

Т.А. ШИТИКОВ

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

У статті описано клінічну дію мануальних терапевтичних технік (реліз, ППР, краніо-сакральної техніки) у пацієнтів з посттравматичним головним болем. Підтверджено ефективність і безпека мануальнотерапевтичних технік у реабілітації даної групи пацієнтів. Доведений цереброваскулярний ефект на різних стадіях наслідків травм голови, що підтверджує доцільність максимально раннього застосування релізних, міофасціальних та краніо-сакральних технік у реабілітації після травм голови.

Ключові слова: наслідок черепно-мозкової травми, цефалгічний посттравматичний синдром, краніо-сакральні техніки, мануальна терапія.

ВСТУПЛЕНИЕ

Проблема лечения посттравматической головной боли напряжения (ПГБ) является одной из актуальных проблем современной медицины, учитывая частоту травм головы и их отдаленных последствий в современном мире [9,10].

При ПГБ 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, мало оправдано ввиду возможных побочных эффектов. Лечение ПГБ методами МТ должно быть дифференцировано с учетом патобиомеханического и клинического варианта.

Установливаемые визуальным и краниометрическим исследованиями, патобиомеханические варианты ПГБ 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 гемо-ликвородинамики; 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 [1,2,3,6] заложило основу формирования принципиально новых концепций патогенеза ПГБ 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. Основопологающая 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 ПГБ, в которых положено широкое использование методов МТ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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 детям проведено клинические, краниометрические и инструментальные исследования (пульсовая интервалография, термометрия, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоЭГ, бульбарная бимикроскопия, МРТ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У всех пациентов обнаружены различной степени выраженности 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, грудно-поясничной паравerteбральной области, там же - выскальзывание складки Киблера.

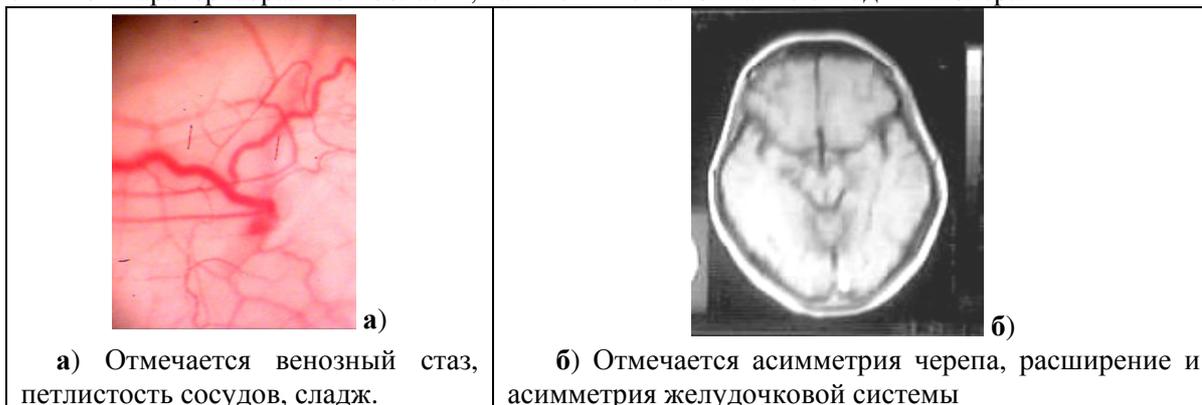


Рис. 1. Бульбарная бимикроскопия и МРТ пациента 19 лет с последствиями ЧМТ.

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 бимикроскопии они визуализировались нарушениями венозного микроциркуляторного русла (извитость венул, стаз, дилатация). Рентгенологические изменения у данной группы больных были скудными: незначительные признаки дегенеративно-дистрофических процессов (гипо- и гипермобильность ПДС С0 – С1, асимметричное положение зуба С2, неравномерность контуров тел позвонков, склероз замыкательных пластинок Th4 – Th5). 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 НМК. Изменения ликвородинамики носили невыраженный характер у всех пациентов. У всех пациентов отмечались различной степени выраженности нарушения миотонического и вегетативного равновесия, преимущественно ваготонического характера (рис. 2).

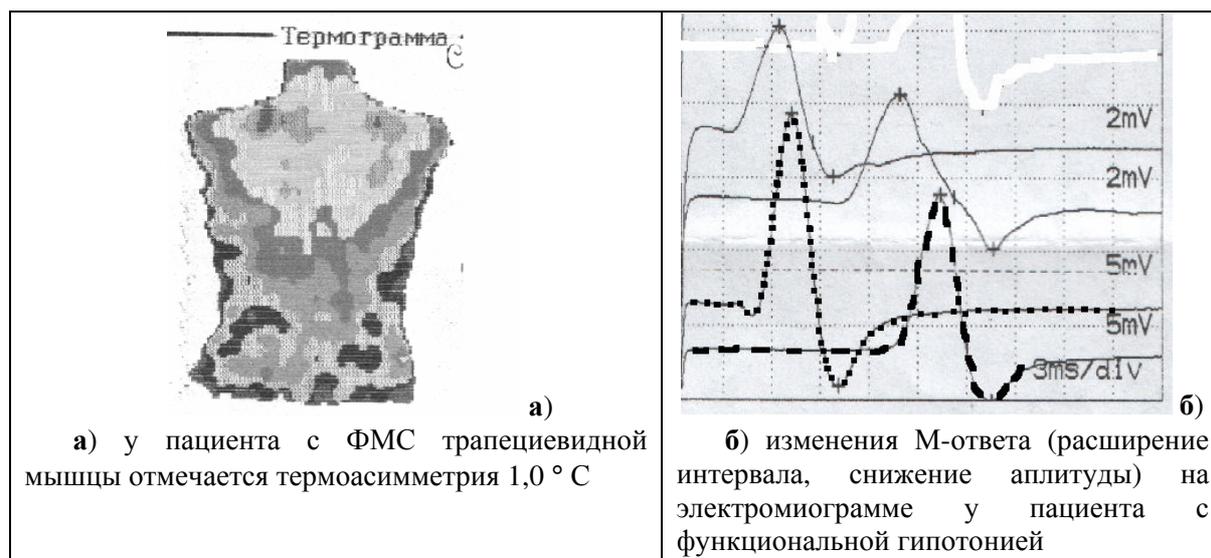


Рис.2. Миодистонические нарушения у пациентов с постравматической цефалгией.

Для реабилитации данной группы пациентов нами применялось комплексное лечение в виде мягкотканых и миофасциальных релизовых и кранио-сакральных техник, постизометрической релаксации, ЛФК. Метод кранио-сакральной 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 приёмов на процедуру. Предварительно проводилась техника релаксации швов черепа по Гихину [4], деторсии твёрдой мозговой оболочки по Сатерляндю [11]. Исключалась терапия вазоактивными, ноотропными, антиагрегантными препаратами.

В лечении использовались: акупрессура в сочетании с постизометрической релаксацией мышц (ПИР) лица и скальпа, шеи, диафрагмы, деторзия 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, местно-трофическое, миорелаксирующее), а с другой - безопасностью при длительном и повторном применении у детей [3].

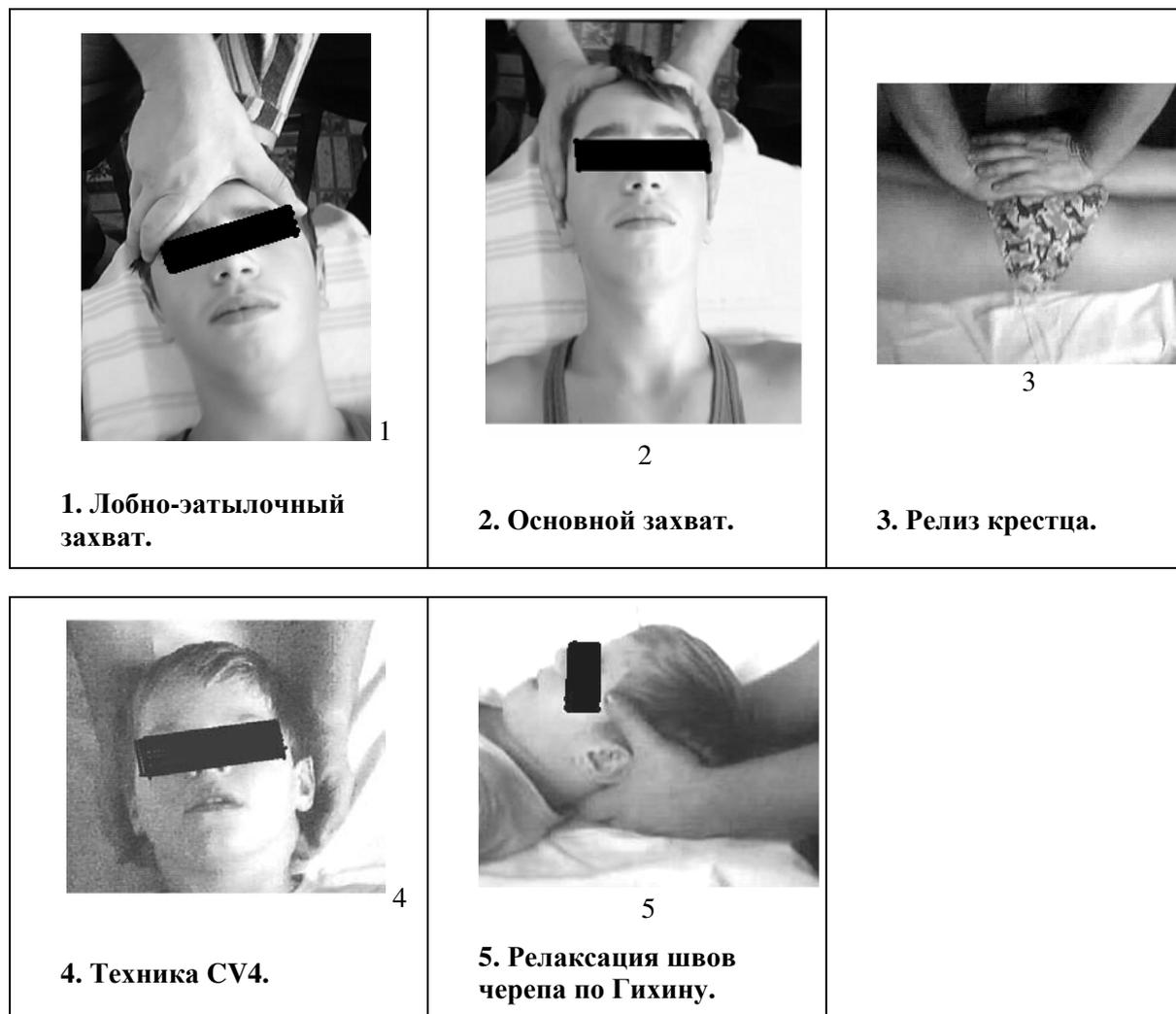


Рис. 3. Лечебные мануальные техники.

У больных с ПГБ наиболее эффективным являлось назначение следующих акупрессурных точек: GI4, GI11, E36, MC5, MC6, TR5, VB41, VB20, VB21, T14, V3, B11, VB13, VB19, T17, T20. Особое значение придавалось минимизации силы раздражающего воздействия на ткани. Приемы МТ применялись соответственно общепринятым правилам (рис. 3).

Для снижения тонического напряжения мышц применялась ПИР, акупрессура. Воздействие осуществлялось на мышцы скальпа, шеи, грудобрюшной диафрагмы и назначалась всем больным с ПГБ параллельно МТ в количестве 6-8 сеансов на курс лечения. При упорном течении ПГБ больных обучали приемам ПИР для самостоятельного проведения процедур в течение дня. Краниальное воздействие оказывалось по методике В. Сатерлэнда 1-3 раза в неделю. Мобилизация швов черепа,

ПДС С0-С2 проводились по остеопатической релизовой технике, на курс 3-6 раз 1-2 раза в неделю, после обязательного инструментального исследования[6,8,11,12].

У всех пациентов получен положительный эффект, который подтвержден клинически и инструментально. Отмечалось уменьшение «краниальной асимметрии», нормализация гемоликвородинамики 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±3,5 % случаев.

Сопоставление результатов лечения показало, что наибольший процент положительного воздействия наблюдался у пациентов с очагами в зоне смежного кровообращения вертебрально-базиллярной системы - 64,2±4.5 % случаев; с очагами в зоне каротидного бассейна – в 28,5±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, длительность 2-4 недели (табл. 1).

Таблица 1. Динамика изучаемых показателей в группе обследованных до и после реабилитации.($p < 0.05$)

Показатели	До	после
Тревожность по тесту Люшера	7,6 ± 0,2	4,7 ± 0,2
Головная боль (по ВАШ)	5,7 ± 0,2	1,0 ± 0,2
Работоспособность по тесту САН	снижена	нормальная
ЧСС, уд/мин.	77 ± 8	64 ± 6
АДС, мм рт. ст.	110 ± 8	120 ± 8
Вегетативное равновесие	ваготония	нормотония
Краниальная асимметрия, коэффициент	> 0,9 ± 0,1	0,9 ± 0,1
Показатели гемоликвородинамики, Δ	> 30%	> 10%

Осложнений при применении мануальных приёмов не было.

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 (рис. 4).

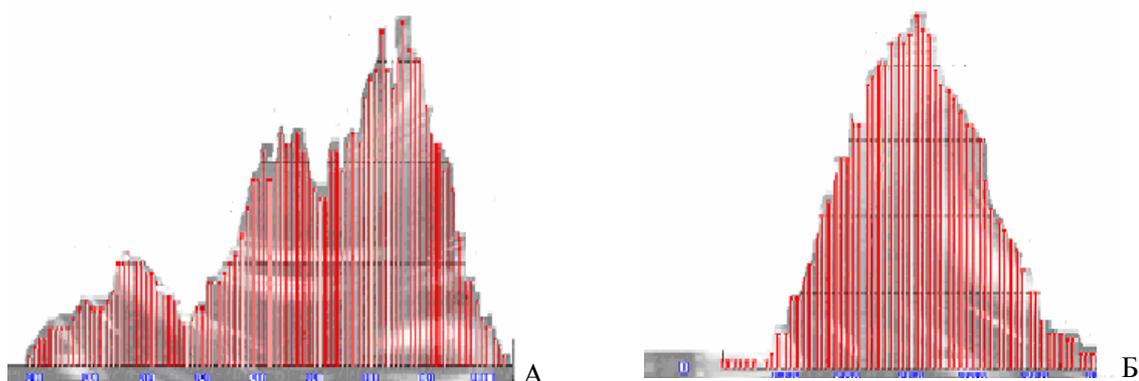


Рис. 4. Гистограмма пульсовой интервалаграфии пациента 22 лет с вегетативной дисфункцией до (А) и после (Б) лечения.

ВЫВОДЫ

1.Рекомендуем шире использовать возможности рефлексотерапии и мануальной терапии при лечении пациентов с данной патологией.

2.Целесообразно применение мануальных методик и использование релізовых кранио-сакральных техник при лечении посттравматических нарушений гемодинамики у спортсменов травмоопасных видов спорта.

3.Техники CV4, V-spread, ПИР эффективны при реабилитации спортсменов с ишемическими НМК; побочные эффекты при их применении отсутствуют.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азарова, Е.К., Балякин, С.А., Манихин, В.В. Краниальная мануальная терапия в восстановительном лечении больных с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы // Бюллетень МПОМТ.-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 патофизиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. – Новокузнецк, 1999. – 115 стр.
4. Гихин Э. Атлас манипуляционных техник для мозгового черепа и лица. – Новокузнецк, 1997. – 120 стр.
5. Исанова В.А. Кинезиотерапия в реабилитации неврологических больных с двигательными нарушениями. – Казань, 1996. – 234 стр.
6. Тревелл Дж., Симонс Д. Миофасциальные боли. /Перевод с англ./ – В 2-х томах. – М., 1989. – 659 стр.
7. Скоромец, А.А., Ахметсафин, А.Н., Баранцевич, Е.Р. Кранио-сакральные 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. Кранио-сакральная мануальная терапия. – М.: Триада-Х, 2007. – 188 стр.
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. Давлетшина, Р.А. Якупов, Г.И. Сафиуллина, Р.Р. Хусайнов // 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.

T.A. SHITIKOV

TO QUESTION OF TREATMENT OF POSTRAMATICHESSKIKH OF HEAD PAINS

Clause is devoted to brief supervision over efficiency of rehabilitation of patients with brain traumatic syndrome. The author used different methods of analysis for diagnostics and dynamic supervision over sportsmen at treatment by various manipulative techniques of physical therapy. It has been found the application of manual therapy and physical techniques in comparison with the methods of Craniosacral Therapy.

Keywords: brain traumatic syndrome, physical rehabilitation, craniosacral therapy, manual therapy.

Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины

Дата поступления: 20.02.2012 г.