

УДК 616.714+616.831]-001-036

ШИТИКОВ Т.А.

Медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины, г. Днепропетровск

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЦЕФАЛГИЙ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И АКУПРЕССУРЫ

Резюме. В статье описано клиническое действие мануальных терапевтических техник (релиз, пост-изометрическая релаксация мышц, краниосакральная техника) у пациентов с посттравматической головной болью. Подтверждена эффективность и безопасность мануально-терапевтических техник в реабилитации данной группы пациентов. Доказан модулирующий цереброваскулярный эффект на различных стадиях последствий травм головы, что подтверждает целесообразность максимально раннего применения релизовых, миофасциальных и краниосакральных техник в реабилитации после травм головы.

Ключевые слова: последствия черепно-мозговой травмы, мануальная терапия, акупрессура.

Проблема лечения посттравматической цефалгии (ПЦ) является одной из актуальных в современной медицине, учитывая частоту травм головы и их отдаленных последствий в современном мире [9, 10].

При ПЦ необходима комплексная, этапная и длительная терапия с применением медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. В основном показаны немедикаментозные методы лечения — рефлексотерапия, мануальная терапия (МТ), массаж, психотерапия и ряд других. Применение фармакотерапии, как правило, малооправданно ввиду возможных побочных эффектов. Лечение ПЦ методами МТ должно быть дифференцировано с учетом патобиомеханического и клинического варианта.

Устанавливаемые визуальным и краниометрическим исследованиями патобиомеханические варианты ПЦ диктуют необходимость направленного лечебного воздействия на различные звенья патогенеза заболевания различными мануальными техниками. Наиболее важными в лечении являются: восстановление биомеханических свойств швов черепа, твердой мозговой оболочки, шейного отдела позвоночника; нормализация гемодинамики; снижение повышенной возбудимости сегментарных структур ствола головного мозга, обеспечивающего тонические реакции краниальной и цервикальной мускулатуры; нормализация тонуса и местных обменно-трофических нарушений мышц скальпа.

Развитие и внедрение в медицинскую науку в последнее десятилетие новых технологий мануальной терапии [1–3, 6] заложило основу формирования принципиально новых концепций патогенеза ПЦ и подходов к их лечению.

Методы мануальной терапии с целью коррекции патобиомеханических и патофизиологических нарушений у данной группы пациентов используются недостаточно, что снижает эффективность их реабилитации и повышения функционального состояния. основополагающая концепция мануального воздействия — положение нейрофизиологии о нервно-рефлекторном механизме действия физических механических раздражителей, что отвечает современным представлениям о системном уровне функционирования реагирования организма спортсмена на физические нагрузки [4, 5, 7].

Целью работы явилась разработка и оценка оригинальных схем лечения ПЦ, в которых положено широкое использование методов МТ.

Материалом исследования послужили случаи лечения 59 пациентов в возрасте от 25 до 68 лет, перенесших легкую черепно-мозговую травму в различные сроки после травмы (от 3 мес. до 7 лет). Всем проведены клинические, краниометрические и инструментальные исследования (пульсовая интервалография, термометрия, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоКГ, бульбарная биомикроскопия, МРТ, психологическое тестирование). У всех пациентов обнаружены различной степени выраженности цефалгии от 5,6 до 7,8 балла по ВАШ, нарушения церебральной гемодинамики (рис. 1), вегетативного гомеостаза и миотонического равновесия. Патобиомеханические изменения состояли в асимметрии функциональной длины нижних конечностей, косом расположении таза, локальной болезненности в верхнешейной, груднопоясничной паравертебральной области, там же — выскальзывание складки Киблера.

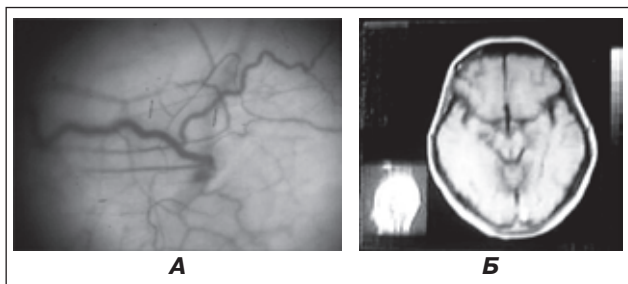


Рисунок 1. Бульбарная биомикроскопия и МРТ пациента 19 лет с ПЦ: А) отмечаются венозный стаз, петлистость сосудов, сладж; Б) отмечаются асимметрия черепа, расширение и асимметрия желудочковой системы

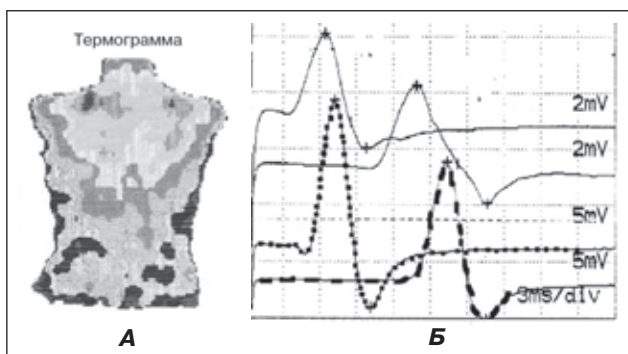


Рисунок 2. Миодистонические нарушения у пациентов с ПЦ: А) у пациента с ФМС трапециевидной мышцы отмечается термоасимметрия 1,0 °С; Б) изменения М-ответа (расширение интервала, снижение амплитуды) на электромиограмме

При инструментальных исследованиях отмечались различные варианты «краниальной асимметрии», асимметрия мышечного тонуса, гемодинамические и ликвородинамические нарушения, сопровождавшиеся соответствующей клинической картиной (головная боль, нарушение координации, головокружение). При бульбарной биомикроскопии они визуализировались нарушениями венозного микроциркуляторного русла (извитость венул, стаз, дилатация). Рентгенологические изменения у данной группы больных были скудными: незначительные признаки асимметрии субарахноидального пространства и ширины желудочковой системы. При оценке фоновых исследований у всех обследованных было выявлено диффузное снижение мозгового кровотока как в корковых областях, так и в различных регионах белого вещества мозга, преимущественно в лобных и височных долях. При этом уменьшение мозговой перфузии носило преимущественно венозный мозаичный характер, что напоминало субклинические изменения, как и при хронических нарушениях мозгового кровообращения. Изменения ликвородинамики носили невыраженный характер у всех пациентов. У пациентов отмечались различной степени выраженности нарушения миотонического и вегетативного равновесия, преимущественно ваготонического характера (рис. 2).

Для реабилитации данной группы пациентов нами применялось комплексное лечение в виде мягкотканых и миофасциальных релизовых и краниосакральных техник, постизометрической релаксации (ПИР), ЛФК. Метод краниосакральной мануальной терапии был выбран, поскольку он является естественным методом восстановления биомеханики черепа и всего опорно-двигательного аппарата посредством воздействия на гемодинамику, систему мышц, связок, швов черепа, суставов верхнего региона позвоночника.

Нами проводилась мануальная терапия на черепе по технике CV4, V-spread. Процедуры проводили амбулаторно, 2–3 раза в неделю по 5–8 приемов на процедуру. Предварительно проводилась техника релаксации швов черепа по Гихин [4], деторсии твердой мозговой оболочки по Сатерленду [11]. Исключалась терапия вазоактивными, ноотропными, антиагрегантными препаратами.

В реабилитации дополнительно использовались: акупрессура в сочетании с постизометрической релаксацией мышц лица и скальпа, шеи, диафрагмы, деторсия твердой мозговой оболочки, мобилизация швов черепа по Гихину и позвоночных двигательных сегментов краниовертебрального перехода. Медикаментозное лечение не назначалось. Выбор техник МТ определялся, с одной стороны, поливалентным характером лечебного действия (психотропное, вегетотропное, обезболивающее, местнотрофическое, миорелаксирующее), а с другой — безопас-

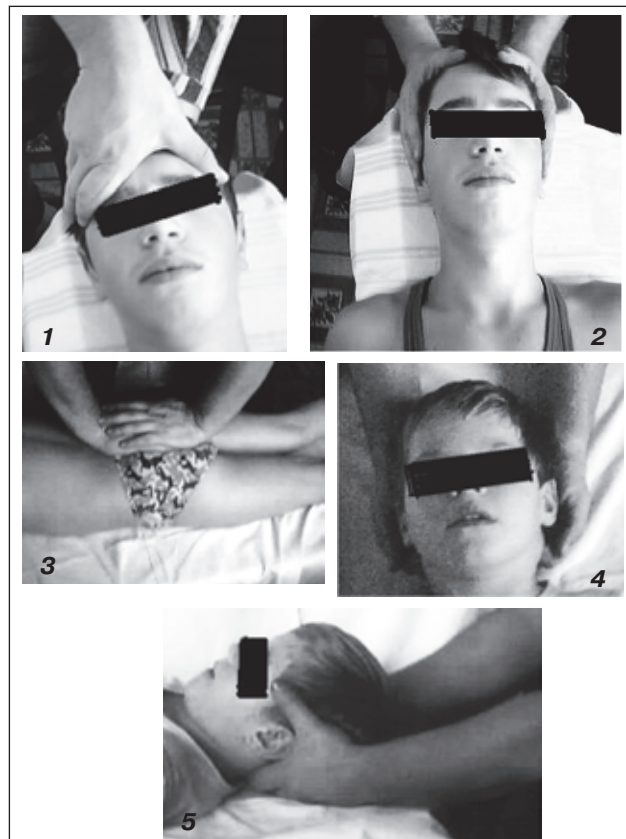


Рисунок 3. Лечебные мануальные техники: 1) лобно-затылочный захват; 2) основной захват; 3) релиз крестца; 4) техника CV4; 5) релаксация швов черепа по Гихин

Таблица 1. Динамика изучаемых показателей в группе обследованных до и после реабилитации ($p < 0,05$)

| Показатели | До | После |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|
| Тревожность по тесту Люшера | $7,6 \pm 0,2$ | $4,7 \pm 0,2$ |
| Головная боль (по ВАШ) | $5,7 \pm 0,2$ | $1,0 \pm 0,2$ |
| Работоспособность по тесту САН | Сниженная | Нормальная |
| ЧСС, уд/мин | 77 ± 8 | 64 ± 6 |
| Адсист., мм рт.ст. | 110 ± 8 | 120 ± 8 |
| Вегетативное равновесие | Ваготония | Нормотония |
| Краниальная асимметрия, коэффициент | $> 0,9 \pm 0,1$ | $0,9 \pm 0,1$ |
| Показатели гемодинамики, Δ | $> 30 \%$ | $> 10 \%$ |

ностью при длительном и повторном применении у детей (Лиев А.А., 1999; Беляев А.Ф., 2003; Васильева Л.Ф., 2006).

Приемы МТ применялись соответственно общепринятым техническим правилам (рис. 3).

У больных с ПЦ наиболее эффективным являлось назначение следующих акупунктурных точек: G14, G11, E36, MC5, MC6, TR5, VB41, VB20, VB21, T14, V3, B11, VB13, VB19, T17, T20. Особое значение придавалось минимизации силы раздражающего воздействия на ткани (Иваничев Г.А., 1999; Ситель А.Б., 1996; Лиев А.А., 2003). Для снижения тонического напряжения мышц применялась ПИР, акупунктура. Воздействие осуществлялось на мышцы скальпа, шеи, грудобрюшной диафрагмы и назначалось всем больным с ПЦ параллельно МТ в количестве 6–8 сеансов на курс лечения. При упорном течении ПЦ больных обучали приемам ПИР для самостоятельного проведения процедур в течение дня. Краниальное воздействие оказывалось по методике В. Сатерленда 1–3 раза в неделю. Мобилизация швов черепа, ПДС С0–С2 проводились по остеопатической релизовой технике, 3–6 раз на курс 1–2 раза в неделю после обязательного инструментального исследования [6, 8, 11, 12].

Результаты: у всех пациентов получен положительный эффект, который подтвержден клинически и инструментально. Отмечались уменьшение краниальной асимметрии, нормализация гемодинамики после проведенного лечения.

Оценка динамики субъективных симптомов заболевания и патобиомеханических нарушений показала, что в той или иной степени положительное действие лечения с включением техник CV4, V-spread, диафрагмальных техник, ПИР наблюдалось в $85,7 \pm 3,5 \%$ случаев.

Сопоставление результатов лечения показало, что наибольший процент положительного воздействия наблюдался у пациентов с очагами в зоне смежного кровотока вертебробазиллярной системы — $64,2 \pm 4,5 \%$ случаев; с очагами в зоне каротидного бассейна — в $28,5 \pm 2,4 \%$ случаев.

Выявленный клинический эффект определялся после 3–4-й процедуры и в дальнейшем увеличивался, достигая максимума к концу курса лечения, состоящего из 6–8 процедур (табл. 1).

Осложнений при применении мануальных приемов не было.

Выявленный клинический эффект определялся после 2–3 процедур и в дальнейшем увеличивался, достигая максимума к концу курса лечения, состоящего из 6–8 процедур, длительность 2–4 недели. Отмечено, что применение данной техники было более эффективным у лиц женского пола (85,7 %). Клинический эффект выразился в купировании цефалгического синдрома, снижения уровня тревожности и вегетативного дисбаланса, нормализации рефлекса на растяжение в ранее гипотоничных мышцах, нормализации ликвородинамики. Это подтверждено клиническими и лабораторно-инструментальными исследованиями.

Выводы

1. Целесообразно применение профессионально обученными сертифицированными специалистами мануальных методик и использование релизовых краниосакральных техник при лечении посттравматических цефалгий.
2. Технические приемы CV4, V-spread, ПИР наиболее эффективны при реабилитации пациентов с посттравматическими цефалгиями.

Список литературы

1. Азарова Е.К., Балякин С.А., Манихин В.В. Краниальная мануальная терапия в восстановительном лечении больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы // Бюллетень МПМОТ. — 2001. — № 3. — С. 34–35.
2. Батов А.Г. Оценка эффективности применения краниосакральных техник мануальной терапии в лечении больных с закрытыми черепно-мозговыми травмами // Мануальная терапия. — № 4 (36). — 2009. — С. 21–26.
3. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и мануальной терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. — Новокузнецк, 1999. — 115 с.
4. Гихин Э. Атлас манипуляционных техник для мозгового черепа и лица. — Новокузнецк, 1997. — 120 с.
5. Исанова В.А. Кинезиотерапия в реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями. — Казань, 1996. — 234 с.
6. Тревелл Дж., Симонс Д. Миофасциальные боли: Пер. с англ. — В 2 т. — М., 1989. — 659 с.
7. Скоромец А.А., Ахметсафин А.Н., Баранцевич Е.Р. Краниосакральные техники и их место в мануальной медицине // 1-й Междунар. тихоокеанский конгресс по традиционной медицине (Сб. тез. докладов). — Владивосток: Изд-во ВГМУ, 2001. — С. 155–156.
8. Чикуров Ю.В. Краниосакральная мануальная терапия. — М.: Триада-Х, 2007. — 188 с.

9. Юдельсон Я.Б., Якунин К.А. Головная боль в отдаленном периоде легкой закрытой черепно-мозговой травмы (учебное пособие для врачей). — Смоленск, 1997. — 16 с.

10. Якупова А.А. Рефлексотерапия цервикогенной головной боли / А.А. Якупова, Р.Р. Давлетишина, Р.А. Якупов, Г.И. Сафиуллина, Р.Р. Хусаинов // Неврологический вестник. — 2004. — № 1–2. — С. 97–98.

11. Sutherland W.G. *The Cranial Bowl* // JAOA. — 1948. — 43 (April). — P. 348-353.

12. Upledger J.E. *Craniosacral Therapy, Somatoemotional Release, Your Inner Physician and You*. — UI Enterprises, Palm Beach Gardens, Florida, 1991.

Получено 08.04.12 □

Шитиков Т.А.

Медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини,
м. Дніпропетровськ

ДО ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ Й РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ЦЕФАЛГІЙ МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ Й АКУПРЕСУРИ

Резюме. У статті описана клінічна дія мануальних терапевтичних технік (реліз, постізометрична релаксація м'язів, краніосакральна техніка) у пацієнтів із посттравматичним головним болем. Підтверджені ефективність і безпека мануально-терапевтичних технік у реабілітації даної групи пацієнтів. Доведений модулюючий цереброваскулярний ефект на різних стадіях наслідків травм голови, що підтверджує доцільність максимально раннього застосування релізів, міофасціальних і краніосакральних технік у реабілітації після травм голови.

Ключові слова: наслідки черепно-мозкової травми, мануальна терапія, акупресура.

Shitikov T.A.

Medical Institute of Traditional and Alternative Medicine,
Dnipropetrovsk, Ukraine

ON THE QUESTION OF TREATMENT AND REHABILITATION OF POSTTRAUMATIC CEPHALALGIA USING METHODS OF MANUAL THERAPY AND ACUPRESSURE

Summary. The article deals with clinical action of manual therapeutic techniques (release, postisometric muscle relaxation, craniosacral method) in patients with posttraumatic headache. There were confirmed efficacy and safety of manual therapeutic techniques in rehabilitation of this group of patients. Modulating cerebrovascular effect at different stages of head injury sequelae has been proved, that confirms reasonability of maximal early application of release myofascial and craniosacral techniques in rehabilitation after head injuries.

Key words: consequences of craniocerebral injury, manual therapy, acupressure.