

МАНУАЛЬНА КРАНІОТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ЦЕФАЛГІЙ

©Л. В. Андріюк, В. В. Якимович, І. Й. Пилипчук

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

На сьогодні відомо багато як традиційних, так і нетрадиційних методів лікування головного болю. Із народної медицини до нас дійшов метод «правлення» голови, який ґрунтується на наявності рухливості кісток черепа. Череп не має жорсткої конструкції, тому що має пряме з'єднання з спинномозковим каналом, постійно взаємодіє один з одним і являє собою дуже рухому систему. Крім того, на порожнину черепа істотно впливає внутрішньочерепний тиск, який змінюється під впливом дихання і судинної пульсації. До 6-річного віку формуються з'єднання між кістками черепа, які залишаються рухомими на все життя. Характер рухів у з'єднаннях черепа залежить від дотичних поверхонь і може бути кутовими (клиноподібно-потилична кістка, ходження-розходження (тім'яні), ковзання одного краю по другому (клиноподібна – лусочка скроневої). Ці рухи здійснюються в межах 15–25 мікрон. Одночасно в рух втягуються дуплікатури твердої мозкової оболонки (серпоподібний відросток головного мозку, намет мозочка) і спинномозкова рідина.

Відсутність рухомості в одному або декількох з'єднаннях може стати причиною ряду клінічних проявів, для усунення яких доцільне застосування мануальної краніотерапії. При зверненні хворі скаржаться на головний біль пульсуючого або тиснучого характеру в лобно-скроневої ділянці, майже постійний біль у потилиці, який посилюється при фізичному навантаженні, оніміння, затерпання рук вночі, підвищену втомлюваність, загальну слабкість, зниження пам'яті, шум у голові.

При дослідженні рухомості кісток черепа центральної вісі за методикою L. Busduet (1985) у всіх хворих виявлено блок у направленні флексії потиличної кістки і в екстензії клиноподібної. Всім проведено мануальну терапію на кістках черепа за допомогою зміщення в сфено-окципітальному напрямі.

Пацієнт лежить на спині. Лікар стоїть з боку голови. Долонею правої руки захоплює потилицю

(вісь руки збігається з віссю тіла пацієнта, пальці направлені до ніг). Ліва рука розташовується зверху на чолі, захопивши великим і третім пальцями великі крила клиноподібної кістки. Під час вдиху правою рукою здійснюємо тиск в каудо-вентральному напрямі, лівою – вентральне. Під час видиху правою рукою тиск дорзо-крапіально, лівою – дорзально.

За час проведення маніпуляції одночасно з появою рухливості в кістках черепа всі пацієнти відмічали зміну характеру головного болю або повне його зникнення, появу легкості, просвітлення в очах. В деяких хворих головний біль після мануальної терапії повністю не минув, хоча його інтенсивність значно зменшилася. Цим хворим була застосована техніка дії на 4-й шлуночок з метою впливу нормалізуючої дії на флюктуацію спинномозкової рідини.

Пацієнт лежить на спині. Лікар стоїть з боку голови. Руки з двох сторін під потилицю назустріч одна одній, утворюючи чашу і тенарами впираються в соскоподібні відростки. На вдиху лікар здійснює поступовий тиск на соскоподібні відростки, на видиху тиск припиняється утримуючи досягнуте положення. На наступному вдиху тиск знову зростає. Так триває протягом декількох хвилин. При цьому потилична кістка втягується у флексію, мозочковий намет натягується і впливає на 4-й шлуночок.

При проведенні цієї техніки всі хворі вказали на появу загального розслаблення, тепла в потиличній ділянці, сповільнення дихання. Після процедури всі хворі міцно засинали і після сну почували себе значно краще.

Роль порушень рухомості кісток черепа у виникненні головного болю підтверджується зменшенням або зникненням їх при деблокуванні кісток черепа і виникнення при рецидиві функціонального блока. Таким чином обґрунтовується доцільність патогенетично направленої мануальної краніотерапії при головних болях різної етіології.