

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИШЕМИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Т.А. Шитиков

Медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины (г.Днепропетровск, Украина)

The rehabilitation of patients with brain ischemia syndrome by the methods of manual therapy

T.A. Schitikov

Medical Institute of Traditional and Non-traditional medicine (Dnepropetrovsk, Ukraine)

РЕЗЮМЕ

В статье описано клиническое действие мануальных терапевтических техник у пациентов с посттравматической хронической церебральной ишемией. Подтверждена эффективность и безопасность мануальнотерапевтических техник в реабилитации данной группы пациентов. Доказан терапевтический эффект при различных последствиях травм головы, что подтверждает целесообразность максимально раннего применения релизовых, миофасциальных и нейрорефлекторных, кранисакральных и висцеральных техник в реабилитации после травм головы.

Ключевые слова: последствие черепно-мозговой травмы, вегето-сосудистый синдром, кранио-сакральные техники, мануальная терапия.

RESUME

The brief review of clinical action of manual therapeutic techniques for patients with post traumatic chronic cerebral ischemia is given. The efficacy and safety of manual therapeutic techniques is confirmed for rehabilitation of this group of patients. The therapeutic effect for various consequences of head injury is proved, confirming reasonability of most early use of release, myofascial, neuroreflexory, craniosacral and visceral techniques in rehabilitation of head injuries.

Keywords: consequences of craniocerebral trauma, vegetative vascular syndrome, cranio-sacral technique, manual therapy.

ВВЕДЕНИЕ

Посттравматическая хроническая церебральная ишемия (ХЦИ) определяется как непрогрессирующая недостаточность кровоснабжения головного мозга, которая возникает после черепно-мозговых травм (ЧМТ) и связана с развитием диффузных мелкоочаговых изменений мозговой ткани, обуславливающих нарушение функций головного мозга. Основной патогенетический механизм ХЦИ – ишемия, связанная с гипоксией мозговой ткани, приводящая к многоочаговому или диффузному поражению головного мозга, проявляющемуся комплексом неврологических, гемодинамических, электрофизиологических и нейропсихологических расстройств.

При лечении указанных расстройств в практике отечественного здравоохранения редко прибегают к методикам мануальной медицины (ММ). Между тем данные методики

патогенетически обоснованы с позиций этиопатогенеза ХЦИ и обладают свойствами регуляции компенсаторных возможностей организма. [10, 12, 14]. Принципы ММ базируются на тысячелетнем положительном опыте, не выделяют головной мозг и систему его энергообеспечения из целостного организма, из всей целостной функциональной системы. Это нашло отражение в концепции кранисакрального механизма (КСМ) с позиций которой функционирование мозга имеет тесную связь в непрерывной биомеханической цепи всех взаимоотношений с другими органами и системами. Поэтому сторонники КСМ считают, что в развитии патологии кровообращения и ликвородинамики головного мозга могут принимать участие дисфункции разных систем, прежде всего черепа, позвоночника, грудной клетки, таза, конечностей и внутренних органов [6]. Механизм ликвидации ХЦИ и

Структура групп наблюдения (n = 217)

Дополнительные группы	Методы лечения	Кол-во наблюдений	
ОГ	1	Массаж и миофасциальный релиз	39
	11	Массаж и миофасциальный релиз + вертебральные манипуляции	45
	111	Массаж и миофасциальный релиз + висцеральные манипуляции	39
	1У	Массаж и миофасциальный релиз + вертебральные и висцеральные манипуляции	48
	У	Массаж и миофасциальный релиз + вертебральные и висцеральные манипуляции + кранио-сакральная терапия	46
КГ	фармакотерапия в комплексе с физиотерапией,	62	

восстановления нормального функционирования мозга предусматривает воздействие на вышеуказанные системы через стимуляцию определенных рефлексогенных зон, выбранных на основе правил КСМ. Методы ММ способны внести индивидуальность в лечебную схему и стать тем фактором, который, плавно действуя на механизмы ауторегуляции мозгового кровообращения, способен предоставить ему достаточную саногенетическую инерцию для восстановления утраченной работоспособности. При лечении больных с ХЦИ различные авторы применяли ММ как в виде монотерапии, так и в комбинации с разными методами рефлексотерапии, физиотерапии [8, 11, 12].

Цель работы: обоснование эффективности применения ММ в комплексном восстановительном лечении больных с ХЦИ и определение оптимального алгоритма применения различных мануальных техник.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 279 больных с ХЦИ I и II ст. травматического генеза в возрасте от 14 до 45 лет. Средний возраст пациентов составил 18,9 лет. ЧМТ (спортивная, бытовая, дорожно-транспортная) в анамнезе была у всех пациентов в сроках от 1 месяца до нескольких лет. Из них 217 пациентов основной группы (ОГ) получали мануальнотерапевтическое лечение, а 62 пациента,

принимавших фармакотерапию в комплексе с физиотерапией, составили контрольную группу (КГ).

Для верификации диагноза и объективизации динамики лечения были использованы клиничко-неврологическое исследование, электроэнцефалография, импедансометрия, пульсовая интервалография, нейропсихологическое исследование (шкала тревожности Спилбергера-Ханина, ВАШ, восьмицветный тест Люшера, шкала САН). Больные ОГ получали сеансы ММ (миофасциальный релиз, вертебральные и висцеральные манипуляции, кранио-сакральную терапию) 1 раз в неделю № 5-6 (табл. 1) Обязательно назначалось «домашнее задание» в виде индивидуальных рецептов акупрессуры и нейрорефлекторной гимнастики в течение трех месяцев 2 раза в день.

Пациенты КГ за это время прошли также курс лечения с использованием витаминов, нейротропных, сосудистых препаратов в комплексе с массажем воротниковой зоны, бальнеотерапией, электрофорезом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При клиничко-неврологическом обследовании у больных ОГ и КГ выявлялись цефалгический, вестибулярно-атактический синдромы, когнитивные нарушения, синдром эмоциональной лабильности и вегетативной дисфункции (табл. 2).

Таблица 2

Результаты клиничко-неврологического обследования больных основной (ОГ) и контрольной (КГ) групп

Симптомы	До лечения		После лечения	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ
Уровень тревожности по тесту Люшера	9,1 ± 0,3	9,6 ± 0,2	4,7 ± 0,2	7,5 ± 0,3
Головная боль (по ВАШ)	6,4 ± 0,3	5,7 ± 0,2	2,0 ± 0,2	5,0 ± 0,4
Объемная скорость кровотока, РЭГ	12,2 ± 0,3	11,6 ± 0,3	21,1 ± 0,3	14,5 ± 0,3
Индекс вегетативного равновесия, ИВР	0,12 ± 0,1	0,11 ± 0,2	0,30 ± 0,11	0,15 ± 0,1

Таблица 3

**Динамика сроков лечения, увеличение сроков ремиссии
в основной (ОГ) и контрольной (КГ) группах**

группы	Количество сеансов, сред. раз		Сроки лечения, сред. дней		Сроки ремиссии, средн. мес	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ	ОГ	КГ
	1,6 ± 0,14	нет	4,2 ± 0,11	16,7 ± 0,11	7,8 ± 0,21	2,4 ± 0,1
	1,8 ± 0,11	–	4,5 ± 0,15	17,8 ± 0,12	7,5 ± 0,12	2,3 ± 0,14
	2,8 ± 0,12	–	5,4 ± 0,12	18,9 ± 0,12	6,3 ± 0,1	2,6 ± 0,15
итого	2,65 ± 0,13	–	5,9 ± 0,11	19,9 ± 0,12	6,4 ± 0,2	3,3 ± 0,12

В результате лечения у больных обеих групп была отмечена положительная динамика жалоб и неврологической симптоматики, разной степени выраженности как по клинике так и по срокам, которая подтверждалась данными клинико-инструментальных и нейропсихологических исследований. Субъективно у пациентов уменьшилась выраженность астенических жалоб, существенно улучшилось настроение. Уменьшились также частота и выраженность головной боли, головокружения, шума и звона в голове, улучшилась память, снизилась тревожность, эмоциональная лабильность. Наиболее быстрое и выраженное влияние ММ наблюдалось в ОГ-111,1У, У в психоэмоциональной сфере, что привело к улучшению коммуникативных возможностей пациентов и их социальной адаптации, качества жизни. Несколько меньшим оказалось восстановление функций в ОГ-1,11 и КГ, связанных с очаговыми изменениями головного мозга, что, обусловлено вовлечением механизмов компенсации и является более сложным и длительным процессом.

После проведенного лечения наблюдался рост скоростных характеристик кровотока на 20 % в ОГ (1-111) и на 15 % в КГ по исследуемым артериям в обеих группах в сравнении с исходным уровнем и методами лечения. Положительное влияние проведенной терапии находило отображение в тенденции к нормализации основных ритмов ЭЭГ. У больных обеих групп на фоне проведенного лечения регистрировалось нарастание суммарного спектра альфа-активности (большой частью в лобной

и височных областях), бета-1-активности (преимущественно в центральной области) и бета-2-активности (большой частью в височных и центральных областях). Среднее значение суммарного спектра тета- и дельта-активности снизилось на фоне лечения. Наибольшая динамика регистрировалась в височных, теменных и лобной долях. Средняя величина снижения тета- и дельта-активности была большей в ОГ – 1У, У в сравнении с КГ группой (рис. 2).

Результаты статистической обработки данных показали, что методы ММ оказали положительное влияние как при монотерапии, так и при сочетании, где результаты оказались более выраженными относительно клинического и психоэмоционального статуса, общего клинического состояния.

Наиболее стабильные положительные клинические результаты получены в ОГ-У (у пациентов значительно уменьшилась общая слабость, утомляемость при различных видах нагрузки, головная боль, головокружение, шум в голове), а также изменение сроков восстановления неврологического статуса (умень-

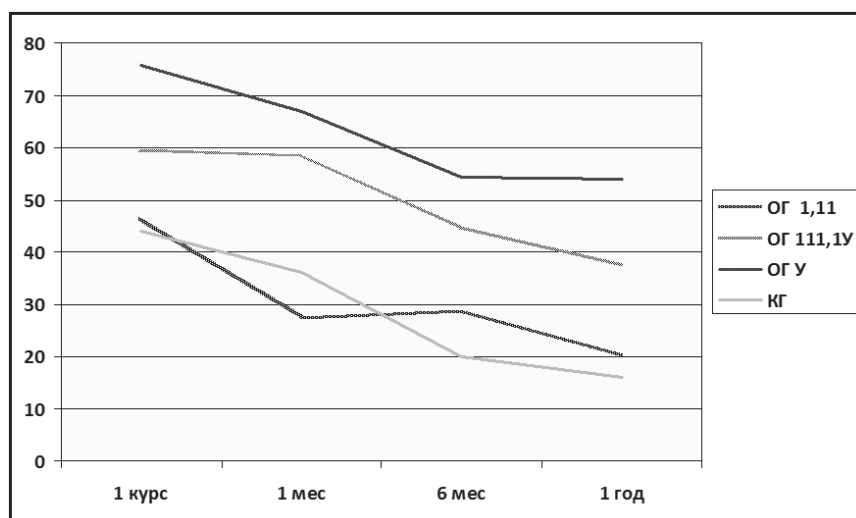


Рис. 2. Динамика положительных результатов в различных группах наблюдения в течение 1 года.

шение координаторных расстройств, выраженности вегетативной дисфункции).

Поведенное лечение имело различную длительность и различные сроки ремиссии (табл. 3).

Таким образом, как свидетельствуют приведенные в таблицах данные, у пациентов с ХЦИ наибольший эффект от ММ наблюдали в случаях комплексного использования различных техник. Так, у 80 % больных ОГ в процессе лечения удалось полностью улучшить самочувствие, настроение, достичь стойкой стабилизации вегетативного равновесия, улучшить когнитивные функции и увеличить трудоспособность, уменьшить ЭЭГ-дизритмию.

ВЫВОДЫ

1. В комплексе восстановительных мероприятий у больных с посттравматической хронической церебральной ишемией I и II ст. целесообразно применять методы ММ.

2. Для повышения эффективности терапии целесообразно проводить курс ММ с включением миофасциальных техник, вертебральных и висцеральных манипуляций, кранио-сакральных техник 1–2 раза в неделю (3–6 процедур), затем в течение 3 месяцев использовать акупрессуру и корригирующую гимнастику в виде «домашнего задания».

3. Включение техник кранио-сакральной и висцеральной мануальной терапии в лечение данной категории пациентов позволяет быстро получать стабильный эффект (нормализация гемодинамики, вегетативного тонуса) без дополнительной фармакологической нагрузки на организм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Л.Ф., Лактионова Н.С. Кранио-сакральная терапия с основами прикладной кинезиологии. Метод пособие. Ч.1,2. – М.: Изд-во РГМУ, 2004. – 150 с.

2. Дроздов С.Н., Щеколова Н.Б. Анализ успешности реабилитационных мероприятий при формировании посттравматической головной боли после легкой черепно-мозговой травмы // Матер. Междунар. дистанционной научно-практ. конф. по спортивной медицине и лечебной физкультуре, посвященной 60-летию Пермского краевого врачебно-физкультурного диспансера. – Пермь, 2011. – С.137–139.

3. Донован Н.А., Чеченин А.Г. Способ лечения отдаленных последствий черепно-мозговой травмы методом краниальной мануальной терапии // IX Всероссийский съезд неврологов. – Ярославль, 2006. – С.570.

4. Москаленко Ю.Е., Кравченко Т.И., Рябчикова Н.А., Вайнштейн Г.Б. Коррекция циркуляторного обеспечения деятельности головного мозга с помощью

краниальной остеопатии // «Кремлевская медицина. Клинический вестник». – 2010. – №4. – С.76–79.

5. Чикуров, Ю.В. Мягкие техники мануальной терапии. – М.: Триада-Х, 2003. – 188 с.

6. Chaitow L., Liebenson C., Chambers G. et al. Muscle Energy Techniques // New York: Churchill Livingstone, 1996. – 153 p.

7. Vople. Brain injury in the premature infant resent advances // Brain and Development. – 2002. – Vol.24, N.6. – P.346.

8. Upledger JE, Vredevoogd JD. Craniosacral Therapy. Chicago: Eastland Press; 1983:11–12.

Адрес автора

К.м.н. Шитиков Т.А., зав. кафедрой традиционной и нетрадиционной медицины, Днепропетровского медицинского института традиционной и нетрадиционной медицины (г. Днепропетровск, Украина).

tshitikov@mail.ru