этиологию может иметь сосудистая прозопалгия, например каротидиния при сдавлении сонной артерии.

Рефлекторный механизм возникновения болевого синдрома часто реализуется при одонтогенной и неврогенной лицевой боли. Причиной прозопалгии в подобных случаях является патологическая рефлекторная импульсация, поступающая от хронических инфекционных очагов. Примером таких болей может служить невралгия ушного узла.

Миогенная прозопалгия рефлекторного генеза бывает при МФБС в области шеи и плечевого пояса. Также причинами миогенной прозопалгии могут выступать дисфункция ВНЧС (синдром Костена), бруксизм, МФБС в жевательных мышцах.

Прозопалгия психогенного генеза часто возникает у тревожных, эмоционально лабильных людей на фоне переутомления, хронического психоэмоционального дискомфорта или вследствие перенесенной острой стрессовой ситуации.

В отдельных случаях лицевые боли носят ятрогенный характер. Так, синдром Оппенгейма может возникать после офтальмологических операций; удаление зубов и другие стоматологические вмешательства иногда провоцируют развитие дентальной плексалгии или атипичной одонталгии.

Одной из причин неврогенной лицевой боли бывает повреждение нервных структур в ходе операций в лицевой области.

Кроме того, целый ряд лицевых болей не имеет точно установленной этиологии, например пучковая головная боль, атипичные прозопалгии, хроническая пароксизмальная гемикrania.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРОЗОПАЛГИЙ

Лицевые боли различного генеза отличаются своими клиническими особенностями, касающимися характера, длительности, пароксизмальности, вегетативных проявлений болевого синдрома. Эти отличительные черты, а также сопутствующие симптомы дают возможность определить вид

прозопалгии, что имеет основополагающее значение в диагностике и последующей терапии лицевой боли.

Клинические проявления болевого синдрома необходимо дифференцировать по его особенностям: *односторонние* лицевые боли чаще имеют неврогенное или сосудистое происхождение, *двусторонние* — характерны для синдромов миогенной, психогенной и соматической природы.

Кроме того, важными характеристиками являются *перманентность* и *пароксизмальность* болей. Перманентные боли (постоянного характера, периодически усиливающиеся) — типичное проявление МФБС на лице, психогенных болей, вторичных симптоматических болей.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОЗОПАЛГИЙ

Выделяют следующие виды лицевых болей:

1. Сосудистые:

- пучковые головные боли;
- хроническая пароксизмальная гемикрания;
- височный артериит;
- SUNCT (Short-lasting, Unilateral, Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing — короткодлительная, односторонняя, невралгическая головная боль с покраснением конъюнктивы и слезотечением);
- ISH (Idiopathic Stabbing Headache — идиопатическая сильная внезапная головная боль).

2. Неврогенные:

- НТН;
- НЯН;
- ганглионит гассерова узла;
- ганглионит коленчатого узла лицевого нерва.

3. Болевая офтальмоплегия.

4. Миогенные:

- синдром Костена;
- отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса;
- миофасциальная болевая дисфункция как психофизиологический феномен.

5. Симптоматические:

- заболевания глаз;
- заболевания ЛОР-органов;
- заболевания зубов и челюстей;
- заболевания ВНЧС.

6. Психогенные:

- стоматалгии;
- глоссадении;
- атипичные лицевые боли (к атипичным относят боли, не укладывающиеся в клинику ни одного из указанных в классификации видов прозопалгии).

СОСУДИСТЫЕ ЛИЦЕВЫЕ БОЛИ

Пучковые головные боли (мигрень Хортона). Атака пучковой головной боли проявляется приступообразными односторонними резчайшими болями сверлящего, жгучего или распирающего характера в орбитальной, супраорбитальной или височной области, иногда с иррадиацией в ипсилатеральные отделы лица: в щеку, ухо, зубы или область шеи, лопатки, плеча. Пациенты часто описывают пучковую боль как ощущение выдавливания глаза. Продолжительность приступа варьирует от 15 мин до 3 ч. Частота атак от 1 до 8 раз (чаще 2–3 раза в сутки). Период обострения длится от 2 до 6 недель, затем боли исчезают на несколько месяцев или лет.

Боль идет как будто пучками, отсюда и название — пучковые, или кластерные боли (англ. cluster — пучок).

Международная классификация головной боли 1988 г. выделяет эпизодическую (обострение от 7 дней до 1 года, ремиссия не менее 14 дней) и хроническую (ремиссия отсутствует или менее 14 дней) формы кластерной боли.

Характерно вегетативное сопровождение болевого приступа: конъюнктивальная инъекция, слезотечение, заложенность носа, ринорея, потливость лица на стороне боли, отек века, неполный синдром Горнера в виде ипсилатерального птоза и миоза.

Заболевание возникает в возрасте 30–40 лет, чаще у мужчин атлетического телосложения с хорошо развитой мускулатурой, а также у женщин мужеподобного типа сложения.

У пациентов отмечается повышенное содержание гистамина в крови, нарушение обмена серотонина. Также наблюдаются изменения гормональных показателей: секреции тестостерона, пролактина, мелатонина, кортизола, эндорфинов — проявления нарушения нейроэндокринной регуляции с вовлечением гипоталамуса.

Болевые приступы провоцируются употреблением алкоголя, подкожным введением гистамина, приемом нитроглицерина. У всех пациентов в период обострения изменяется структура сна — увеличивается продолжительность фазы быстрого сна, уменьшается длительность фазы глубокого сна.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Для купирования болевого синдрома используются:

1. Локальные АТ в зонах возникновения боли (в области глаза, виска, а также в зонах отраженных болей — иррадиация в шею, надплечье): VB1, V2, V3, VB14, PC6, TR23, E8, IG19, IG18, E2, E4, E6 и др.

2. АТ области задней и боковой поверхности шеи: VB20, VB12, E9; шейно-воротниковой зоны: VB21, IG14, IG15, V11, TR15, VG14.

3. Дистальные точки каналов MC, TR, C, F, VB, E, V: MC5, MC6, MC8, C7, TR5, TR8, VB34, VB39, F3, V40, E36.

4. Аурикулярные точки: 8, 35, 37, 55, 51, 34, 97, 100.

Метод тормозный. Длительность курса лечения — 10–12 процедур, при необходимости назначаются повторные курсы лечения.

ФАРМАКОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Для фармакопунктуры используются АТ шейно-воротниковой зоны, локальные АТ в области боли, точки с анальгетическим, седативным и вегетативным регулирующим действием.

Фармакорефлексотерапия проводится по разработанной методике с введением препарата подкожно или внутримышечно (согласно инструкции его использования) аллопатических лекарственных средств (преднизолон в/м — 30 мг, дексаметазон в/м — 20 мг, Мильгамма в/м — 1,0) или гомеопатических препаратов (Церебрум композитум Н, Дискус Композитум (при вовлечении шейного отдела), Траумель С).

ЛАЗЕРОПУНКТУРА

За одну процедуру проводится воздействие на 10–12 АТ, метод тормозный, экспозиция на одну АТ — 40–60 с; на аурикулярные точки — 10 с.

АТ зоны области боли: V2, PC6, VB14, TR23, VB1, PC9, IG19, IG18, E2 и др.

АТ с анальгетическим компонентом: GI4, GI11, P7, TR5, MC6, E36, V60.

АТ с вегетативным регулирующим компонентом: VB12, VB20, E9, VB21.

АТ шейно-воротниковой зоны: VB21, IG14, IG15, V11, TR15, VG14.

Аурикулярные точки: 8, 35, 37, 55, 51, 34, 97, 100.

Надвенное облучение — 15 мин.

Курс — 7–10 процедур, ежедневно, при необходимости — повторный курс через 3–4 недели.

ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Используются локальные АТ в области возникновения боли, АТ с анальгетическим и сосудорегулирующим компонентом, сегментарные АТ шейно-воротниковой зоны, аурикулярные точки.

Иглы устанавливаются в область АТ лица и верхней конечности, с целью обезболивания, АТ с анальгетическим компонентом — симметрично, а также паравerteбрально в области шейно-воротниковой зоны — с двух сторон симметрично.

Используется режим «спайк-синусоидальный» с режимом качания частоты от 1 до 50 Гц или от 1 до 125 Гц (аппарат «Рефтон»).

Продолжительность процедуры — 20 мин.

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

НТН (лицевая боль Фотергилла, болезненный тик, невралгическая прозопалгия) отличается тяжелым течением и отсутствием достаточно эффективных методов лечения. Болеют чаще женщины старше 40 лет. Боли носят приступообразный характер, стереотипны, длительностью от нескольких секунд до 2 мин, характеризуются значительной интенсивностью, внезапностью, напоминают удар электрическим током или прострел. Локализация боли строго ограничена зонами иннервации тройничного нерва. Обычно боли отмечаются в области 2–3-й ветви, реже в области 1-й ветви. Приступы возникают чаще в правой половине лица, никогда не переходят на противоположную сторону.

Характерным признаком НТН является наличие **ТТ**, при раздражении которых возникает типичный болевой приступ. ТТ расположены, как правило, в медиальных отделах лица. При локализации боли в области иннервации 1-й ветви ТТ находится на коже около внутреннего угла глаза, 2-й — на коже крыла носа или слизистой верхней челюсти, 3-й — на коже подбородка или слизистой нижней челюсти около задних коренных зубов (рис. 1). По мере затихания болевого синдрома наблюдается уменьшение активности и обширности триггерных зон, до полного регресса в период ремиссии.

Провокация боли возможна при приеме пищи, разговоре, а также при механическом раздражении во время умывания, чистки зубов и т. д. В период обострения отрицательные эмоции провоцируют болевой приступ. Обострения чаще возникают в осенний и зимний периоды.

Вегетативное сопровождение болевого приступа наблюдается у $\frac{1}{3}$ пациентов. При многократных инъекциях с целью обезболивания в область нервных стволов может отмечаться изменение окраски кожи, шелушение, гипотрофия мягких тканей.

Этиопатогенез. НТН — полиэтиологическое заболевание, причиной которого могут быть заболевания зубов, нарушение кровообращения в области ствола мозга, постгерпетическая невралгия. «Идиопатическая форма» НТН предполагает туннельно-компрессионный механизм.

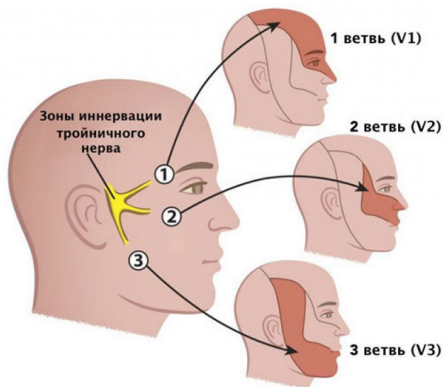


Рис. 1. Зоны иннервации тройничного нерва

По традиционным представлениям НТН проявляется как:

1. **«Ветер-холод»** — боль в области щеки, тик в области лица, холод способствует усилению боли или новому болевому приступу, тепло смягчает боль. Отмечается головная боль, непереносимость холода, выделения из носа, белый налет на языке, напряженный пульс. ТКМ — «изгнание холода», купирование боли. АТ — седатировать VG20, VG16, P7, V2, EX-HN5 (Тай-си), Е6, Е43. Аурикулярные точки: 11, 5, 6, 33, 51, 55, 28.

2. **«Ветер-жара»** — жгучая боль в области щеки, одностороннее ощущение жара на лице, покраснение глаз, повышенное слезоотделение, беспокойство, сухость во рту и гортле, тонкий желтый налет на языке, напряженный быстрый пульс. ТКМ — «изгнание ветра и жары», купирование боли. АТ: VG14, GI11, V2, VB14, E2, GI4, VC24, E6. Аурикулярные точки: 11, 5, 6, 26, 51, 55, 28.

3. **«Избыточная теплота от печени и желудка»** — жгучая боль в области щеки, беспокойство и раздражительность, горечь во рту, покраснение глаз, головокружение, ощущение полноты в груди, ощущение распирания в подреберье, запор, сухой красный язык с толстым желтым налетом, напряженный быстрый или полный быстрый пульс. ТКМ — «изгнание жары», «успокоение печени», «нормализация функции желудка», купирование боли. АТ: седатировать F2, E44, E8, TR3, E2, GI4, VC 24, TR17, E43. Аурикулярные точки: 11, 5, 6, 33, 51, 55, 28.

4. **«Избыточная активность огня, вызванная недостаточностью инь»** — повторяющиеся приступы боли в области щеки, покраснение щеки, огрубление кожи на лице, головокружение, нечеткость зрения, ощущение жара в ладонях и подошвах, истощение, красный язык с уменьшенным налетом, тонкий быстрый пульс. ТКМ — «насыщение инь», «смягчение печени», «изгнание жары», купирование боли. АТ: седатировать VB20, R3, E2, IG18, VC24, E6, E7; тонизировать R3. Аурикулярные точки: 11, 5, 6, 33, 51, 55, 28.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Для купирования болевого синдрома используются:

1. Дистальные АТ с анальгетическим компонентом: GI4, GI10, GI11, TR5, E36, V60, RP6 и др.

2. АТ шейно-воротниковой зоны: IG14, IG15, V11, TR15, VG14, VB20.

3. АТ в зоне болевого синдрома: V2, V3, VB1, TR23, VB14, E2, E3, E4, E5, E6, E7, GI19, GI20, VC24, IG19 и др.

Воздействие на АТ, расположенные в зоне иннервации пораженных ветвей тройничного нерва:

– 1-й ветви: V1, V2, V3, VB1, VB14, E1, E8, TR23, VG23, VG24, PC3, PC6;

– 2-й ветви: E2, E3, E4, E7, GI19, GI20, VG26, VG27;

– 3-й ветви: TR17, TR21, TR22, VC24, IG17, VB2, VB20, E5, E6, E7.

При поражении 1-й ветви в ТКМ используется методика проведения иглы из PC6 в VB14, до линии роста волос.

При поражении 2-й ветви можно производить укол за скуловую кость из точки VB3 в E7 или большой укол из E4 в E7. При выраженном болевом синдроме можно применять их одновременно.

Сочетание IG3, V62 и E2 дают хороший терапевтический эффект при поражении 2-й ветви.

При поражении 3-й ветви целесообразно введение иглы из E4 в E6, а также введение из VC24 по нижней челюсти к ее углу. Хорошие терапевтические результаты также дает укалывание точек полости рта — PC20 (с пораженной стороны).

При наличии триггерных зон можно их «обкалывать», замыкая геометрическую фигуру; в некоторых случаях использование этой зоны дает положительный результат.

При торпидном течении используется пролонгированная микроиглотерапия — введение микроигл (лучше из благородных металлов) в точки P7 и GI4 на 48–72 ч.

Используется тормозный метод с повторной стимуляцией игл.

При малоуспешном лечении выполняют активную повторную стимуляцию введенных в АТ игл с экспозицией 30 мин, у пожилых пациентов — менее активную, но более длительную стимуляцию с экспозицией до 40 мин.

ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРА

С целью анальгезии используются АТ как в зоне пораженной ветви, так и отдаленные. Одна игла устанавливается в АТ на лице, вторая — на мочке уха или верхней конечности.

Сила тока до легкой иррадиации, продолжительность процедуры — 30 мин, применяется режим «фиксированная спайк-волна» с частотой 77 и 10 Гц (аппарат «Рефтон»). Курс лечения — 6–8 процедур.

ФАРМАКОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Используются препараты, улучшающие кровоснабжение и процессы метаболизма нервной ткани: ксантинола никотинат (1,0 в/м), Мильгамма (1,0 в/м). Хорошей терапевтической активностью также обладают комплексные гомеопатические препараты: Траумель С, Убихинон композитум, Коэнзим Композитум.

СКАЛЬПОТЕРАПИЯ

Использование зон скальпа оказывает влияние на центральные структуры головного мозга, регулирующие деятельность всех функциональных систем организма. При низкой эффективности лечения заболевания использование метода скальпотерапии помогает достигнуть лучших терапевтических результатов. Скальпотерапия может быть выполнена в классическом варианте с помощью проведения иглы в область зоны скальпа (экспозиция воздействия 30 мин) и методом физиопунктуры.

Зоны скальпа:

- СкЛ1 — риноязыкоглоточная;
- СкЛ2 — грудная клетка;
- СкВТ11 — зона чувствительности.

ЛАЗЕРОПУНКТУРА

Используется тормозный метод — экспозиция на АТ 40–60 с; на аурикулярные точки — 10 с. За сеанс выполняется воздействие на 10–12 АТ.

Используются локальные АТ в области пораженной ветви тройничного нерва.

АТ с анальгетическим компонентом: GI4, GI11, P7, TR5, MC6, E36, RP6.

АТ с вегетативным регулирующим компонентом: VB12, VB20.

АТ шейно-воротниковой зоны: IG14, IG15, V11, TR15, VG14.

Аурикулярные точки: 5, 6, 8, 11, 37, 55.

Надвенное лазерное облучение — экспозиция 15 мин.

Курс лечения — 7–10 процедур, ежедневно, при необходимости проводят повторные курсы.

НЕВРАЛГИЯ ЯЗЫКОГЛОТОЧНОГО НЕРВА

Невралгия IX–X пары черепно-мозговых нервов проявляется приступообразной болью в области миндалины, задней стенки глотки, в корне языка, передних $\frac{2}{3}$ языка, глубине уха. Длительность приступа — от секунд до нескольких минут с интервалами между ними от часов до недель. На высоте приступа иногда наблюдаются обмороки с падением артериального давления, брадикардией и судорогами (при вовлечении в процесс депрессорного нерва, входящего в состав IX пары). Приступы провоцируются приемом пищи, питьем, разговором (рис. 2).

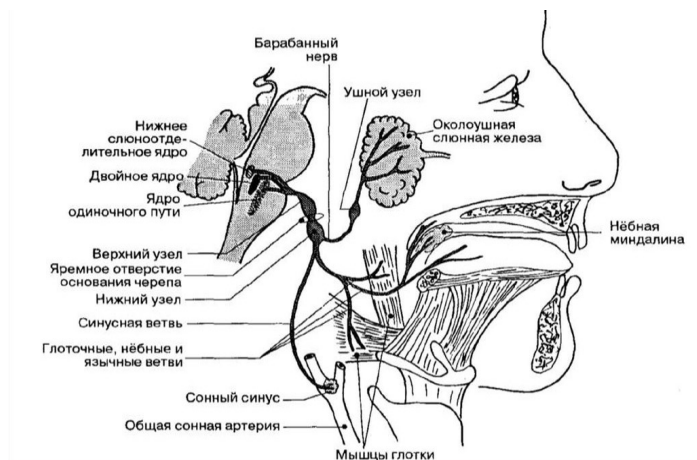


Рис. 2. Зоны иннервации языкоглоточного нерва

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Для купирования болевого синдрома используются:

1. АТ с анальгетическим компонентом: GI4, GI10, GI11, TR5, E36, V60, RP6 и др.

2. Локальные точки в зоне боли: E5, E6, E7, GI20, TR17, TR21, VC24, VC23, IG17, IG19.

При наличии симптома слюнотечения используется сочетание E6 и R10, при сухости во рту — TR5 и F2.

При глоссалгиях применяются точки полости рта — PC20 и болевые точки (а-ши).

Кроме того, используются точки шейно-воротниковой зоны, передней и боковой поверхности шеи: E9, E10, E11, GI17, GI18, VB20, VB12, VG15, VG16, V10 и др.

ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРА

Для проведения электроакупунктуры используются симметрично расположенные АТ шейно-воротниковой зоны или отдаленные АТ с целью анальгезии.

Еще один вариант электроакупунктуры при невралгии языкоглоточного нерва — первая игла устанавливается в АТ на лице (локальные АТ), вторая — на мочке уха или на верхней конечности.

Сила тока — до легкой иррадиации, продолжительность процедуры 20 мин.

Используется режим «фиксированная спайк-волна» с частотой 77 и 10 Гц (аппарат «Рефтон»).

ФАРМАКОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Для фармакопунктуры используются препараты, улучшающие кровоснабжение и процессы метаболизма нервной ткани (ксантинола никотинат — в/м 1,0, Мильгамма — в/м 1,0), а также комплексные гомеопатические препараты (Траумель С, Убихинон композитум, Коэнзим Композитум).

МИОГЕННЫЕ БОЛИ И МИОФАСЦИАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

Миофасциальная болевая дисфункция — нарушение функции той или иной мышцы, возникающее в связи с ее перегрузкой. МФБС лицевой мускулатуры развиваются по тем же механизмам, что и в скелетных мышцах и обуславливают 10–20 % болевых синдромов на лице. На начальном этапе в мышце возникает напряжение, переходящее в стабильный локальный гипертонус. При длительном фиксированном локальном гипертонусе возникают вторичные расстройства — сосудистые, обменные, воспалительные. Локальные гипертонусы становятся источником локальных и отраженных болей и превращаются в **ТТ**. На лице ТТ обнаруживаются чаще в жевательных мышцах, височной, медиальной и латеральной крыловидных мышцах. В мимических мышцах чаще поражаются круговая мышца глаза, скуловая мышца и плятизма.

МФБС лица проявляется разнообразной симптоматикой. Кроме тупой разлитой боли, характерны множественные симптомы, заставляющие пациентов обращаться к отоларингологу, неврологу, стоматологу. Пациенты могут жаловаться на трудности с открыванием рта, щелканье в ВНЧС, быструю утомляемость мышц при пережевывании пищи, боли при глотании. Болевые ощущения могут распространяться на область десен, зубов, глотки, неба, ушей. Реже при диагностике МФБС пациенты жалуются на такие симптомы, как более частое моргание, нервные тики в разных частях лица,

заложенность одного или обоих ушей, изредка сопровождающуюся шумом или звоном в них, может отмечаться повышенная чувствительность зубов. При данной патологии ТТ можно обнаружить в области жевательных мышц, крыловидных отростков клиновидной кости с двух сторон от носа, в области ВНЧС, а также в верхней части трапецевидной мышцы (иррадирующая боль в височной области).

К этиологическим факторам, вызывающим миофасциальные расстройства на лице относятся: нарушения прикуса (синдром Костена), отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса, психофизиологические феномены — напряжение мышц, стискивание и скрежетание зубов при тревоге.

Синдром Костена — односторонние боли постоянного характера, локализующиеся в предушной области. Боль может иррадиировать в ухо, висок, подчелюстную область, шею. Усиливается при открывании рта, жевании.

Отраженные боли от мышц шеи и верхнего плечевого пояса: боль в височной области может быть связана с нарушением двигательной активности в трапецевидной, грудино-ключично-сосцевидной и самой височной мышце; боль в лобной области — в грудино-ключично-сосцевидной, полустистой мышце головы; боль в области уха и ВНЧС — в латеральной крыловидной, жевательной, медиальной крыловидной, грудино-ключично-сосцевидной мышцах.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Основными направлениями рефлексотерапии МФБС является воздействие на мышечные ТТ.

Важным компонентом лечения является выбор АТ в зоне отраженных болей.

Для обезболивания и улучшения двигательной функции мышц используются АТ с анальгетическим, седативным эффектом.

При наличии вегетативных клинических проявлений включаются АТ, влияющие на вегетативный гомеостаз.

Возможность влияния рефлексотерапии на этиологические факторы (уменьшение или устранение их влияния на формирование МФБС).

ЛАЗЕРОПУНКТУРА

За одну процедуру оказывают воздействие на 10–12 АТ, метод тормозный на АТ — 40–60 с; на аурикулярные точки — 10 с.

Включают АТ в области мышечных ТТ лица: Е6, Е7, V10, Е9.

Воздействие на АТ, расположенные в зоне отраженных болей: V2, PC6, VB14, TR23, VB1, IG3, V9, VB19, VG17–21.

С целью уменьшения болевого синдрома воздействуют на АТ с анальгетическим компонентом: GI4, GI11, P7 и др.

При наличии вегетативного сопровождения МФБС процедура дополняется воздействием на АТ с вегетативным регулирующим компонентом: VB12, VB20, VB21.

Для влияния на центральную регуляцию деятельности систем используются аурикулярные точки: 33, 29, 35, 55, 34, 100 и др.

Надвенное облучение — до 15 мин.

Курс лечения — 10 процедур, ежедневно, при необходимости назначают повторный курс через месяц.

ФАРМАКОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Для фармакоарефлексотерапии используются лекарственные препараты разной направленности, в зависимости от периода и длительности течения заболевания. Применяются следующие лекарственные средства: нестероидные противовоспалительные, улучшающие кровоснабжение тканей, витамины, влияющие на процессы регенерации и восстановления поврежденных нервно-мышечных тканей, а также комплексные гомеопатические препараты.

ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ

Электроакупунктура и электропунктура проводятся по нейросегментарному типу — воздействие выполняется в зоне сегментарного поражения, паравертебрально симметрично или гомолатерально, а также в зоне иррадиации боли.

Иглы устанавливаются парно с включением точек в области мышечных триггеров, а также на АТ с анальгезирующим спектром, симметрично.

Сила тока — до легкой иррадиации, продолжительность процедуры — 20 мин.

Используется режим «фиксированная спайк-волна» с частотой 77 и 10 Гц (аппарат «Рефтон»).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование рефлексотерапии в комплексном лечении прозопалгий положительно влияет на течение заболевания, позволяет снизить лекарственную нагрузку на пациента, уменьшает сроки нетрудоспособности, улучшает качество жизни пациентов с лицевыми болями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов, П. В. Лечение болезней методами чжэньцзю-терапии / П. В. Белоусов. – Алматы : [б. и.], 2010. – С. 55–60.
2. Белоусов, П. В. Система каналов и коллатералей китайской медицины / П. В. Белоусов. – Алматы : [б. и.], 2010. – С. 57–70.
3. Организационно-методические вопросы рефлексотерапии : учеб.-метод. пособие / А. П. Сиваков, С. М. Манкевич, Л. В. Подсадчик, Т. И. Грекова. – Минск : БелМАПО, 2019. – 37 с.
4. Табеева, Д. М. Практическое руководство по иглорефлексотерапии : учеб. пособие / Д. М. Табеева. – 3-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2014. – 440 с.
5. Шапкин, В. И. Рефлексотерапия : практ. руководство / В. И. Шапкин. – 2-е изд., стер. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 640 с.
6. Шнорренбергер, К. К. Специальные техники акупунктуры и прижигания / К. К. Шнорренбергер. – М. : Balbe, 2012. – 280 с.
7. Шнорренбергер, К. К. Терапия акупунктурой / К. К. Шнорренбергер. – М. : Balbe, 2012. – С. 225–265.
8. Шнорренбергер, К. К. Учебник китайской медицины для западных врачей. Теоретические основы китайской акупунктуры и лекарственной терапии : пер. с нем. / К. К. Шнорренбергер. – М. : Balbe, 2012. – 560 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
Введение	3
Этиология прозопалгий	3
Клинические проявления прозопалгий	4
Классификация прозопалгий	5
Сосудистые лицевые боли	6
Рефлексотерапия	7
Фармакорексотерапия	7
Лазеропунктура	7
Электрорефлексотерапия	8
Невралгия тройничного нерва	8
Рефлексотерапия	10
Электроакупунктура	11
Фармакорексотерапия	11
Скальпотерапия	11
Лазеропунктура	11
Невралгия языкоглоточного нерва	12
Рефлексотерапия	12
Электроакупунктура	13
Фармакорексотерапия	13
Миогенные боли и миофасциальные болевые синдромы	13
Рефлексотерапия	14
Лазеропунктура	14
Фармакорексотерапия	15
Электрорефлексотерапия	15
Заключение	15
Список использованной литературы	16

Учебное издание

Подсадчик Лариса Владимировна

Сиваков Александр Павлович

Манкевич Светлана Михайловна

Грекова Таисия Ивановна

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ПРОЗОПАЛГИЙ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск **А. П. Сиваков**

Редактор **Ю. В. Киселёва**

Компьютерная вёрстка **М. Г. Миранович**

Подписано в печать 05.02.25. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Марафон Бизнес».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,75. Тираж 70 экз. Заказ 57.

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.