

Литература

1. Кузнецова О.Ю. // *Российский семейный врач*. — 2001. - №4. - С. 28-31.
2. Лысова А.В. *Насилие в семье. Основные теоретические проблемы. Введение*. — Владивосток : Изд-во Дальневосточного ун-та, 2001.
3. *Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире* // Круг Э.Г., Дальберг Л.Л., Мерси Д.А. и др. — Женева : Весь мир, 2003.
4. *Окно в русскую частную жизнь. Супружеские пары в 1996 г.* // Римашиевская Н., Ванной Д., Малышева М. и др. — М.: Academia, 1999.
5. *Опыт и стандарты, используемые в международной практике, по вопросам защиты женщин от насилия* — Москва, Россия.
6. *Speaking Up*. — <http://endabuse.org> [Электронный ресурс]. - 2004. - Vol. 10, Issue 7.
7. Varvaro F.F., Gesmond S. // *J. Emerg. Nurs.* — 1997. — Vol. 23.-P. 17-22.
8. *Violence Issues for Health Care Educators and Providers* / Hamberger L. K., Burge S.K., Grabam A.V. and al. — New York: The Haworth Maltreatment & Trauma Press, 1997.

Поступила в редакцию 30.05.05.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 2, p. 46-50.

УДК 616.857-085.82-053.2

А.М. Ларионов

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: головная боль, дети, мануальная терапия.

Головная боль является одной из самых распространенных жалоб, с которыми больные обращаются к врачу практически любой специальности. Проблема головной боли является мультидисциплинарной, ибо эта боль может быть не только симптомом патологических процессов, локализующихся в области головы, но и проявлением многих соматических и психогенных заболеваний.

Существует около 40 классификаций головной боли. В отечественной литературе подразделение ее вариантов идет по трем основным направлениям:

- 1) *боль при органических заболеваниях головного мозга или ликвородинамических нарушениях,*
- 2) *сосудистые боли (мигренозного или немигренозного характера),*
- 3) *психогенные боли.*

Наибольшее распространение в популяции имеет так называемая головная боль напряжения (син.: головная боль мышечного напряжения, психомио-

MEDICAL PROFESSIONALS READINESS TO PROVIDE SERVICES FOR BATTERED WOMEN

A.N. Gorsheev, E.B. Krivelevich, N. V. Lokhmatkina, Y.K. Pospelov

Vladivostok State Medical University, FERMC — Far Eastern Regional Medical Center (Vladivostok)

Summary — The purpose of this study was to determine the response of the FERMC staff to domestic violence (DV) and an educational program on DV against women. An exploratory descriptive study with a two-group design was used. The sample consisted of 93 physicians and 93 nurses from four departments of FERMC. 100% of the FERMC staff had no previous training on DV against women. The instruments used included Importance of Training Topics for DV Questionnaire, Inventory of Beliefs about Wife Beating, and Self-Efficacy Scale for Battered Women-Professional Version. Topics on DV against women that the FERMC staff rated as important for training were awareness of the problem, referrals as intervention, references resources, and legal aspects of DV. The major conclusions of the study were following: 1) the staff had the positive response to training on DV against women; 2) the FERMC staff (both physicians and nurses) was similar in their beliefs that there was no justification for DV against women, that women did not gain from beating, and that help should be given to women who are abused; 3) medical professionals in both groups had a moderate and a high self-efficacy believe about battered women. The study underscored the need for continuing education for physicians and nurses on DV.

генная, психогенная, стрессорная, миалгическая). Она характеризуется напряжением мышц скальпа и своеобразной клинической картиной — боль монотонная, симметричная, умеренная, сдавливающая, длительная [3, 6, 7]. Эта форма головной боли, как правило, наблюдается у лиц, деятельность которых сопряжена с длительной концентрацией внимания, эмоциональным напряжением в сочетании с недостаточной двигательной активностью на работе и в быту [2, 7, 13].

Р. Боконжич в своей книге «Головная боль» (1984) определял головную боль напряжения как «индуцируемую», «миалгическую», «нодулярную», «спастическую». В странах, говорящих на немецком языке, этому понятию ранее соответствовал термин «вазомоторная головная боль», а в англоязычной литературе она до сих пор обозначается как «головная боль сдавливающего типа».

Головную боль напряжения разделяют на эпизодическую и хроническую, подчеркивая, что она не имеет признаков мигрени. Первая диагностируется, когда в месяц наблюдается более 10, но не более 15 приступов, а продолжительность приступа составляет от 30 мин. до 7 дней. Хроническая головная боль напряжения определяется по критериям эпизодической, но частота приступов здесь более 15 в месяц и не менее 6 месяцев подряд. При этом допускается наличие одного сопутствующего симптома (тошноты, фотофобии, фонофобии) [2, 7, 8, 14].

Провоцирующие факторы эссенциальной головной боли многообразны, но очень похожи по характеру — часть из них приводит к усилению притока

крови к ткани мозга (умственное напряжение), часть — к снижению мышечного тонуса вследствие утомления (непривычно высокие динамические физические нагрузки, статические нагрузки во время школьных занятий, усталость во время монотонной и длительной езды в автомобиле). Резкие повороты головы зачастую провоцируют головокружение с последующим приступом головной боли. Характерна фиксация положения головы во время приступа: наклон и поворот с невозможностью возвращения в исходное положение вследствие болевого синдрома [7, 8, 10, 11].

По современным данным частота головной боли напряжения в популяции составляет от 32 до 71%, а среди других форм головной боли ей принадлежит ведущее место (до 85%), при этом у женщин она встречается примерно в 3 раза чаще. Следует отметить, что более 90% пациентов с этим синдромом составляют лица трудоспособного возраста [14, 15]. Из всех людей, страдающих данной патологией, 18% испытывают первый приступ до наступления десятилетнего возраста.

Исследования, посвященные распространенности и клиническим характеристикам эссенциальной головной боли у детей, немногочисленны и противоречивы [12]. Было показано преобладание головной боли напряжения среди различных вариантов головной боли [9]. Отмечено, что ее частота у детей плавно нарастает к 11–12 годам, когда наблюдается пик заболеваемости (47,2%), с последующим снижением к возрасту окончания школы (33,3%). В среднем у детей дошкольного и школьного возраста частота головной боли достигает 60% [1, 8]. Она значительно нарушает настроение, поведение, работоспособность, учебу.

Целью настоящей работы послужил комплексный анализ возможностей мануальной терапии в лечении головной боли напряжения у детей.

За 2001–2003 гг. в клинику института вертеброневрологии и мануальной медицины Владивостокского государственного медицинского университета с жалобами на головную боль обратились 258 пациентов в возрасте до 16 лет. Среди них 113 мальчиков и 145 девочек (до 7 лет — 24, 7–10 лет — 64, 11–13 лет — 143, 14–16 лет — 27 человек). Катамнез прослежен на протяжении 4 лет у 128 пациентов.

В подавляющем большинстве случаев — более 80% наблюдений — головная боль возникала во второй половине дня после занятий в школе, особенно после физических нагрузок, превышавших обычный уровень (уроки физкультуры), во время приготовления домашнего задания, а также после психоэмоционального стресса. В 55 наблюдениях головная боль возникала по утрам вне зависимости от перенесенных нагрузок. В одних случаях болевой синдром отличался резким началом и выраженной интенсивностью, в других — постепенным началом и длительным, но неуклонным нарастанием. Короткие приступы повторялись несколько раз в день,

длительные отмечались реже, но их интенсивность и тяжесть были сильнее.

При опросе у детей зачастую трудно определить характер боли. Картина самая разнообразная — боль характеризовалась как стреляющая, пульсирующая, давящая, наиболее часто — ноющая, монотонная и распирающая (ощущение, что сейчас «лопнет голова»). Чаще отмечалась диффузная боль без четкой локализации с преимущественным вовлечением области лба и висков, в меньшем количестве наблюдений — односторонняя, ноющая, распространяющаяся от затылка ко лбу в глаз или висок с фиксацией в определенной точке. При этом наблюдалась выраженная лабильность настроения, агрессивное поведение, стремление лечь в постель (накрывшись с головой под одеялом, стараясь не двигаться). Устраиваясь спать, дети принимали вынужденное положение — на боку с маленькой подушкой либо на спине дугой с наклоном головы к одному плечу. После сна отмечалось снижение интенсивности боли.

Кроме собственно эссенциальной головной боли у детей регистрировались типичные сопутствующие заболевания и синдромы. Среди них нарушения зрения — астигматизм (87 человек), миопия (72 человека) и косоглазие (30 человек) различной степени выраженности. Во время приступа данная клиника усиливалась: наблюдались сужение полей зрения, снижение остроты зрения, боль в глазных яблоках, ощущение выпирания глаза (зачастую на одной стороне), светобоязнь, увеличение угла отклонения глазного яблока. Потемнение в глазах — наиболее частый признак начала приступа головной боли. После приступа зрение обычно восстанавливалось до исходного уровня.

Нарушения слуха встречались гораздо реже (20 человек). Отмечалось снижение остроты слуха, пульсация, шум различной интенсивности, заложенность ушей. Характер шума был разнообразен — звон, рокот, свистки. Характерен регресс данной симптоматики после окончания приступа головной боли. Головокружения зарегистрированы в 85 случаях. Пациенты описывали их как вращение предметов в горизонтальной плоскости. Отмечали ощущение проваливания в яму, вращения постели, кружения потолка. Головокружения нередко сопровождалась тошнотой, доходившей до приносящей облегчение рвоты. На этом фоне очень часто отмечались нарушения походки в виде пошатывания, неустойчивости.

У 46 пациентов отмечались приступы вегетососудистой недостаточности в виде периодической бледности, зябкости, локального и общего гипергидроза при малейшем психоэмоциональном напряжении, общая физическая слабость. Часты были тахикардия пароксизмального характера с гиперемией лица, различные нарушения ритма сердечных сокращений. Характерно периодическое развитие чувства жара с переходом в озноб. Приступы длились от нескольких минут до нескольких часов, а некоторые симптомы сохранялись постоянно.

Нарушения оптимального двигательного стереотипа в той или иной мере были характерны для всех пациентов. Также отмечался симптомокомплекс диффузной мышечной гипотонии (миотонический синдром): гипотрофия и гипотония мышц верхнего плечевого пояса. Статика у этих детей характеризовалась выраженным гиперлордозом в положении стоя, сидя они плохо удерживали спину, сутулились во время занятий и приема пищи. Во всех случаях регистрировались нарушения осанки различной степени выраженности вплоть до сколиоза, а также признаки функционального перекоса таза вследствие укорочения одной нижней конечности на фоне функционального блока крестцово-подвздошных и лонного сочленений.

Сбор акушерского анамнеза дал характерную картину. У 68% матерей были «плановые» роды с применением фармакологической стимуляции, амниотомии, продолжительностью от 2 до 10 часов. Первый год жизни этих детей, как правило, характеризовался выраженной возбудимостью, криками по ночам, беспокойством, короткими периодами сна (по 10–20 минут).

Обследование во всех случаях проводилось по общим принципам классического неврологического исследования и мануального тестирования. Всем пациентам была выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами. Исследование церебральной гемодинамики включало реоэнцефалографию у 42 и ультразвуковую доплерографию брахиоцефальных сосудов — у 115 больных. Биоэлектрическая активность головного мозга (электроэнцефалография) исследована в 45 наблюдениях.

Рентгенологическое исследование в 77,9% наблюдений установило наличие признаков ротационного подвывиха в атлантоосевом сочленении с развитием биомеханических нарушений на уровне шейного отдела позвоночника. Реоэнцефалография выявила наиболее характерные изменения гемодинамики, преимущественно при затылочно-мастоидальном отведении в вертебрально-базилярном бассейне в 41 случае.

Функциональные пробы с поворотами и наклонами головы регистрировали нарушения реактивности позвоночных артерий при изменениях биомеханики шейного отдела позвоночника.

Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных сосудов и транскраниальная доплерография указывали на рефлекторные и компрессионные механизмы влияния патобиомеханических нарушений в шейном отделе позвоночника на систему позвоночной артерии.

Электроэнцефалография выявила признаки гиперсинхронизации и десинхронизации, связанные с изменениями в стволовых структурах мозга, преимущественно при локализации наиболее выраженных патобиомеханических нарушений на

верхнем шейном уровне, редко — при локализации на нижнем шейном уровне. Дезорганизованный тип энцефалограммы преобладал при распространении патобиомеханических нарушений по ходу всего шейного отдела позвоночника и их прогрессировании.

Мануальная терапия включала в себя коррекцию нарушений осанки, устранение спазма мышц шеи и верхнего плечевого пояса, ликвидацию функциональных блоков в шейном отделе позвоночника (в первую очередь в шейно-затылочном и атлантоосевом сочленениях), остеопатическое воздействие на кости черепа, формирование правильного двигательного стереотипа и рациональную лечебную физкультуру.

Коррекция нарушений осанки проводилась как во фронтальной, так и в сагиттальной плоскостях. Во фронтальной плоскости она начиналась с ликвидации блокирования в суставах таза с устранением его косого положения. В последующем устранялись блоки в двигательных сегментах позвоночника на всем протяжении. В сагиттальной плоскости проводили постизометрическую релаксацию мышц, находившихся в спазмированном состоянии (подвздошно-поясничная, прямая мышца бедра, большая грудная мышца и т.д.), и укрепление с помощью лечебной физкультуры релаксированных мышц (ягодичных, ромбовидных, прямой живота и др.).

Выработка оптимального двигательного стереотипа необходима для профилактики рецидива нарушения осанки в сагиттальной плоскости и устранения избыточных постуральных нагрузок на шейный отдел позвоночника. Этот процесс осуществлялся параллельно коррекции нарушений осанки. Ребенка и его родителей обучали, как нужно правильно стоять, сидеть, ходить.

Устранение спазма и болезненных мышечных уплотнений в области шеи и в верхних фиксаторах плечевого пояса осуществлялось путем постизометрической релаксации. Ликвидация функционального блокирования возможна в шейном отделе позвоночника одной лишь мобилизацией, и здесь манипуляционное лечение не применялось (зачастую функциональные блоки исчезали либо уменьшались после ликвидации постурального дисбаланса и спазма мышц шеи).

Остеопатическое воздействие на кости черепа было направлено на ликвидацию блокирования вдоль стреловидного и сагиттального синусов и восстановление механизма «первичного дыхания» между затылочной и клиновидной костью.

Лечебная физкультура строилась на следующих принципах:

- общая часть была одинаковой для всех детей и направлялась на укрепление длинных мышц и коротких ротаторов спины и шеи;
- индивидуальная часть лечебного воздействия зависела от вида и степени выраженности нарушения

осанки в сагиттальной плоскости и степени слабости определенных групп мышц;

- легкость обучения обеспечивалась комплексом из 4–6 легко усваиваемых упражнений, который выполнялся 3 раза в день (под контролем родителей);
- длительность занятий лечебной физкультурой — не менее трех месяцев.

Следует отметить, что лечебная физкультура является неотъемлемым компонентом лечения нарушений кровообращения в вертебробазиллярной системе. Без нее невозможно выработать правильную осанку и ликвидировать (или уменьшить до приемлемой величины) нестабильность в шейном отделе позвоночника. Очень важны регулярные физические нагрузки в составе спортивных групп. Вид физических нагрузок самый разнообразный, без ограничений (за исключением занятий боксом), не менее 3–4 раз в неделю.

Курс лечения состоял из 2–4 сеансов, проводимых через 3–4 дня, что способствовало лучшей адаптации церебральной сосудистой системы и стабилизировало мозговое кровообращение. По мере развития положительной динамики перерыв в процедурах увеличивался с 10–14 дней до 2–3 мес. При купировании клиники контрольный осмотр проводился 2–4 раза в год. Все больные обязательно знакомились с приемами аутомобилизации, которые проводились первоначально в присутствии врача с учетом самочувствия пациентов и с коррекцией усилий, направления движений и их последовательности.

После курса мануального лечения у 215 пациентов (83,3%) наступило значительное улучшение состояния в виде купирования головных болей, головокружений, тошноты, стабилизации миопии, а в части наблюдений и положительная динамика. Особенно был выражен эффект при астигматизме. У 3 пациентов наблюдалась значительная динамика в восстановлении уровня слуха (в одном наблюдении уровень слуха восстановлен с 20% до нормы). Стабилизировалось поведение, успеваемость в школе, значительно снизилась заболеваемость респираторными инфекциями.

Положительная динамика была отмечена и при реоэнцефалографии, ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных сосудов и транскраниальной доплерографии, а также при электроэнцефалографии. Катамнестическое наблюдение за пациентами в течение от нескольких месяцев до 4 лет установило улучшение кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне и стабилизацию общего мозгового кровообращения с исчезновением явлений декомпенсации.

Таким образом, в возникновении головной боли напряжения значительную роль играют сосудистые механизмы — нарушение баланса притока и оттока крови из полости черепа. Причина — изменение топических взаимоотношений в атлантозатылочном сочленении. Особое значение имеет ранняя диагностика головной боли напряжения у детей, так

как своевременная ее коррекция не позволяет развиться гипертензионному синдрому. Все это делает мануальную терапию патогенетически обоснованным методом лечения головной боли напряжения у детей и важным профилактическим мероприятием этого синдрома в старшем возрасте.

Литература

1. Вейн А.М. Боль и обезбоживание. — М.: Медицина, 1997.
2. Верещагин Н.В. Патология вертебрально-базиллярной системы и нарушения мозгового кровообращения. — М.: Медицина, 1980.
3. Головокружение / Под ред. М.Р. Дикса, Дж.Д. Худа; пер. с англ. — М.: Медицина, 1987.
4. Зайцева Р.Л. Морфологические предпосылки поражения позвоночной артерии и второго шейного нерва на уровне 1-2-го шейных позвонков: автореф. дисс... канд. мед. наук. — Новокузнецк, 1969.
5. Луцки А.А. Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника. — Новосибирск: Издатель, 1997.
6. Попелянский Я.Ю. Шейный остеохондроз. — М.: Медицина, 1966.
7. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. Вертеброневрология руководство для врачей. — Т. 1, 2. — Казань, 1997.
8. Рачин А.П. Головная боль. — М.: Медицина, 2002.
9. Шмидт И.Р. Вертеброгенный синдром позвоночной артерии. — Новосибирск: Издатель, 2001.
10. Ashina M., Bendtsen L., Jensen R. et al. // Pain. — 1999. — Vol. 79. — P. 201–215.
11. Ashina M., Bendtsen L., Jensen R., Olesen J. // Brain. — 2000. — Vol. 123. — P. 1830–1837.
12. Gobel H., Petersen-Braun M., Soyka D. // Cephalalgia. — 1994. Vol. 14. — P. 97–106.
13. Hammill J.M., Cook T.M., Rosecrance J.C. // Headache. — 1996. — Vol. 36. — P. 149–153.
14. Jensen R. // Cephalalgia. — 1999. — Vol. 19. — P. 602–621.
15. Pendino, Attanasio V., Andrasik F., Blanchard E.B. // Headache. — 1987. — Vol. 27. — P. 254–260.

Поступила в редакцию 25.11.04.

MANIPULATION IN TREATMENT OF ESSENTIALS OF THE HEADACHE AT CHILDREN

A.M. Larionov

Vladivostok State Medical University

Summary — The headache is one of the most widespread complaints with which patients address to the doctor practically any specialists. More all in a population is distributed a headache of a pressure. The researches devoted to prevalence and to clinical characteristics of a headache at children are not numerous and inconsistent. 258 supervision of a headache at patients 16 years are investigated is younger. Manipulation included correction of infringements of a bearing, elimination of a spasm of muscles of a neck and the top humeral belt, liquidation of functional blocks in a cervical department of a backbone, osteopathic influence on bones of a skull, formation of a correct impellent stereotype and rational physiotherapy exercises. After a rate manual treatment at 215 patients (83,3%) there has come significant improvement of a condition.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 2, p. 50–53.