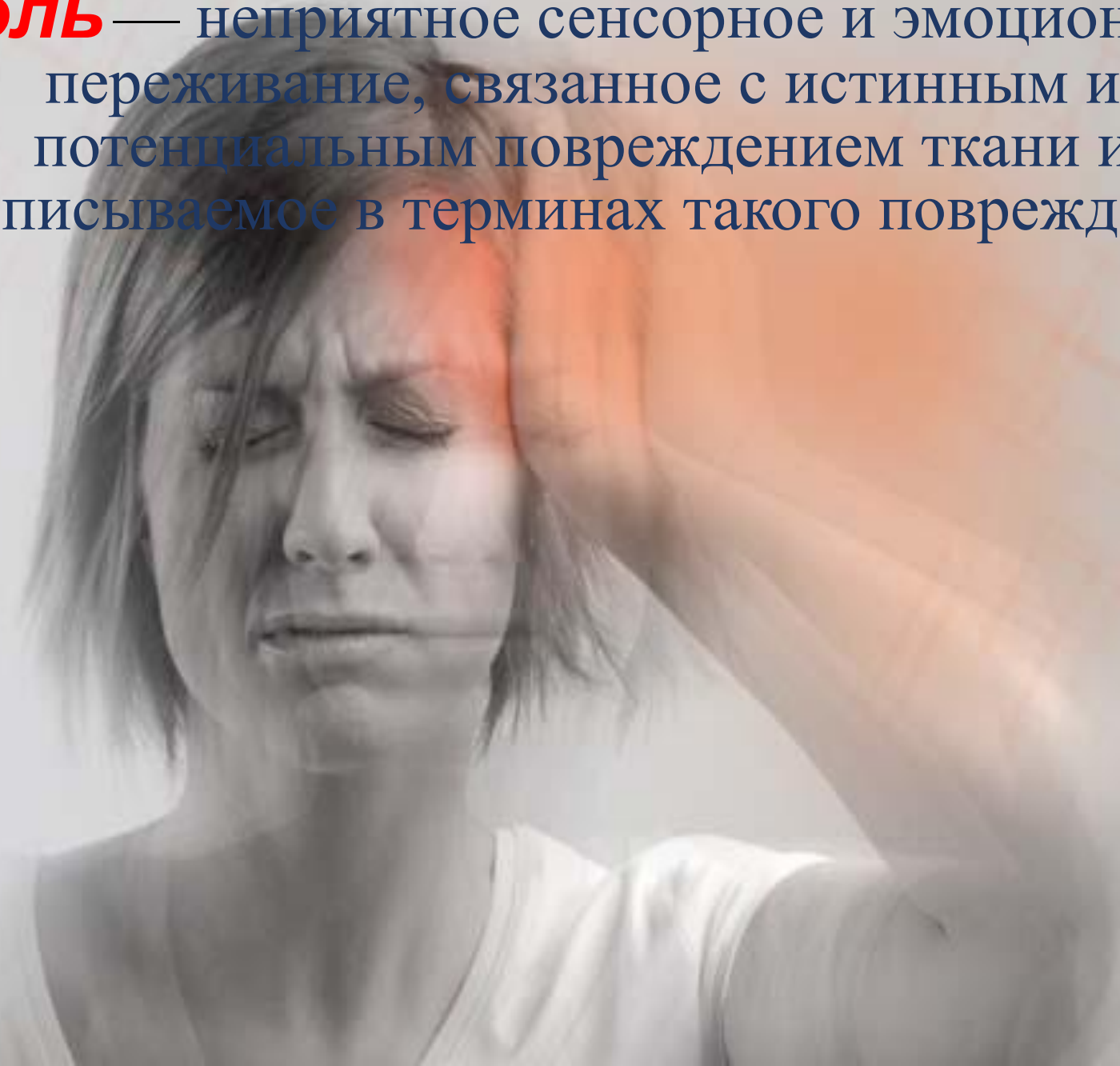




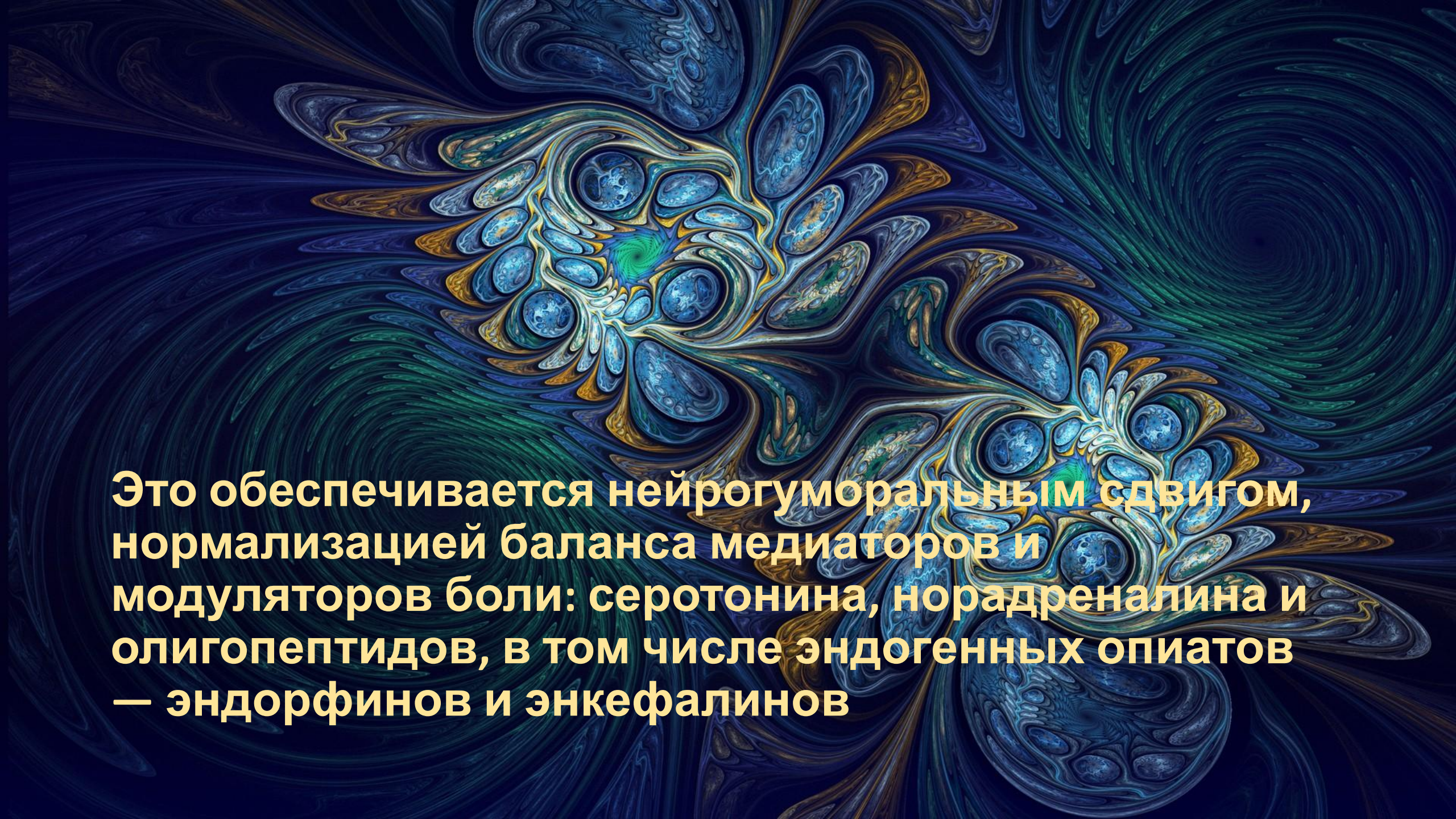
Рефлексотерапия при головной боли

Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения.



Основной механизм действия:

Особенность анальгезирующего действия рефлексотерапии заключается в том, что она повышает порог возбудимости болевых рецепторов и угнетает проведение болевых импульсов по афферентным путям, а также повышает активность центральной антиноцицептивной системы.

The background is a complex, multi-colored fractal pattern. It features swirling, organic shapes in shades of deep blue, teal, and emerald green, accented with bright yellow and gold. The overall effect is reminiscent of a microscopic view of a biological structure or a highly detailed, colorful fractal image.

Это обеспечивается нейрогуморальным сдвигом, нормализацией баланса медиаторов и модуляторов боли: серотонина, норадреналина и олигопептидов, в том числе эндогенных опиатов — эндорфинов и энкефалинов

Нейрофизиологические механизмы формирования боли представлены:

- 1. Рецепторным механизмом
- 2. Проводниковым механизмом
- 3. Центральным механизмом

Рецепторный механизм

Способностью воспринимать болевой раздражитель обладают как полимодальные рецепторы, так и специфические ноцицептивные рецепторы. Полимодальные рецепторы представлены группой механорецепторов, хеморецепторов и терморецепторов, расположенных как на кожной поверхности, так и во внутренних органах и сосудистой стенке. Воздействие на рецепторы сверхсильного раздражителя приводит к возникновению болевого импульса. Большую роль в формировании боли играет перенапряжение слуховых и зрительных анализаторов. Так, сверхсильные звуковые колебания вызывают выраженное болевое ощущение, вплоть до нарушения функции ЦНС (аэродромы, вокзалы, дискотеки). Аналогичную реакцию вызывает раздражение зрительных анализаторов (световые эффекты на концертах, дискотеках).

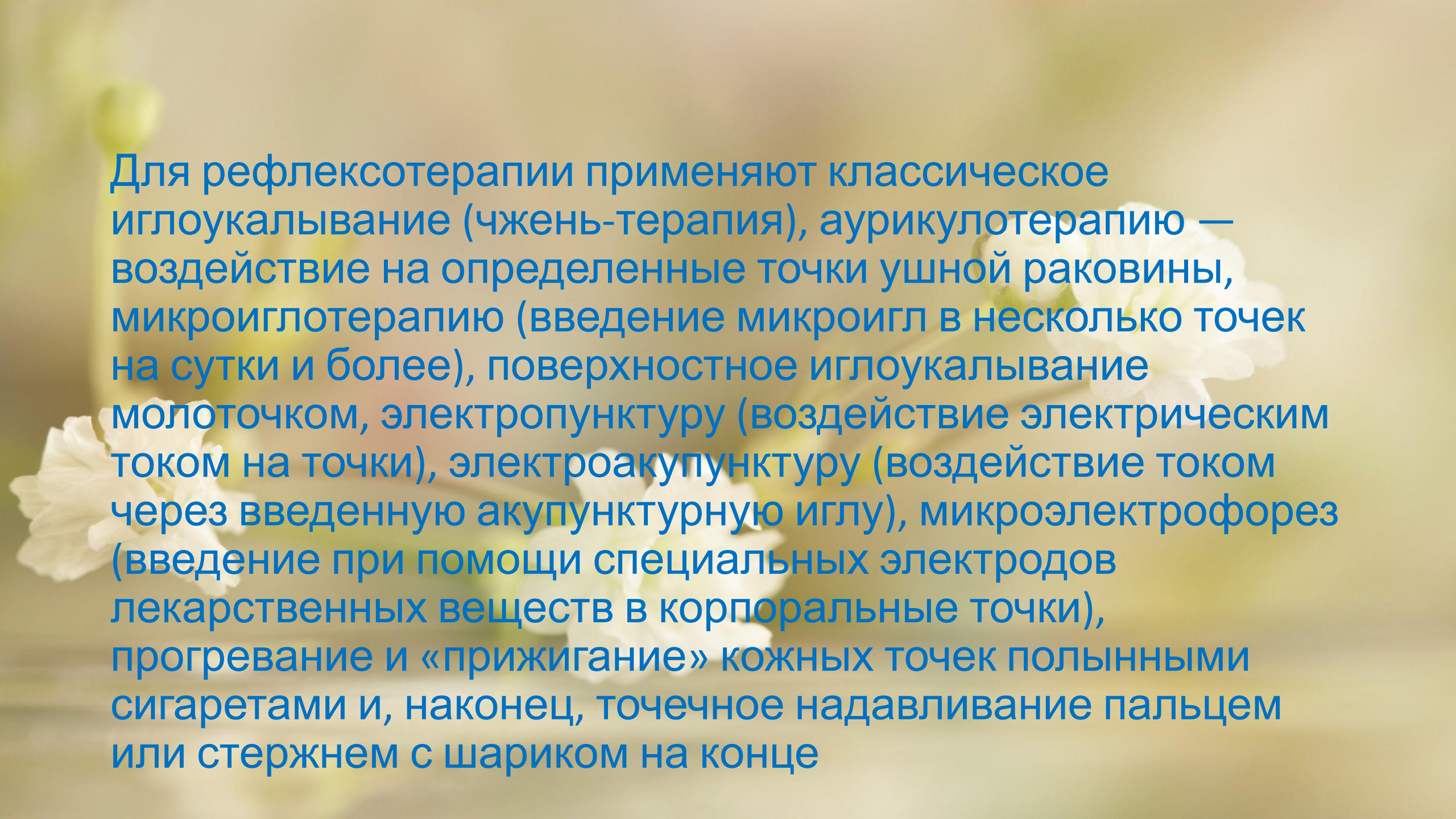
Проводниковый механизм

Этот механизм представлен толстыми и тонкими миелиновыми и тонкими немиелиновыми волокнами.

Первичная, эпикритическая, боль обусловлена проведением болевого сигнала по миелиновым волокнам типа А. Вторичная, протопатическая, боль обусловлена проведением возбуждения по тонким медленно проводящим волокнам типа С. Нарушение трофики нерва приводит к блокаде тактильной чувствительности по толстым мякотным нервам, но ощущение боли сохраняется. При действии местных анестетиков вначале исчезает болевая чувствительность, а затем тактильная. Это связано с прекращением проведения возбуждения по тонким немиелинизированным волокнам типа С. Толстые миелинизированные волокна более чувствительны к недостатку кислорода, чем тонкие волокна. Поврежденные нервы более чувствительны к различным гуморальным воздействиям (гистамин, брадикинин, ионы калия), на которые они не реагируют в нормальных условиях

Центральные механизмы боли

Центральными патофизиологическими механизмами патологической боли являются образование и деятельность генераторов повышенной возбудимости в каком-либо отделе ноцицептивной системы. Например, причиной возникновения таких генераторов в дорзальных рогах спинного мозга может быть усиленная длительная стимуляция периферических поврежденных нервов. При хроническом пережатии инфраорбитальной ветви тройничного нерва в его каудальном ядре появляется патологически усиленная электроактивность и образование генератора патологически усиленного возбуждения. Таким образом, боль периферического происхождения приобретает характер центрального болевого синдрома.



Для рефлексотерапии применяют классическое иглоукалывание (чжень-терапия), аурикулотерапию — воздействие на определенные точки ушной раковины, микроиглотерапию (введение микроигл в несколько точек на сутки и более), поверхностное иглоукалывание молоточком, электропунктуру (воздействие электрическим током на точки), электроакупунктуру (воздействие током через введенную акупунктурную иглу), микроэлектрофорез (введение при помощи специальных электродов лекарственных веществ в корпоральные точки), прогревание и «прижигание» кожных точек полынными сигаретами и, наконец, точечное надавливание пальцем или стержнем с шариком на конце

Мигрень

Лечение приступа начинают с тормозного воздействия на общеукрепляющие точки меридианов желудка, толстой кишки, перикарда, селезенки, точки седативного действия. Эффект повышается при воздействии на точки местные — в зависимости от локализации боли. При аурикулотерапии выбирают точки проекции лба, затылка и др. При отдельных клинических формах мигрени выбирают разную рецептуру дополнительных точек.

При электропунктуре или электроакупунктуре сила тока для точек головы колеблется от 15 до 40 мкА, а для точек туловища — от 15 до 60 мкА. Продолжительность воздействия на каждую точку не более 5—7 мин со сменой полярности тока [отрицательный 45 с, положительный 15с]. При четко локализованной боли лечение можно начать с аурикулоэлектропунктуры [сила тока 30 мкА с чередованием полярности]. При развернутом приступе мигрени рефлексотерапию следует проводить строго индивидуально: акупрессуру на краниофациальные точки и корпоральное поверхностное иглоукалывание. В межприступном периоде лечение направлено на нормализацию сосудистой регуляции, снижение возбудимости вазомоторных центров. Больным с частыми тяжелыми приступами через 2—3 мес. проводят повторные курсы лечения [10—15 сеансов] до получения удовлетворительных результатов. При этом следует уделять внимание нормализации эмоциональных и вегетативных реакций и сочетать рефлексотерапию с другими методами лечения (лекарства, психотерапия, нормализация режима труда и отдыха).

Сосудистые головные боли

- Сосудистая головная боль У больных с регионарной церебральной ангиодистонией с гипертонусом артерий (гипертоническая болезнь I и II стадии, НЦД с артериальной гипертензией) используют точки, влияющие на регуляцию сосудистого тонуса, точки седативного действия: точки воротниковой зоны, а на ухе — точку шеньмень, точку, понижающую АД, точку сердца.
- При выраженной лабильности сосудистых реакций, в частности у больных с вегетососудистой дистонией, не рекомендуется одновременно использовать сильнодействующие точки на руках и ногах. Ангиодистония с преобладанием низкого тонуса артерий может иметь фоном гипосимпатикотонию или гиперпарасимпатикотонию.

Головная боль напряжения

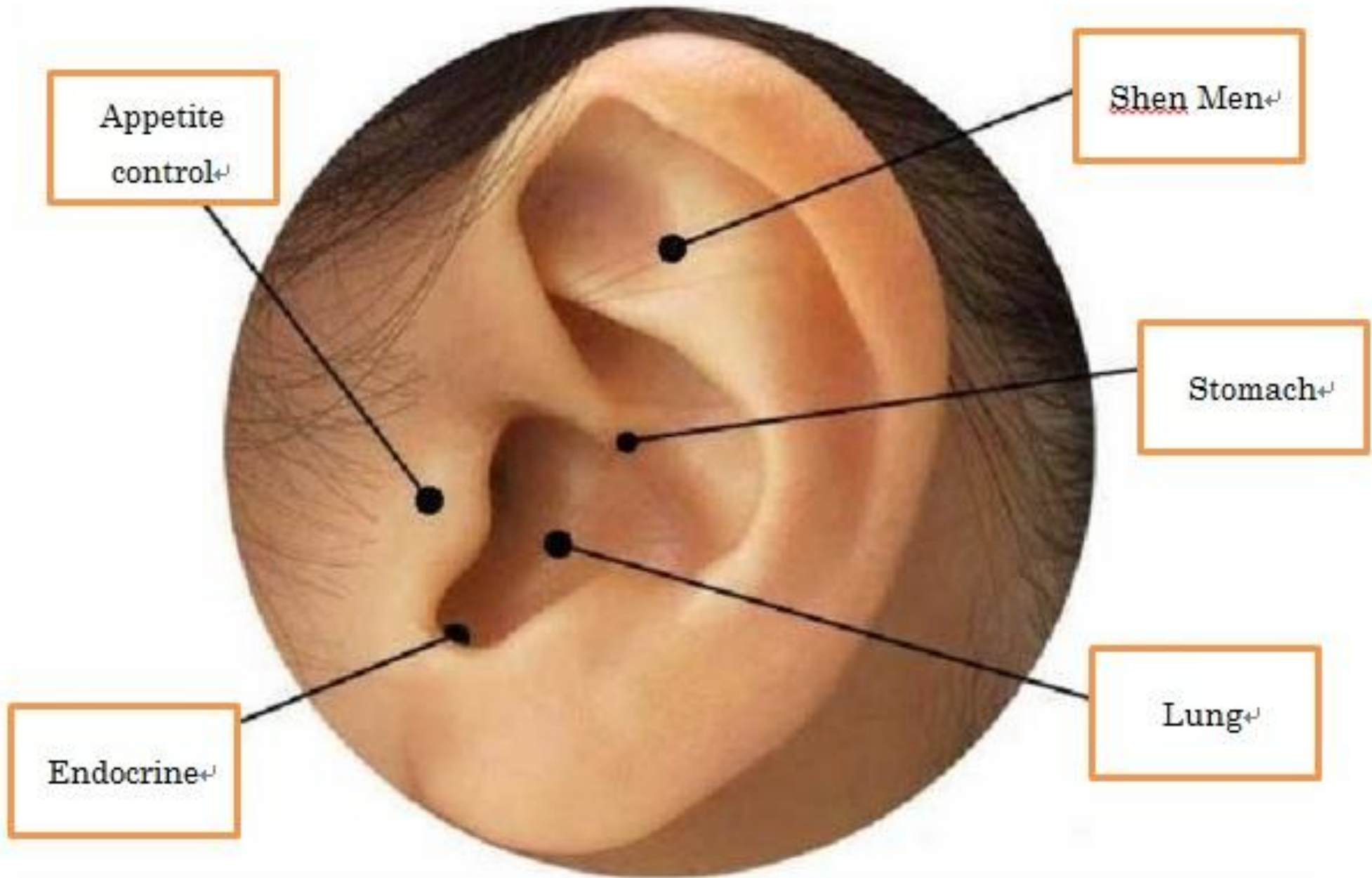
Рефлексотерапия определяется природой основного заболевания, которое разными путями приводит к напряжению мышц головы. Неврозы с преобладанием эмоциональной возбудимости и повышенной раздражительностью требуют включения в программу лечения общих точек седативного действия

При шейном остеохондрозе облегчение головной боли мышечного напряжения обусловлено сегментарно-релаксирующим эффектом рефлексотерапии.

Для аурикулотерапии воздействуют на точки шейного отдела позвоночника, затылка, шеи, шень-мэнь. При микроиглотерапии используют точки воротниковой зоны и точки в местах преимущественной боли, иглы оставляют на 5—7 дней. Полезным оказывается и баночный массаж вдоль позвоночника и воротниковой зоны.

Головная боль при психалгии

- Рефлексотерапия должна, быть направлена на погашение патологической доминанты. Предпочтителен метод классического иглоукалывания в точки кистей и стоп и краниофациальные точки.
- Целесообразны сочетания симметричных точек в области проекции боли [1—2 пары], аурикулярные точки в зоне противозавитка и трехсторонней ямки и точки на кистях и стопах — Ликвородинамическая головная боль при экспансивных внутричерепных процессах не подлежит рефлексотерапии. Когда ликвородинамические расстройства не требуют нейрохирургического или другого специального лечения, рефлексотерапию можно применить как вспомогательный метод, она должна быть направлена на нормализацию водно-солевого баланса и улучшение венозного оттока.



Appetite
control

Shen Men

Stomach

Lung

Endocrine