

УДК 616.831-009.7-02:616.831]-085.814.1

## ЭТИОТРОПНАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

С.М. МАНКЕВИЧ, А.П. СИВАКОВ, Л.В. ПОДСАДЧИК, Т.И. ГРЕКОВА, О.И. ЖОЛНЕРОВИЧ

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского  
государственного медицинского университета  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Аннотация.** Цель работы – обосновать этиотропное применение методов рефлексотерапии (РТ) при цефалгическом синдроме различной этиологии. Объекты и методы. При регионарной церебральной ангиодистонии используют иглоукалывание точек сосудорегулирующего, седативного вегетативно действия, 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 смешанных сосудистых механизмах (мигрень) используются тормозной и возбуждающий методы воздействия в соответствии с фазами ангиоспазма и вазодилатации. При цефалгии, обусловленной мышечным напряжением (неврозы), используют общие точки седативного действия в сочетании с терморефлексотерапией, методом поверхностного иглоукалывания, скальпоэлектроакупунктуры. При миофасциальном синдроме лечение цефалгии мышечного напряжения обусловлено сегментарно-релаксирующим эффектом РТ. Невралгическая и психалгическая цефалгия успешно лечится методами РТ по тормозной методике, направленной на погашение патологической доминанты, обусловленной дисфункцией центральной антиноцицептивной системы. Результаты. Эффективность РТ цефалгического синдрома с использованием этиотропной РТ составляет 65–68%. Заключение: выявление ведущей этиопатофизиологической составляющей в клинической картине цефалгии достоверно повышает терапевтическую эффективность рефлексотерапии.

**Ключевые слова:** цефалгия, этиотропная рефлексотерапия; мигрень; психалгия, патофизиологическая классификация.

## ETIOTROPIC REFLEXOTHERAPY OF CEPHALOGIC SYNDROME OF CEREBRAL GENESIS

S.M. MANKEVICH, A.P. SIVAKOV, L.V. PODSADCHIK, T.I. GREKOVA,  
O.I.ZHOLNEROVICH

**Abstract.** The aim of the work is to justify etiotropic application of of reflexotherapy (RT) methods with cephalgic syndrome of various etiologies. Objects and methods. In case of regional cerebral angiodistonia use acupuncture points: vasoregulatory, sedative action, auricular: 55,19,59,100. Shown surface RT of collar area, vacuum massage, Gouache, massage with a scraper, carboxyreflexotherapy on points and areas of the scal, electroacupuncture with pulsed bipolar current. With mixed vascular mechanisms (migraine) inhibitory and excitatory methods of influence are used according to phases of angiospasm and vasodilation. With cephalgia caused by muscle tension (neuroses), use general points of sedative action in combination with thermoreflexotherapy by the method of surface acupuncture, scalpoelectroacupuncture. With myofascial syndrome treatment of cephalgic muscle tension is due to segmental relaxation effect of RT. Neuralgic and psychalgic cephalgia is successfully treated by RT method according to the braking method aimed at the repayment of pathological dominance, caused by dysfunction of central antinociceptive system. Results. The effectiveness of RT of cephalgic syndrome with the use of an etiotropic RT is composed 65-85%. Conclusion: identification of the leading etiopathophysiological component in the clinical picture of cephalgia significantly increases the therapeutic effectiveness of reflexotherapy.

**Keywords:** cephalgia, etiotropic reflexotherapy, migraine, psychalgia, pathophysiological classification.

## Введение

Цефалгический синдромокомплекс церебрального генеза выявляется при различных заболеваниях нервной системы и внутренних органов. Механизм формирования цефалгии обусловлен раздражением болевых рецепторов в коже, подкожной клетчатке, сухожильном шлеме, сосудах мягких покровов головы, надкостнице черепа, оболочках мозга, внутричерепных артериях, венах и венозных синусах, возникающим при различной патологии на фоне дисфункции антиноцицептивной системы. Растяжение или сдавление являются основными факторами, вызывающими раздражение рецепторов перечисленных структур. Патофизиологическая классификация цефалгии включает: сосудистую головную боль (ГБ) с проявлением спазма или дилатации артерий, недостаточности тонуса вен. Гб мышечного напряжения - на основе активации передачи импульса в нервно-мышечном синапсе, сегментарного механизма.[3] 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 ЦНС. Смешанную ГБ - при комбинации вышеперечисленных механизмов.

## Теоретическая часть

Цель исследования: обосновать этиотропный подход в методах рефлексотерапии при цефалгии в зависимости от механизма ее формирования. Следует отметить, что особенность анальгезирующего действия рефлексотерапии 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. Потенцирование анальгезии обеспечивается комбинированием и сочетанием различных методов РТ.

## Материалы и методы

У пациентов с регионарной церебральной ангиодистонией с гипертонусом артерий используют точки, влияющие на регуляцию сосудистого тонуса, седативного действия: E36, G10, G11, 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 первом случае 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 симпатических 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 100 Гц для подавления гиперпарасимпатикотонии.[1]

При гипотонии вентонизируют 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.

Цефалгия, 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 – GI9, 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, их урежению за счет влияния на ангиодистонический синдромокомплекс.

При цефалгии, обусловленной преимущественно мышечным напряжением, рефлексотерапия 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. В случае преобладания 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 лечение головной боли мышечного напряжения обусловлено сементарно-релаксирующим эффектом рефлексотерапии [2]. 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 головная боль, как вариант поражения вегетативно-чувствительных нервов (тройничного, затылочных) успешно лечится РТ по тормозной методике. РТ применяют дифференцированно, т. е. 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, включая состояния предстартового нервно-мышечного напряжения у спортсменов, рефлексотерапия цефалгии напряжения направлена на погашение патологической доминанты, которая обусловлена дисфункцией центральной антиноцицептивной системы при нарушении обмена моноаминов и эндогенных опиатов в центральной нервной системе. Предпочтителен метод классического иглоукалывания в дистальные точки на кистях и стопах. Воздействие слабое (II вариант возбуждающего метода), экспозиция 15 мин. Целесообразны сочетания симметричных точек в области проекции боли (1–2 пары), аурикулярные точки - в зоне противокоселка и трехсторонней ямки, скальпоэлектроакупунктура зоны MS5 (корковая проекция лимбикоретикулярного комплекса) импульсным биполярным током «спайк-волна». Оптимизацию лечения обеспечивает методика одновременного сочетания сеанса суггестивной психотерапии и РТ.

### **Результаты и их обсуждение**

По нашим наблюдениям эффективность рефлексотерапии цефалгического синдрома с использованием дифференцированных методик этиопатогенетической направленности составляет 65- 68%, что коррелирует с данными большинства авторов, указывающих на улучшение в 55—65% случаев, причем эффективность достоверно выше, чем в группах без применения РТ

### **Заключение**

Этиотропное использование рефлексотерапии при цефалгическом синдроме церебрального генеза, подбор и сочетание точек акупунктуры, сила терапевтического раздражения, комбинирование и сочетание методов РТ должны базироваться на знании механизмов формирования цефалгического синдромокомплекса, выявлении ведущей патофизиологической составляющей в клинической картине заболевания, что достоверно повышает терапевтическую эффективность РТ и предупреждает возможные рецидивы.

### **Список литературы**

1. Рефлексотерапия головной боли: учеб.-метод. пособие / С.М. Манкевич и др. – Минск: БелМАПО, 2021. – 16 с.
2. Рефлексотерапия невротических (соматоформных) расстройств [Текст]: учеб.-метод. пособие / С. М. Манкевич [и др.] ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2019. – 18 с.
3. Шток В.Н. Головная боль. – М.: Медицина, 1987. – 303 с.