

УДК 616.74-009.7-085.828

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСТЕОПАТИИ В ТЕРАПИИ ЦЕРВИКОГЕННЫХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

И.В. Шишин<sup>1</sup>, С.В. Новосельцев<sup>2</sup><sup>1</sup> Клиническая больница им. Л.Г. Соколова №122. Санкт-Петербург, Россия<sup>2</sup> Институт остеопатии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Санкт-Петербург, Россия

## OSTEOPATHY EFFICIENCY FOR THERAPY OF CERVICOGENEOUS HEADACHES

I.V. Shishin<sup>1</sup>, S.V. Novoseltsev<sup>2</sup><sup>1</sup> Clinical hospital named after L.G. Sokolov #122. Saint-Petersburg, Russia<sup>2</sup> Osteopathy Institute of North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov. Saint-Petersburg, Russia

### РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты обследования и лечения 62 пациентов с цервикогенной головной болью. Описаны особенности биомеханического статуса данных пациентов. Представлены результаты эффективности остеопатического лечения в сравнении с медикаментозной терапией.

**Ключевые слова:** цервикогенная головная боль, остеопатия, патобиомеханические паттерны.

### SUMMARY

The article presents the results of examination and treatment of 62 patients with cervicogenic headache. It describes peculiarities of the biomechanical status of these patients. The results of the osteopathic treatment efficiency in comparison with drug therapy are given.

**Key words:** cervicogenic headache, osteopathy, pathobiomechanical patterns.

Цервикогенные головные боли (ЦГБ) – неспецифический симптомокомплекс, этиологически и патогенетически связанный с патологией шейного отдела позвоночника. Данный термин впервые был введен в международную практику в 1983 г. O. Sjaastad и соавт. ЦГБ составляют по разным данным 15–20% среди хронических головных болей [26].

Цервикокраниалгия (ЦГБ) обычно начинается с шейного отдела и распространяется в лобно-височную область. Причем в лобно-височной области она бывает такой же силы, а иногда и сильнее, чем в затылочной части головы. Боль чаще характеризуется как умеренная или средняя. Она редко бывает пульсирующего характера. Длительность приступа цервикогенной головной боли весьма вариабельна. Чаще приступ длится несколько часов, но может продолжаться до нескольких недель. У пациентов с нестабильностью верхнешейных и среднешейных ПДС головная боль часто проявляется во время сна.

Появлению ЦГБ в большинстве случаев предшествует длительное вынужденное положение шеи и головы, а также неловкие движения шеи, связанные с переразгибанием или резкой ротацией. Другие провоцирующие факторы – сон в неудобном положении, переохлаждение, сквозняки, стресс. В отличие от других видов головной боли, ЦГБ резистентна к приему анальгетиков. Интенсивность ЦГБ чаще всего оценивается как умеренная. Однако боль может нарастать до резко выраженной – напоминать мигренозный приступ. У 25% пациентов она сопровождается тошнотой, несистемным

головокружением, мельканием мушек перед глазами, но, в отличие от мигрени или кластерной головной боли, эти симптомы не являются доминирующими [1].

ЦГБ может возникать в любом возрасте, наследственной предрасположенности нет, течение преимущественно хроническое. ЦГБ, как правило, страдают женщины (соотношение 4:1), представители «сидячих» профессий, а также те, кому часто приходится запрокидывать голову или трудиться с опущенной головой [1].

С позиций международной классификации головных болей [25], вторичные головные боли возникают как следствие воздействия определенных факторов (черепно-мозговая травма, травма шейного отдела позвоночника, сосудистая патология мозга, опухоли, дисфункции ВНС и т.д.) [12]. В последней версии Международной классификации головных болей (МКГБ) Международного общества головной боли (2003 г.), цервикогенная головная боль относится к подтипу 11.2.1, входящему в рубрику 11.2 (Головная боль, связанная с патологией в области шеи).

Необходимость разработки программ реабилитации для пациентов с ЦГБ общепризнанна, однако пути достижения этой цели пока только обозначаются [1].

Лечение ЦГБ представляет сложную задачу. Это обусловлено прежде всего необходимостью тщательного учета механизмов развития, патологического процесса при различных вариантах ЦГБ, а также дополнительных факторов (цервикогенный, миофасциальный, психалгический и др.), ведущих к возникновению смешанной ГБ, и требует дифференцированной терапии, а не шаблонных схем лечения с применением ограниченного набора фармакологических препаратов [8, 11].

Все большее внимание в последние годы обращается на использование нелекарственных методов лечения. Это обусловлено недостаточной эффективностью фармакотерапии, наличием индивидуальной непереносимости и аллергических реакций, возникновением привыкания к психотропным препаратам и анальгетикам, развитием лекарственно-зависимой ГБ [12]. Для лечения ЦГБ применяют следующие немедикаментозные методы: психотерапию, биологическую обратную связь, постизометрическую релаксацию, физиотерапию и рефлексотерапию [10]. Однако вопросы применения остеопатии и ее роли в терапии ЦГБ у пациентов до сих пор остаются неисследованными.

**Цель исследования:** повышение эффективности диагностики и лечения цервикогенных головных болей у пациентов молодого возраста (25–44 года).

### **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Изучить клинико-функциональные и электрофизиологические особенности пациентов с цервикогенными головными болями.
2. Исследовать динамику клинических и электрофизиологических показателей у пациентов молодого возраста с цервикогенными головными болями в сравнении с различными методами реабилитации.
3. Разработать дифференцированные методики остеопатической реабилитации пациентов молодого возраста, страдающих цервикогенными головными болями, и оценить их эффективность.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для решения поставленных задач в течение 2011–2013 гг. было обследовано 69 человек, обратившихся в Центральную поликлинику Клинической больницы №122 с жалобами на ГБ. При формировании диагноза и в ходе исследования использовались диагностические критерии, рекомендованные международными классификациями ГБ (МКГБ-1, МКГБ-2) (International Headache Society 1988, 2003).

У всех пациентов проведено неврологическое, ортопедическое и специфическое остеопатическое обследование. По показаниям проводилось дополнительное инструментальное исследование: осмотр окулиста, консультации нейрохирурга, ЭЭГ, УЗДГ, МРТ или КТ головного мозга.

Критерии включения: пациенты в возрасте от 25 до 44 лет, предъявляющие жалобы на ГБ и имеющие не менее трех диагностических критериев ЦГБ: преимущественно односторонняя головная боль; приступы боли начинаются с шейно-затылочной области; симптомы болевого сопровождения включают головокружение, неприятные (иногда болевые) ощущения в области шеи, плеча; возможность воспроизведения приступа при механическом воздействии на структуры шеи; мышечно-скелетные дисфункции в шейном отделе позвоночника; гемодинамически значимое снижение скорости кровотока со стороны боли [1].

После проведения скрининга объект исследования составил 62 человека у которых выявлены симптомы ЦГБ, в возрасте от 25 до 44 лет (средний возраст 34,5 лет), предъявлявших жалобы на ГБ самостоятельно или в ходе обследования.

Основную группу составили 32 человека, получавших, исходя из патогенетических представлений о ЦГБ, остеопатические процедуры. В качестве контрольной группы выступали 30 пациентов, которым назначалась общепринятая медикаментозная терапия.

Всем пациентам было проведено комплексное обследование, включающее: клинко-неврологическое, нейрорентгенологическое (краниография, обзорная спондилография шейного отдела позвоночника, компьютерная томография); магнитно-резонансное томографическое (МРТ) и электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ), а также выполнялись транскраниальная доплерография (ТКДГ). В целях проведения дифференциальной диагностики и исключения органических заболеваний нервной системы все пациенты прошли осмотр у офтальмолога. Консультации других специалистов (нейрохирург, психиатр, психолог) проводились по показаниям. Комплексное обследование проводилось до и сразу после завершения программ реабилитации (один-два месяца в основной группе).

Все включенные в исследование пациенты контрольной группы получали стандартное медикаментозное лечение, включавшее в себя нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП (нимесулид, торговое название «Нимесил»), стимулирующее (ноотропил, пантогам, церебролизин, кортексин, актовегин, витамины группы В), сосудистое (ницерголин, винпоцетин, стандартизованные препараты гинкго билоба и др.), антигипоксанты (актовегин), при венозной дисгемии – венотонизирующие препараты. Подбор препаратов и их доз осуществлялся индивидуально, в зависимости от состояния пациента, но по общепринятым методикам. Лечение назначалось и контролировалось неврологом один раз в месяц в амбулаторных условиях.

Эффективность программ реабилитации с использованием методов остеопатии оценивалась по следующим параметрам: субъективная оценка пациента (изменения характера жалоб), динамика клинических симптомов; динамика результатов остеопатического тестирования и функциональных показателей по данным ЭЭГ, ТКДГ, рентгенологического обследования, МРТ. В обобщенном виде результаты различных программ реабилитации оценивались по пятибалльной шкале следующим образом: при «клиническом выздоровлении» выставляли 5 баллов, «значительном улучшении» – 4 балла, «улучшении» – 3 балла, «без изменений» – 2 балла, «ухудшении» – 1 балл.

Клинко-неврологический метод включал в себя оценку анамнестических данных и неврологического статуса и осуществлялся по общепринятым в неврологии правилам с учетом возрастных особенностей [6].

Интенсивность болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) с градуировкой шкалы от 0 до 10. Согласно общепринятому стандарту, снижение уровня боли на 1,5–2,0 балла считается минимальным, на 3,0 – умеренным, на 5,0 и более – существенным.

В неврологическом статусе обращалось внимание на общее состояние больного, функции черепных нервов, фиксировались даже минимальные изменения в двигательной и чувствительной сфере, в выполнении статических и координационных проб, оценивался уровень психомоторного и интеллектуального развития.

При выполнении офтальмологического исследования оценивалась острота зрения, отмечалось состояние дисков зрительных нервов, выявлялись возможные изменения поля зрения.

На обзорных спондилограммах ШОП (переднезадняя и боковая проекция), выполненных аппаратом «МТЛ», анализировались структура позвонков, межпозвонковых дисков и дуг позвонков, отмечались симметричность расположения зубовидного отростка второго шейного позвонка, сохранность вертикальной оси данного отдела позвоночника и характерных физиологических изгибов. При подозрении на врожденную патологию выполнялась КТ шейного отдела позвоночника и дополнительные спондилограммы с функциональными нагрузками [3, 4, 14, 18].

Исследование церебрального кровотока проводилось методом ТКДГ по общепринятой методике [7, 23]. Степени нарушений кровотока определяли по асимметрии между внутримозговыми артериями.

Посредством остеопатического тестирования уточнялся характер патобиомеханических нарушений в области краниоцервикального перехода, краниосакральной системы и организма в целом.

В качестве стандарта описания методик КСТ применялись понятийные и терминологические характеристики, соответствующие международным стандартам в области остеопатии [27]. На основании современных представлений и согласно задачам исследования подбирали различные остеопатические методики для решения следующих лечебных задач:

- улучшение или оптимизация биомеханического паттерна в суставах мозгового, лицевого черепа, крестца и ШОП [21, 22];
- уменьшение или нормализация патологического напряжения в структурах, образующих мембраны взаимного натяжения (твердая мозговая оболочка, фасции и др.) [9, 16];
- улучшение или нормализация гемо- и ликвородинамики, особенно венозного оттока [2, 16];
- ликвидация патобиомеханических нарушений, влияющих на функции черепных нервов [16, 17, 21];
- нормализация или улучшение структуры медленных волновых колебаний, связанных с краниосакральным ритмом [13];
- устранение или уменьшение последствий постуральных дисфункций [17, 21];
- устранение нарушений мобильности и мотильности висцеральных органов, оказывающих влияние на ПДМ [24].

При назначении остеопатического лечения учитывалось наличие общих противопоказаний к применению методов мануальной терапии и остеопатии [20].

В исследовании применялись следующие остеопатические методики:

1. Освобождение крестца.
2. Коррекция костей таза, голеностопных суставов и суставов стоп.
3. Коррекция брыжейки тонкой кишки (депо крови).
4. Коррекция торакоабдоминальной диафрагмы.
5. Если присутствовало влияние на ПДМ висцеральных органов, коррекция их мобильности и мотильности (печень, желудок, перикард, легкие и пр.)
6. Коррекция верхней апертуры.
7. Декомпрессия С0–С1.
8. Коррекция дисфункций С0–С1–С2 и других шейных и верхнегрудных позвонков (Th1–Th4).
9. Коррекция яремного и большого затылочного отверстий.
10. Коррекция дисфункций ВНЧС.
11. Техника дренажа венозных синусов.
12. Мембранозное уравнивание черепа и уравнивание затылок–крестец [17].

В целом, группа включенных в исследование пациентов по полу, возрасту и основным клиническим характеристикам соответствовала критериям репрезентативной выборки [19].

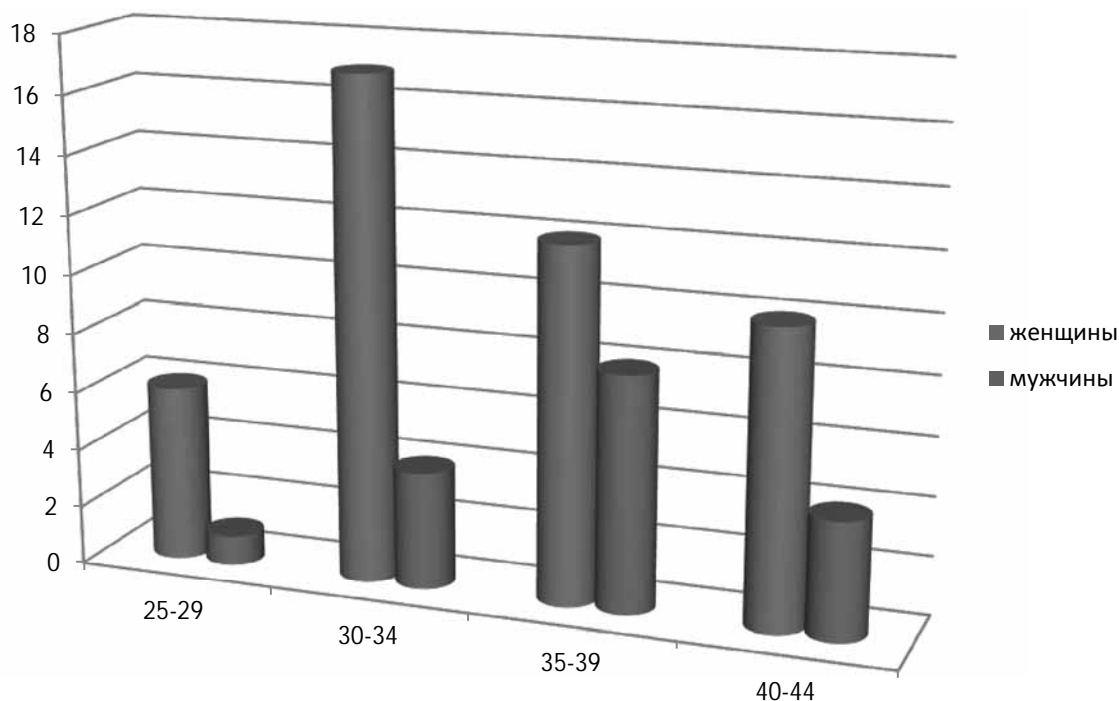


Рис. 1. Распределение обследованных пациентов по полу и возрасту

Наиболее характерными жалобами, предъявляемыми пациентами, включенными в исследование, являлись: эпизодические или хронические ГБ различной локализации и характера (100%), симптомы вегетативных расстройств (66,1%), нарушения в эмоциональной сфере (раздражительность, неустойчивость настроения и пр. – 72,6%), кратковременные эпизоды угнетения настроения (подавленность, замкнутость – 54,8%), ухудшение памяти и внимания (82,2%).

Нечастая эпизодическая ЦГБ, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц, диагностирована у 34 человек (54,8%). Частая эпизодическая ЦГБ, сочетающаяся с напряжением перикраниальных мышц, наблюдалась у 19 человек (30,7%). Хроническая ЦГБ диагностирована у 9 (14,5%) пациентов.

У 15 пациентов (24,2%) было диагностировано несколько подтипов ГБ, у 4 пациентов (6,4%) – мигрень, у 11 человек (17,7%) – ГБН.

Чаще всего у 44 человек (80%) ГБ имела одностороннюю локализацию, сжимающий (давящий) характер, при легкой или умеренной интенсивности (в среднем 4,5 у.е. по ВАШ).

У 37 человек (59,7%) ГБ мигрировала от затылочной к лобной области, и тогда характер жалоб напоминал симптомы одетой «каска» или «шлема». В 30,6% наблюдений ГБ усиливалась при поворотах головы, шеи, кашле и чихании. У 5 человек (8%) приступы ГБ сопровождались двоением перед глазами, шаткостью походки и синкопальными состояниями.

Существенных и достоверных отличий между мужчинами и женщинами по клиническим проявлениям ГБ выявить не удалось, кроме различий в вегетативных реакциях при эпизодах ГБ.

Почти у половины пациентов (46,8%) эпизоды ГБ наблюдали с частотой 1–2 раза в неделю, при легких и умеренных болевых ощущениях. У 33,9% пациентов ГБ требовала приема анальгетических препаратов.

Основными причинами, провоцирующими эпизоды возникновения ГБ, были: психоэмоциональная нагрузка, физическая нагрузка и изменения погоды. Только 17,7% пациентов указывали на нарушения сна, как одну из причин возникновения ГБ. Возникновение ГБ одинаково часто наблюдалось как в первой половине дня, так и в вечернее время.

По данным неврологического обследования выделяли различные синдромы, которые прямо и косвенно влияли на возникновение нарушений кровообращения в вертебробазилярной области: астеноневротический (64,5%), вестибуломозжечковый (58,1%), кохлеовестибулярный (29%).

По данным рентгенологического обследования, у большинства пациентов обнаружены патологические изменения в ШОП (табл.1)

Таблица 1

**ДАННЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

<i>Синдромы</i>	<i>Частота встречаемости, %</i>
Подвывихи в боковых и передних суставах С1–С2	56,5
Подвывихи в сочленении С1 с суставными отростками затылочной кости	62,5
Признаки остехондроза костных анатомических структур в ШОП	80,7
Признаки нестабильности позвонков в ШОП	40,3
Сглаженность лордоза	22,6

Клинический осмотр, пальпация и функциональное тестирование с целью определения ротационного подвывиха атланта выявили наличие нарушений анатомического взаиморасположения в сочленении С1 с суставными отростками затылочной кости у 100,0% пациентов основной группы.

При анализе результатов остеопатического исследования, распределение выявленных патобиомеханических нарушений в позвоночно-двигательных сегментах цервикальной области было следующим (табл. 2).

Таблица 2

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ В ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТАХ ПО ДАННЫМ ОСТЕПАТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

<i>Локализация нарушений в ПДС</i>	<i>Частота встречаемости, %</i>
С0–С1	100,0
С1–С2	62,5
С2–С5	31,3
С5–С7	43,8
С7–Th1	37,5

При остеопатическом осмотре с использованием специальных приемов обследования были выявлены нарушения функционирования краниосакральной системы. Проявлялись эти нарушения в виде компрессии сфенобазиллярного синхондроза (СБС), торсии или бокового наклона с ротацией (SBR). При этом зачастую после устранения компрессии СБС (в основной группе) обнаруживался какой-либо другой паттерн в СБС [15] (табл. 3). Все обследованные имели компрессию на уровне С0–С1, что подтверждает уязвимость краниовертебрального перехода и может приводить к возникновению гемодинамических расстройств [5, 7].

Таблица 3

**ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПО ДАННЫМ ОСТЕОПАТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ**

<i>Патобиомеханические паттерны</i>	<i>Основная группа, % (n=32)</i>	<i>Контрольная группа, % (n=30)</i>
Компрессия сфенобазиллярного синхондроза	53,1	46,7
Торсия в СБС	40,6	30
Боковой наклон с ротацией в СБС	31,3	23,3
Компрессия С0–С1	100	100
Компрессия крестца	43,7	50

Кроме того, с помощью остеопатической диагностики было оценено влияние различных патобиомеханических паттернов, таких как: дисфункции голеностопных суставов, ВНЧС, висцеральных органов (в первую очередь печени, желудка, перикарда) на функционирование краниосакральной системы и ШОП. В результате было выявлено, что состояние голеностопных суставов оказывает влияние на биомеханику таза, крестца, затылочной кости (восходящая дисфункция в постурологии). Дисфункции ВНЧС влияют на биомеханику затылочной кости, С1, крестца, таза и суставов нижних конечностей (нисходящая дисфункция). Нарушение мобильности и мотильности висцеральных органов (в первую очередь печени, желудка, перикарда) оказывает влияние на функционирование СБС, а также на подвижность С6, С7, Th2–Th4 (перикард). Это говорит о том, что данные дисфункции могут принимать участие в механизме формирования ЦГБ.

У обследованных пациентов при проведении ТКДГ были выявлены следующие характерные изменения: а) наличие достоверного снижения скорости кровотока в одной и обеих позвоночных артериях; признаки компрессии одной или обеих позвоночных артерий в среднем положении головы и/или при поворотах; б) асимметрия кровотока во внутримозговых артериях: средних, передних и задних мозговых, а также снижение скорости, либо повышение скорости кровотока, отличное от норм; в) нарушения венозного оттока.

Выделено несколько вариантов нарушения венозного оттока:

1. Вследствие недостатка артериального притока по ПА и недостаточных компенсаторных механизмов возникает относительная ишемия в одной гемисфере. При недостатке артериальной крови, чтобы не было разницы гидростатического давления между гемисферами, появляется избыток венозной. Давление в венозном русле повышается. Этот вариант венозного застоя является компенсаторным. Клинически протекает наименее тяжело и проявляется головными болями, слабостью, быстрой утомляемостью. При ТКДГ кроме снижения кровотока в позвоночной артерии наблюдается усиление венозного оттока умеренной или выраженной степени, чаще на стороне поврежденной позвоночной артерии [2].

2. При травмах головы происходит патологическое смещение костей черепа, что вызывает сужение просвета венозных синусов и яремных отверстий, а следовательно и яремных вен. Результатом, является затруднение венозного оттока с повышением давления во внутричерепной венозной системе. Этот вариант дизгемии принят остеопатической медициной за патофизиологическую основу.

3. Вариант нейросоматический. Повышение давления в грудной и брюшной полостях при избыточном весе, напряжении диафрагмы и висцеральных органов ведет к системному повышению

венозного давления. Это затрудняет отток крови от головного мозга по ярёмным венам в верхнюю полую вену.

Исследование биоэлектрической активности мозга у пациентов с ЦГБ обнаружило достаточно широкий спектр функциональных нарушений (табл. 4).

Таблица 4

**ДАННЫЕ ЭЭГ У ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

<i>Данные ЭЭГ</i>	<i>Частота встречаемости, %</i>
Снижение порогов судорожной готовности	33,9
Нарушения реакции усвоения ритма	22,6
Появление высокоамплитудных медленных (дельта) волн	16,1
Возникновение при функциональных пробах (гипервентиляция, фотостимуляция) пароксизмальных разрядов	30,6

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Частота встречаемости патологических биомеханических паттернов по данным остеопатического тестирования после проведения курса остеопатии достоверно снизилась. При этом эффективность курса остеопатии оказалась достоверно выше, чем курс медикаментозной терапии (табл. 5).

Таблица 5

**ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ ПОСЛЕ КУРСА ОСТЕОПАТИИ И ПОСЛЕ КУРСА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**

<i>Патобиомеханические паттерны</i>	<i>После курса остеопатии, % (n=32)</i>	<i>После курса медикаментов, % (n=30)</i>
Компрессия СБС	0 <sup>*А</sup>	40,0
Смещения затылочной кости	0 <sup>*А</sup>	53,3
Компрессия С0-С1	6,3 <sup>*А</sup>	50,0 <sup>**</sup>
Компрессия крестца	3,1 <sup>*А</sup>	46,7
Смещения шейных позвонков	3,1 <sup>*А</sup>	53,3

Различия достоверны по сравнению с исходными значениями: \* (p<0,001); \*\* (p<0,05); <sup>А</sup> – различия достоверны между группами (p<0,001).

Достаточно высокие результаты эффективности остеопатических методик можно объяснить как выраженным воздействием методики на регуляторные системы организма в целом, так и необходимостью выполнения подготовительных техник (декомпрессия крестца, освобождение диафрагмы, С0–С1, техники Митчелла на 1 ребре) для успешного проведения техники «дренаж венозных синусов».



При оценке эффективности отдельных процедур методом ТКДГ в основной группе у 62,5% пациентов отмечали положительные изменения в бассейне каротидных артерий, вертебрально-базиллярном бассейне, достоверно снижалась выраженность нарушений венозного оттока; у 40,6% обследованных пациентов уменьшались проявления асимметричности гемодинамики. Положительная динамика показателей ТКДГ коррелировала с данными ЭЭГ ( $r = 0,35$ ;  $p < 0,05$ ).

Наиболее постоянным и демонстративным феноменом, характеризующим положительный эффект остеопатии, является нормализация фронтоокипитальных системных отношений по данным ЭЭГ (табл. 6).

Результаты исследования ЭЭГ показывают, что под влиянием остеопатического лечения происходят комплексные перестройки в сторону оптимизации интегративной деятельности мозга. Это, очевидно, и является одним из ведущих нейрофизиологических механизмов, запускающим процессы саногенеза.

Таблица 6

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ПО ДАННЫМ ЭЭГ

Группа	До лечения			После лечения		
	I	II	III	I	II	III
Остеопатия (n=32)	39,0±2,3	15,9±2,1	9,9±1,3	35,7±3,0	18,2±2,6	10,9±1,3
Контроль (n=30)	38,0±3,3	20,1±2,4	12,1±1,5	38,5±4,0	22,6±3,0	11,3±1,3

Таким образом, в процессе остеопатической реабилитации происходят комплексные перестройки в сторону оптимизации всех трех интегративных систем мозга.

По окончании двухмесячной программы реабилитации у 93,7% пациентов основной группы отмечали стойкие положительные клиничко-функциональные изменения (уменьшение числа жалоб, снижение частоты и тяжести эпизодов ГБ, улучшение показателей функциональных исследований).

Балльная оценка эффективности выявила, что в большинстве случаев в основной группе был достигнут достоверный ( $p < 0,001$ ) положительный терапевтический эффект, по сравнению с контрольной группой (табл. 7).

Таблица 7

### БАЛЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ

Группа	Балльная оценка эффективности, %				
	5	4	3	2	1
Основная (n=32)	37,5	40,6	15,6	6,3	0
Контроль (n=30)	26,7	33,3	16,7	20,0	3,3

### ВЫВОДЫ

1. В результате работы нами были изучены клиничко-функциональные и электрофизиологические особенности пациентов молодого возраста с цервикогенными головными болями.

2. Была исследована динамика клинических и электрофизиологических показателей у пациентов молодого возраста с цервикогенными головными болями под влиянием различных методов реабилитации. При оценке эффективности остеопатических процедур у 78,1% пациентов отмечали положительные изменения в бассейне каротидных артерий, вертебрально-базиллярном бассейне,

достоверно снижалась выраженность нарушений венозного оттока. У 50,0% обследованных уменьшались проявления асимметричности гемодинамики. Результаты исследования ЭЭГ показывают, что под влиянием остеопатического лечения происходят комплексные перестройки в сторону оптимизации интегративной деятельности мозга. В результате остеопатической реабилитации у 81,3% пациентов основной группы отмечали стойкие положительные клинико-функциональные изменения.

3. Были разработаны дифференцированные методики остеопатической реабилитации у больных молодого возраста, страдающих цервикогенными головными болями, и оценена их эффективность. Оценка результатов программы остеопатической реабилитации по балльной шкале показала, что в основной группе был достигнут достоверный ( $p < 0,001$ ) положительный терапевтический эффект по сравнению с контрольной группой. Следовательно, апробированные остеопатические методики могут быть рекомендованы для использования в реабилитационных программах у больных молодого возраста, страдающих цервикогенными головными болями.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Анацкая, Л.Н. Цервикогенная головная боль [Текст] / Л.Н. Анацкая, В.К. Забаровский // Медицинский вестник. Все о медицине Беларуси. – 2009. – №41 октябрь.
2. Андрианов, В.Л. Влияние остеопатической терапии на состояние церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга [Текст] / В.Л. Андрианов, Н.И. Беспала, А.В. Уханов // Тезисы первого съезда мануальных терапевтов России 25–26 ноября 1999 г. – М. : МЗ РФ, Центр мануальной терапии МЗ РФ. – С. 99–101.
3. Беляков, В.В. Рентгенологические критерии, отражающие клиническую манифестацию спондилогенных рефлекторных и компрессионных синдромов [Текст] / В.В. Беляков, В.В. Смирнов, Н.П. Елисеев // Мануальная терапия. – 2005. – № 2. – С. 97.
4. Беляков, В.В. Рентгенофункциональные и рентгеноморфологические нарушения при рефлекторных и компрессионных спондилогенных синдромах [Текст] / В.В. Беляков, В.В. Смирнов, Н.П. Елисеев // Мануальная терапия. – 2005. – № 2. – С. 95–96.
5. Вайнштейн, Г.Б. Информационная значимость сопряжения скоростных и объемных показателей внутричерепной гемо- и ликвородинамики в оценке результатов остеопатического лечения [Текст] / Г.Б. Вайнштейн, Т.И. Кравченко, Ю.Е. Москаленко и др. // Фундаментальные основы остеопатии : Материалы 2 Междунар. симп. – СПб., 2000. – С. 5–6.
6. Воробьева, О.В. Посттравматические головные боли [Текст] / О.В. Воробьева, А.М. Вейн // Консилиум. – 1999. – № 2. – С. 73–75.
7. Гайдар, Б.В. Практическое руководство по транскраниальной доплерографии [Текст] / Б.В. Гайдар, В.Е. Парфенов, Д.В. Свистов. – СПб. : ВМА, 1995. – 180 с.
8. Головная боль: диагностический алгоритм с миниатласом [Текст] // Consilium medicum. – 1999. – Том 1, № 2. – С. 52–54. (Комментарии к диагностическому алгоритму там же. С. 55–59.)
9. Егорова, И.А. Краниальная остеопатия [Текст] / И.А. Егорова // СПбМАПО-2006.
10. Забаровский, В.К. Мануальная терапия в диагностике и лечении хронической цервикогенной головной боли [Текст] / В.К. Забаровский, Л.Н. Анацкая // Мануальная терапия. – 2005. – №2. – С. 15–16.
11. Кисель, С.А. Диагностика и клиническая характеристика цервикогенных головных болей [Текст] / С.А. Кисель, В.В. Алексеев, Н.Н. Яхно // Тезисы Российской научно-практической конференции «Патологическая боль». – Новосибирск, 1999. – С. 63–64.
12. Колосова, О.А. Головные боли [Текст] / О.А. Колосова, А.М. Вейн // Consilium medicum (неврология и ревматология). – 2000. – Том 2, №12. – С. 499–501.
13. Кравченко, Т.И. Принципы мониторинга остеопатического лечения [Текст] / Т.И. Кравченко // Фундаментальные основы остеопатии : материалы Всероссийск. симп. – СПб., 1998. – С. 10–11.
14. Михайлов, М.К. Аномалии развития краниовертебральной зоны у детей, подростков и взрослых [Текст] / М.К. Михайлов // Казан. мед. журн. – 1991. – № 4. – С. 303–306.
15. Москаленко, Ю.Е. О периодической подвижности костей черепа у человека [Текст] / Ю.Е. Москаленко, Т.И. Кравченко, Б.В. Гайдар и др. // Физиол.чел. – 1999. – Т 25, № 1. – С. 78–86.

16. Новосельцев, С.В. Введение в остеопатию. Краниодиагностика и техники коррекции [Текст] / С.В. Новосельцев. – СПб. : Фолиант, 2007. – 335 с.
17. Новосельцев С.В. Введение в остеопатию. Частная краниальная остеопатия [Текст] / С.В. Новосельцев. – СПб. : Фолиант, 2009. – 330 с.
18. Ратнер, А.Ю. Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы [Текст] / А.Ю. Ратнер. – Казань : Изд. Казан. ун-та, 1990. – 3-15, 307 с.
19. Сергиенко, В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях [Текст] / В.И. Сергиенко, И.Б. Бондарева. – М. : Гэотар, Медицина, 2000. – 256 с.
20. Скоромец, А.А. Методы краниосакральной мануальной терапии (osteopatii) в диагностике и лечении больных с посттравматической внутричерепной гипертензией [Текст] / А.А. Скоромец, Т.Н. Кравченко, Е.Р. Баранцевич, М.Д. Дидур. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 20 с.
21. Чикуров, Ю.В. Краниосакральная терапия [Текст] / Ю.В. Чикуров. – М. : Триада-Х, 2004. – 137 с.
22. Чокашвили, В.Г. Диагностика и этиопатогенетическое лечение краниосакральной патологии [Текст] / В.Г. Чокашвили, В.И. Садофьева. – СПб. : «Ольга», 2001. – 128 с.
23. Шахнович, А.Р. Диагностика нарушений мозгового кровообращения. Транскраниальная доплерография [Текст] / А.Р.Шахнович, В.А. Шахнович. – М., 1996. – 446 с.
24. Barral, J.-P. Visceral manipulation. – Seattle Eastland Press, 1998.
25. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial: neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the IHS // Cephalalgia. – 1988. – V. 8, Suppl: 7. P. 1–96.
26. Sjaastad ,O., Fredriksen, T., Pfaffenrath, V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group. Headache 1998b; 38 (6): 442–5.
27. Stoddard, A. Manual of osteopathic techniques. – London : Hutchinson, 1959. – 275 p.