ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОПУНКТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОСТЕОПАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ В ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Усупбекова Б.Ш., Мохов Д.Е., Василенко А.М.

Центр восточной медицины и остеопатии (г. Москва),
РНЦ Восстановительной медицины и курортологии (г. Москва),
Санкт-Петербургский государственный университет (г. Санкт-Петербург)

РЕЗЮМЕ

Результаты проведенного исследования показали, что нарушение постурального баланса с изменением состояния фасциальных цепей и мышечного гипертонуса характерные для хронической посттравматической головной боли в затылочной области и шеи, находят отражения в показателях остеопатической диагностики и электропунктурной диагностики. В среднем наблюдается нормализация функционального состояния примерно 91% всех АК при остеопатическом лечении. Статистический анализ показывает четкое наличие соответствия между результатами электропунктурной диагностики у пациентов с хронической посттравматической головной болью в затылочной области и шеи до и после проведения курса остеопатического лечения..

Ключевые слова: *головная боль, остеопатическое лечение, фасциальные цепи, электропунктурная диагностика.*

Головная боль (ГБ) – самый частый симптом черепно-мозговой травмы (ЧМТ) во все периоды заболевания, при разных клинических формах и степени повреждения головного мозга [2]. Хроническая посттравматическая головная боль (ХПТГБ) парадоксально наиболее тяжела и чаще встречается (89–92% случаев) после легких закрытых ЧМТ. Сложность патогенеза и полиморфность клинических проявлений ХПТГБ диктуют необходимость использования интегративных диагностических и терапевтических подходов. Современные инструментальные методы рефлекторной диагностики отвечают требованиям интегральной оценки функционального состояния организма, а также позволяют обнаружить те функциональные системы, коррекция которых в первую очередь необходима на определенном этапе лечения [1]. В настоящее время получены данные о том, что результаты электропунктурной диагностики (ЭПД) могут быть использованы для оценки параметров периферических рефлексогенных зон и воздействии на них с целью регуляции функциональных систем организма пациентов до и после лечения методами рефлексотерапии [5].

Остеопатия, как и рефлексотерапия, базируется на целостном (интегративном) подходе к обследованию и лечению [3, 6]. В отличие от рефлекторной диагностики остеопатическая диагностика (ОД) пользуется в основном психофизическими методами. Одним из видов ОД является объективное обследование постуральной системы пациента по отношению к вертикали Барре со спины, где необходимо найти среднее положение пациента в середине постуральных колебаний ягодичной складки, остистого отростка L3, остистого отростка C7, макушки [4]. Также известно, что любой травматизм будет отражаться на уровне фасций. ОД с использованием фасциальных тестов проводятся мануальным способом. Они позволяют определить различные нарушения в глубине фасций, в так называемых фасциальных цепях [7]. Последние тянутся в буквальном смысле слова от макушки до пальцев ног и связывают между собой оболочки головного и спинного мозга, кости скелета, мышцы и висцеральные структуры, рассредоточивая фасциальные тяги.

Можно предполагать, что объективный метод ЭПД может оказаться полезным при исходном обследовании больных и мониторинге их состояния в процессе остеопатического лечения.

Цель работы состояла в использовании электропунктурной диагностики для оценки эффек-

тивности остеопатического лечения пациентов с хроническими посттравматическими головными болями в затылочной области и шеи.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 28 (59,6%) женщин и 19 (40,4%) мужчин с ХПТГБ в возрасте от 18 до 46 лет (средний возраст 32±0,6 лет).

Средняя продолжительность начала заболевания составила 2,0±0,7 лет. Причинами возникновения легкой закрытой ЧМТ явились: бытовой травматизм (61%), транспортный (31%) и производственный (8%).

Среди многих жалоб пациентов, перенесших легкую закрытую черепно-мозговую травму, доминирующими были жалобы на головные боли в затылочной области и шеи. Каждому пациенту проводили ОД и ЭПД до и после остеопатического лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведение постуральной ОД при помощи вертикали Баре со спины [4] во фронтальной плоскости, до применения курса остеопатического лечения определило наличие нарушений постурального баланса практически у всех пациентов.

Нарушения постурального баланса [3, 4] по типу **В** заключающиеся в смещении в стороны от вертикального отвеса, региона шеи и головы регистрировались у всех пациентов с ХПТГБ. При визуально-пальпаторной диагностике выявлено напряжение шейно-затылочных мышц. При общем фасциальном прослушивании стоя мы констатировали тягу и напряжение в задней, заднее-наружной и передней флексии.

Наиболее часто пациенты жаловались на затылочные головные боли и болезненность мышц шейной области, провоцируемые длительной статической нагрузкой. Нередко боли сопровождались крайне неприятными ощущениями, усиливались при рывковых движениях головой, сотрясении ее во время ходьбы и езды в транспорте.

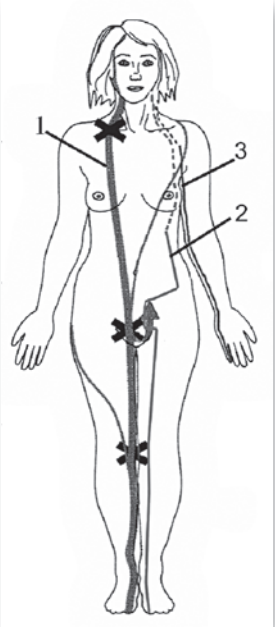

Рис. 1. Топографическое соответствие поверхностной передней фасциальной цепи (1) с АК в LR (2), HT(3).

Результаты ЭПД у пациентов с напряжением шейно-затылочных мышц показали «избыточность» акупунктурных каналов (АК) в HT, TE и «недостаточность» в АК BL, LR. Нужно отметить, что наружный ход АК BL, LR проходящие через шейную область, топографически соответствует поверхностной передней и задней фасциальной цепи [7], идущие к шейно-затылочным мышцам. (рис. 1, 2). По основным законам традиционной восточной медицины ХПТГБ свидетельствует о вовлечение в патологический процесс энергии «холода» – АК BL, «ветра» – АК LR. А путь прохождения АК TE, HT совпадают с задне-латеральной фасциальной цепью на уровне верхней конечности [7], которые также проходят к шейно-затылочным мышцам. (рис. 2). Это свидетельствует о вовлечение в патологический процесс энергии «жара».

Пациентам ХПТГБ с напряжением шейно-затылочных мышц проводилось глобальное фасциальное восстановление передне-заднего равновесия [7]. Оно заключается в согласовании фасций задней и передней частей тела.

Анализируя полученные данные ЭПД, проводили сравнение измеренных значений электрокожного сопротивления точек акупунктуры (ЭКС ТА), которые являются входной информацией для формирования прочих диагностических заключений по методу «Прогноз» [1]. Статистические характеристики ЭКС ТА приведены в таблице 1, где сравнивали асимметрию АК и максимальные значения до и после проведения остеопатического лечения.

Из таблицы 1 видно, что до остеопатического лечения наиболее подвержены асимметрии следующие АК HT, SI, LR. Количество асимметричных каналов по левой стороне 5, по правой стороне 6, то есть, нет четко выраженной зависимости асимметрии у данной группы пациентов. После проведения курса остеопатического лечения асимметрия каналов изменилась. АК, имевшие максимум асимметрии

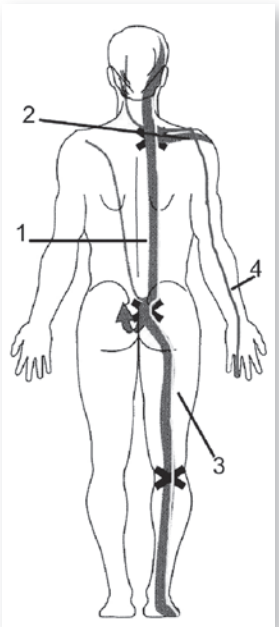

Рис. 2. Топографическое соответствие поверхностной задней (1) и заднее-латеральной фасциальных цепей (2) с АК в BL(3), TE(4).

перешли в разряд с минимальными или средними значениями, а АК LU, LI, KI, BL существенно увеличили значение своей асимметрии, как в абсолютных, так и относительных значениях. Следует отметить, что изменение знака асимметрии произошло в АК PC, HT

Анализ взаимодействий между АК при исследовании их состояния методом ЭПД проводится с помощью коэффициентов корреляции Kendall. Данные результаты помещены в таблицу 2.

В таблице 2 жирным выделены значения коэффициентов корреляции Kendall > 0,456 и серым выделены АК в которых и правые и левые значения АК превышают этот предел. Значения АК до проведения курса остеопати-

Таблица 1

Статистическая характеристика ЭКС ТА группы пациентов с ХПТГБ

акупунктурные каналы	Статистическая оценка ЭКС ТА									
	левая сторона АК, кОм		правая сторона АК, кОм		Разность сторон АК, кОм		Среднее значение АК, кОм		Показатель асимметрии %	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
LU	5028	5216	4978	4525	49	693	5003	4870	1	14
LI	5135	5185	4709	4513	426	672	4922	4849	9	14
PC	5733	5058	5194	5096	539	-39	5464	5077	10	-1
TE	5721	5266	5717	5124	4	142	5719	5195	0	3
HT	6668	4481	5005	4546	1663	-65	5836	4514	28	-1
SI	6127	4536	4988	4271	1139	266	5558	4404	20	6
SP	4668	5578	5034	5178	-366	399	4851	5378	-8	7
LR	4442	4666	3882	4362	559	305	4162	4514	13	7
ST	4985	4542	5501	4671	-516	-129	5243	4607	-10	-3
GB	4603	4172	4747	4655	-144	-483	4675	4414	-3	-11
KI	4188	4451	4681	5458	-494	-1006	4434	4954	-11	-20
BL	4126	4455	4161	5061	-35	-605	4143	4758	-1	-13

Таблица 2

Коэффициенты взаимокорреляции по Kendall измеренных значений ЭПД у пациентов с ХПТГБ

Результаты электропунктурной диагностики после лечения			Результаты электропунктурной диагностики до лечения											
			LU	LI	PC	TE	HT	SI	SP	LR	ST	GB	KI	BL
	LU	лево	1,00	0,45	0,44	0,33	0,41	0,27	0,41	**0,47**	**0,50**	**0,49**	0,30	0,44
		право	1,00	**0,57**	**0,57**	**0,57**	**0,64**	0,33	**0,49**	**0,48**	0,38	**0,57**	0,45	**0,60**
	LI	лево	**0,77**	1,00	**0,71**	0,43	0,33	**0,61**	**0,59**	**0,57**	**0,60**	**0,53**	0,33	**0,53**
		право	**0,65**	1,00	**0,67**	**0,72**	**0,56**	0,44	**0,47**	0,41	**0,54**	0,45	0,45	0,44
	PC	лево	0,28	0,42	1,00	0,39	0,25	**0,48**	**0,63**	**0,71**	**0,71**	**0,57**	0,36	**0,71**
		право	**0,56**	0,44	1,00	**0,59**	**0,56**	0,38	0,27	0,29	0,40	0,36	**0,46**	**0,41**
	TE	лево	0,42	**0,53**	**0,75**	1,00	0,39	0,33	**0,51**	0,22	0,37	0,35	0,33	0,24
		право	**0,63**	**0,48**	**0,51**	1,00	**0,63**	**0,56**	**0,53**	0,39	**0,52**	**0,52**	**0,50**	0,44
	HT	лево	0,27	0,25	**0,62**	**0,56**	1,00	**0,55**	0,42	0,26	0,29	0,41	0,19	0,33
		право	0,42	0,30	**0,57**	**0,67**	1,00	0,41	0,43	0,36	**0,52**	0,40	0,45	0,69
	SI	лево	0,45	**0,52**	**0,60**	**0,58**	**0,55**	1,00	**0,60**	**0,52**	**0,52**	**0,51**	0,31	**0,56**
		право	**0,51**	0,42	**0,63**	**0,70**	**0,71**	1,00	0,45	**0,59**	0,28	**0,55**	0,27	0,38
	SP	лево	0,41	**0,46**	**0,65**	**0,76**	**0,55**	**0,54**	1,00	**0,67**	**0,75**	**0,77**	0,35	**0,58**
		право	0,41	0,41	0,32	**0,52**	**0,57**	0,46	1,00	**0,59**	**0,54**	**0,69**	**0,53**	**0,51**
	LR	лево	0,34	0,42	0,44	0,44	0,34	**0,48**	0,28	1,00	**0,82**	**0,76**	**0,51**	**0,73**
		право	0,36	0,30	0,30	0,34	**0,51**	0,45	**0,59**	1,00	0,25	**0,67**	0,36	**0,47**
	ST	лево	0,30	0,41	0,34	**0,50**	0,28	0,32	**0,50**	**0,49**	1,00	**0,81**	**0,49**	**0,63**
		право	0,23	0,25	0,29	0,21	0,33	0,39	0,44	0,29	1,00	0,36	**0,66**	**0,49**
	GB	лево	0,29	0,37	0,44	**0,54**	0,35	0,43	**0,50**	**0,49**	**0,71**	1,00	**0,60**	**0,55**
		право	0,45	0,32	0,22	**0,49**	0,33	0,31	**0,58**	0,46	0,35	1,00	0,00	0,00
	KI	лево	0,12	0,26	0,40	**0,50**	0,25	0,35	**0,54**	**0,46**	**0,70**	**0,54**	1,00	0,56
		право	0,21	0,21	0,27	0,43	0,47	0,41	**0,61**	0,36	**0,51**	**0,66**	1,00	**0,60**
	BL	лево	0,26	0,31	**0,48**	**0,58**	0,42	**0,46**	**0,59**	**0,48**	**0,63**	**0,78**	**0,57**	1,00
		право	0,37	0,22	0,16	0,45	0,38	0,29	**0,68**	**0,56**	0,31	**0,83**	**0,63**	1,00

ческого лечения находятся над главной диагональю, значения АК после лечения под главной диагональю. Анализируя взаимосвязи АК LU, LI, из таблицы 2 видно, что до проведения курса остеопатического лечения они взаимосвязаны с АК PC, SP, LR, GB, TE, в меньшей степени с АК SI, HT. После курса лечения наблюдаются взаимосвязи с TE, в меньшей степени PC,SI. До проведения курса остеопатического лечения АК KI, BL взаимосвязаны в большей степени с АК ST, SP, PC, LR в меньшей степени с АК HT и SI. После проведения лечения наблюдаются взаимосвязи с АК SP, ST, GB, LR и в меньшей степени взаимосвязь прослеживается с PC,TE. Взаимозависимы АК SP, ST с АК TE, BL, KI, LR, GB до лечения, а после проведения курса лечения с АК HT, TE. Данные результаты перекликаются с классической системой взаимодействия АК по основным законам традиционной восточной медицины.

В результате проведения курса остеопатического лечения отмечалось исчезновение мышечного спазма и значительное улучшение общего состояния у всех пациентов. При повторной ОД после курса лечения, отмечалась нормализация постурального баланса во фронтальной плоскости, расслабление ранее напряженных шейно-затылочных мышц с выраженным уменьшением болевых ощущений. При проведении ЭПД у пациентов наблюдается значимая положительная динамика практически по всем показателям АК. Результаты средних значений измерений ЭПД у пациентов с ХПТГБ до и после курса остеопатического лечения представлены на рис. 3.

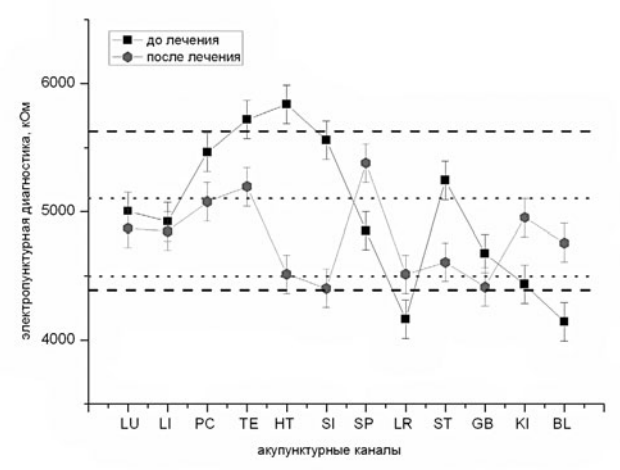

Рис. 3. Иллюстрация положительной динамики показателей ЭПД в процессе остеопатического лечения

Из графика видно, что уменьшилась амплитуда колебания значений ЭПД, что является признаком эффективности проводимых процедур. Количественные результаты представлены в таблице 1.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показали, что нарушение постурального баланса с изменением состояния фасциальных цепей и мышечного гипертонуса характерные для ХПТГБ, находят отражения в показателях ОД и ЭПД. Наиболее отчетливо это проявляется в показателях АК HT, TE, BL, LR. В среднем наблюдается нормализация функционального состояния примерно 91% всех АК при остеопатическом лечении. Статистический анализ показывает четкое наличие соответствия между результатами ЭПД у пациентов с ХПТГБ до и после проведения курса остеопатического лечения. ЭПД являются информативными, простыми, неинвазивными экспресс-методом обследования сложных пациентов с ХПТГБ и могут служить целям мониторинга состояния пациентов в процессе проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко, А.М. Электропунктурная диагностика как метод мониторинга пациентов с головной болью, направленный на повышение эффективности рефлексотерапии / А.М. Василенко, Б.И. Брук, Б.Ш. Усупбекова, А.Л. Розанов. // «Традиционная медицина – 2007» Сборник научных трудов конгресса. – М., 2007. – С. 279–280.

2. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. чл.-корр. РАМН А.М. Вейна. – М.: МЕДпресс, 1999. – 365 с.

3. Мохов, Д.Е. Остеопатическая гравитарная концепция. Мануальная терапия / Д.Е. Мохов. – №2, 2003. – С. 96–97.

4. Мохов, Д.Е. Постурология в остеопатии / Д.Е. Мохов, В.И. Усачев. – СПб, Издательский дом СПбМАПО, 2004.

5. Усупбекова, Б.Ш. Сопоставление результатов пульсовой и электропунктурной диагностики / Б.Ш. Усупбекова, А.Л. Розанов, А.М. Василенко. // Рефлексотерапия. – 2004.-№4(11). – С. 43–52.

6. Bailey, M. Nociceptive considerations in treating with counterstrain / M. Bailey, L. Dick. // J. Am. Osteopath. Assoc., 1992 Mar; 92(3): 334. – P. 337–341.

7. Serge Paoletti. The Fasciae. Anatomy, dysfunction, Treatment. Eastland Press. Seattle, 2006. – С. 314.