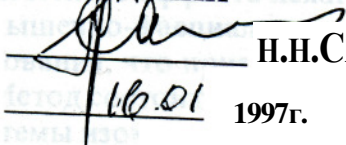


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ

**И.О. НАЧАЛЬНИКА
УПРАВЛЕНИЯ НАУЧНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЙ**


Н.Н.САМКО
16.01 1997г.



ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

**НИЗКОИНТЕНСИВНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ФИЗИО-
РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ МЕТОДЕ
ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ
ГОЛОВНОЙ БОЛИ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ № 96/255

МОСКВА-1997

АННОТАЦИЯ

Рекомендации по применению метода основаны на большом клиническом опыте лечения пациентов с хронической головной болью. В основе терапевтического эффекта лежит коррекция повышенного тонуса перикраниальных мышечно-фасциальных структур и их биомеханических условий функционирования, что приводит к прекращению хронической патогенной ирритации. Метод состоит из комплекса лазерной и мануальной рефлексотерапии и системы изометрических упражнений для ауторелаксации перикраниальных мышц. Областью применения метода являются типы хронической головной боли с болевым синдромом агравированным или обусловленным тоническими нарушениями в миофасциальных и суставных структурах. Представлены критерии диагностики клинических случаев рекомендуемых для лечения разработанным методом. Обоснованы прогностические критерии, показания и противопоказания. Метод рекомендуется для амбулаторного применения на уровне поликлиник. Методические рекомендации рассчитаны на невропатологов, вертеброневрологов, мануальных терапевтов, терапевтов и врачей лазерной медицины. Метод лечения признан изобретением, авторские права на использование метода защищены патентом РФ.

Методические рекомендации подготовили сотрудники Государственного научного центра лазерной медицины (директор - член-корреспондент РАМН, профессор О.К.Скобелкин) старший научный сотрудник отделения амбулаторной и низкоинтенсивной лазерной медицины Гусейнов Т.Ю. и главный врач консультативно-диагностической поликлиники ГНЦ Сайковский Р.С.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Впервые предлагается метод лечения головной боли напряжения, кластерной и связанной с расстройствами шейного отдела позвоночника. Метод состоит из 4-6 процедур, проводимых через 24-48 часов. Каждая процедура включает:

- проведение мануального воздействия на перикраниальные мышцы и суставы кранио-цервикального отдела позвоночника на фоне изометрической релаксации мышц;
- воздействие на мышечно-суставные структуры областей С0-С3 инфракрасным лазером (0,89 мкм, 150 Гц, 10 Вт в импульсе), и на аурикулярные акупунктурные точки "ствол мозга, затылок, висок, шейный отдел позвоночника" гелий-неоновым лазером (0,63 мкм, 20 мВт, диаметр пятна 2 мм), в течение 4-6 мин;
- обучение индивидуальной технике ауторелаксации перикраниальных мышц и аутоимобилизации суставов С0-С3. Упражнения рекомендуются выполнять по 10 минут в день в течение месяца, через каждые пол года.

Название метода - "Способ Гусейнова Т.Ю. лечения головной боли напряжения, кластерной, и связанной с расстройствами шейного отдела позвоночника", заявка N 95104860/14 (009199), приоритет от 11.04.95 г., положительное решение о выдаче патента РФ от 25.06.96 г.

Материально-техническое обеспечение

Для лазерной физио-рефлексотерапии используются серийные модели терапевтических установок на арсениде галлия типа АЛТ "УЗОР", "МУСТАНГ" и гелий-неоновые установки с мощностью излучения на выходе 20 мВт типа УЛФ-01.

Для измерения угла ротации головы (подвижность в С1-С2) используется любой тип гониометра, или прозрачный транспортир.

ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Диагноз типа головной боли (ГБ) ставиться на основании диагностических критериев Международной Ассоциации по ГБ (Ш8) . Стандартное обследование включает клинический осмотр невропатологом, мануальным терапевтом, результаты функционального рентгенологического исследования шейного отдела позвоночника и оценку уровня депрессивности пациента. В типичном случае это обеспечивает диагноз типа ГБ, диагностику наличия фактора мышечно-суставной дисфункции при ГБ, показания или противопоказания для метода лечения.

При подозрении на органическую природу заболевания, привлекаются дополнительные методы обследования и специалисты.

Алгоритм первичного мануального обследования шейного отдела позвоночника.

Положение пациента сидя на табуретке.

1. Пальпация тендинезов, сравнительная и абсолютная оценка степени болезненности.

Технические особенности. Для диагностики тендинезов используется пальпация давлением и клещеобразная пальпация. Давление небольшими ротационными движениями осуществляется расслабленным указательным пальцем на ногтевой фаланге которого располагается средний палец. Таким образом, указательный палец используется только для осязания ткани и контроля силы давления. Рекомендуются следующие диагностические точки:

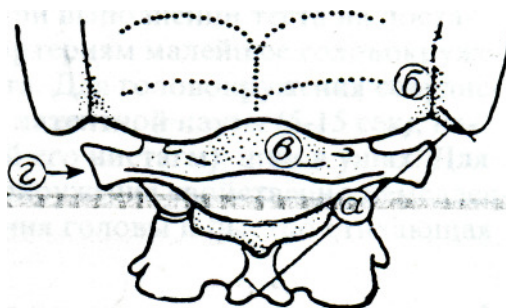
а. Середина линии, соединяющей остистый отросток С2 с каудальной частью сосцевидного отростка (рис.).

б. Точка, расположенная латерокраниально от каудальной части сосцевидной вырезки, между прикреплением *mm.splenius capitis et obliquus capitis superior* (рис.).

в. Точка между дугой атланта и затылочной костью, в углублении между трапецивидной и грудино-ключично-сосцевидной мышцами (рис.)

г. Точка над поперечным отростком С1 (рис.).

Локализация диагностических точек тендинезов.



Клещеобразная пальпация применяется для оценки:

- верхней части вертикальной порции трапецивидной мышцы;
- грудино-ключично-сосцевидной мышцы на всем протяжении;

Примечание. Выраженность тендинезов оценивается по 4-х бальной шкале: 0-нет дискомфорта и боли; 1- сообщение о дискомфорте или болезненности без видимой мимической реакции; 2- сообщение о болезненности с видимой реакцией; 3- сообщение о сильной боли с выраженной мимической реакцией.

Сравнительная оценка одноименных лево - и правосторонних тендинезов диагностически более объективна и не менее важна.

2. Количественное измерение пассивной ротации головы в нейтральном положении и в положении разгибания.

Технические особенности. Пассивная ротация производится строго по вертикальной оси, плавно, до появления минимального постоянного сопротивления. Угол ротации оценивается по отклонению носа от срединной стернальной линии.

Примечание. Дает оценку общей подвижности и направления суммарного ограничения ротации шейного отдела позвоночника.

3. Качественная оценка пассивного наклона головы вперед и назад.

Примечание. Наклон вперед в большей мере отражает состояние субокципитальных мышц, назад - суставов. Возникновение боли или

головокружения при наклоне назад, запрещает в дальнейшем использовать это направление движения.

4. Повторение пп. 2 и 3 после изометрической релаксации мышц в соответствующих направлениях.

Технические особенности. Пункт 2 выполняется в режиме теста на достаточность кровообращения по позвоночным артериям, что достигается удержанием головы в крайнем положении на 20-40 сек.

Примечание. Повторение дает возможность оценить вклад компонентов "мышца-сустав" в ограничение подвижности.

Ухудшение условий кровотока по позвоночной артерии происходит на стороне противоположной стороне поворота. При выполнении теста на достаточность кровоснабжения по позвоночным артериям малейшее головокружение является основанием к прекращению теста. Для головокружения сосудистого генеза характерно возникновение после латентной паузы (5-15 сек), нарастание по времени (как и сопровождающий его нистагм), шум в ушах. Для рефлекторного, (проприоцептивного) головокружения свойственно немедленное возникновение после изменения положения головы и быстро стихающая симптоматика.

Подтвердить проприоцептивный генез головокружения может модифицированный тест на сохранение равновесия с вытянутыми вперед руками и закрытыми глазами (Ромберга, Отана). При проприоцептивном головокружении активный поворот пациентом головы сопровождается смещением рук без, или с потерей равновесия.

Положение пациента лежа на спине.

5. Количественное измерение пассивной ротации головы в максимальной флексии, *технические особенности:*

- голова в положении максимальной флексии;
- при ротации подбородок "скользит" по грудной клетке, не приподнимаясь над ней с увеличением угла ротации;
- ротация осуществляется по вертикальной для шеи оси, без боковых сгибаний.

Примечание. Дает возможность избирательно оценить ротацию на уровне С1-С2.

6. Качественная сравнительная оценка амплитуды транслатерального скольжения вправо и влево (уровень СО-С2).

Технические особенности. Срединная сагитальная плоскость, проходящая через голову, при смещении головы влево и вправо всегда параллельна срединной сагитальной плоскости проходящей через тело.

Примечание. Дает оценку боковых сгибаний СО-С1 и С1-С2.

7. Качественная сравнительная оценка пассивной подвижности на уровне СО-С1.

Технические особенности. Выполняется при ротации головы на 5 градусов превышающей угол ротации при максимальной флексии. Боковой наклон выполняется вращением по оси, проходящей через кончик носа.

8. Повторение п. 5 после изометрической релаксации.

Примечание. Дает возможность оценить вклад компонентов "машца-сустав" в ограничение подвижности.

Положение пациента лежа на животе с ротированной головой.

9. Оценка ирритативности области нижней косой мышцы и большого затылочного нерва.

Технические особенности. Подушечкой большого пальца, на ногтевой фаланге которого расположена подушечка второго большого пальца, производится ритмическое надавливание на диагностическую точку а (Рис.) в направлении межпозвоночного сустава С1-С2.

Примечание. При ирритативном состоянии структур, расположенных в проекции точки а, возникает иррадиация по ходу иннервации большого затылочного нерва.

Рекомендуемое первичное мануальное обследование в совокупности с диагнозом типа ГБ дает возможность выделить три группы пациентов:

- лечение данным методом не показано;
- лечение показано после стандартного обследования;
- для подтверждения типа ГБ и исключения органической причины необходимо адекватное обследование, после чего решается вопрос о применении метода.

Если лечение показано и стандартное обследование выполнено, мануальной диагностикой уточняется локализация блокад в шейно-грудном переходе и других ключевых зонах и приступают к курсу лечения.

Терапия

Рекомендуемый курс лечения - 6 процедур через 1-2 дня. Каждая процедура включает все три компонента методики.

Лазерную терапию проводят в положении на животе с ротированной головой. Инфракрасным излучением (0,89 мкм, 1500 Гц, 10 Вт в импульсе) воздействуют на точки:

- точка а (рис.). В зону облучения попадают: нижняя косая мышца, затылочный нерв, позвоночная артерия, межпозвоночный сустав С1-С2 со связочным аппаратом.
- точка, расположенная на 1,5 см каудальнее окончания сосцевидного отростка. В зону облучения попадают: грудино-ключично-сосцевидная мышца, подзатылочные короткие косые и прямые мышцы, позвоночная артерия с задней затылочной мембраной, атланта-окципитальный сустав со связочным аппаратом.
- точка в (рис.). В зону облучения попадают: подзатылочные короткие прямые мышцы, задняя затылочная мембрана, связочный аппарат.

Экспозиция - 1-2 мин на точку.

Одновременно, воздействуют гелий-неоновым лазером (0,63 мкм, 20 мВт) при диаметре светового пятна 2 мм на аурикулярные акупунктурные точки "затылок, ствол мозга, шейный отдел позвоночника". Экспозиция - 1 мин на точку.

Описанное первичное мануальное обследование одновременно является и лечением. Схема этого обследования повторяется каждую процедуру. Отличием использования ее в период курса терапии является:

- проведение подготовительного расслабляющего массажа;
- более выраженная интенсивность и разнообразность изометрической релаксации мышц и иммобилизации суставов;
- возможность применения манипуляционной техники (деблокирование толчком);
- обучение технике аутоиммобилизации и ауторелаксации.

Манипуляционная техника полностью вытекает из результатов мануального обследования. С технической точки зрения, она является продолжением обследования и конкретно выбирается мануальным терапевтом для данного случая. Манипуляции показаны, когда мышечный компонент ограничения подвижности полностью снят, и не проводятся в направлении увеличивающим боль и вызывающим (!) головокружение.

Обучение индивидуальной технике ауторелаксации мышц имеет целью самостоятельное поддержание результатов лечения. Это особенно важно в случаях действия хронического фактора декомпенсации - напряженного нефизиологичного рабочего стереотипа, сколиоза и т.д. Со второй процедуры, когда выявлены мышцы участвующие в формировании ограничения подвижности и зоны тендинезов, приступают к обучению технике аутоиммобилизации. Пациенту объясняют принципы и механизм изометрической техники миоре-лаксации и с третьей процедуры корректируют правильность выполнения. Упражнения рекомендуются к исполнению в течение 1-2 месяцев каждые полгода. В порядке важности, объектом аутоиммобилизации являются короткие подзатылочные мышцы, трапецивидная и поднимающая лопатку.

Реже - грудино-ключично-сосцевидная, лестничные мышцы. Техника изометрической релаксации этих мышц хорошо известна.

При ограничении ротации в положении максимальной флексии (C1-C2) с преимущественно мышечным компонентом рекомендуется приведенная ниже техника. Особенности движения и положения головы при ее выполнении соответствуют техническим особенностям измерения амплитуды ротации на уровне C1-C2 (см. выше).

Аутоиммобилизация при ограничении ротации вправо на уровне C1-C2.

Пассивное вращение головы вправо и противодействие в период изометрического напряжения обеспечивают:

- левая рука расположенная на темени и охватившая пальцами правую теменно-височную область;
- правая рука захватом тела нижней челюсти слева. Челюсть захватывается между подушечкой большого пальца и обращенной к ней поверхностью максимально согнутого указательного. Рука максимально согнута в локтевом суставе, предплечье направлено вертикально вниз.

Левая рука кроме вращательного момента обеспечивает поддержание максимального сгибания головы.

При вращении головы, условные центры фиксации головы руками описывают дуги лежащие в плоскости, расположенной под углом 45 градусов к фронтальной и саггитальной плоскостям.

Фаза изометрического напряжения и ступенчатое увеличение ротации повторяются 4-6 раз. Важным моментом является поиск положения, при котором ощущается натяжение мышц, а не избегание его. Известные приемы фасилитации (дыхание, движение глаз) повышают эффективность упражнения. Возврат из достигнутого крайнего положения ротации производится медленно, пассивно.

Аутомобилизация при ограничении ротации влево на уровне C1-C2 и бокового сгибания вправо на уровне C0-C1 с преимущественно суставным компонентом.

Пациент, сидя на табуретке, заводит правую руку за спину и захватывает левый край табуретки. Цель - максимально опустить правую лопатку и вызвать латеральное смещение ее верхнего угла. Этим достигается фиксация верхнешейного отдела позвоночника мышцей, поднимающей лопатку. Пациент перед зеркалом производит быстрый активный поворот головы на оси, проходящей через кончик носа (сгибание вправо на уровне C0-C1) и возвращается в нейтральное положение. Эти движения ритмично повторяются 3-5 мин. Кончик носа при этом смещаться не должен.

Депрессия часто сопутствует и усугубляет хронический болевой синдром любого генеза. При ГБ патогенное значение депрессивности повышается, так как она способствует хроническому повышению мышечного тонуса. При выявлении депрессивного состояния антидепрессанты в общепринятых дозировках включаются курс лечения.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Показания

Метод показан для следующих типов хронической ГБ, в формировании которых частично или полностью может принимать участие фактор мышечно-суставной дисфункции:

- "цервикогенная ГБ" (11.2 по классификации IHS)
- головная боль напряжения связанная с расстройством перикраниальных мышц (2.1.1 и 2.2.1)
- головная боль, связанная с легкой черепно-мозговой травмой, при отсутствии неврологической симптоматики (5.2.2.)

Диагностические критерии наличия фактора мышечно-суставной дисфункции и показания к применению рекомендуемого метода.

1. Наличие не менее одного из приведенных признаков, если сторона ГБ совпадает со стороной проявления признака и не менее двух, если не совпадает, или преимущественной стороны ГБ нет:

(а) разница между право-левосторонними углами ротации в положении максимальной флексии = >10 градусов или абсолютная величина угла ротации в любую сторону ≤ 30 градусов. Сторона большего ограничения является стороной проявления признака;

(б) тендинезы диагностических точек а и б (Рис.) с выраженностью не менее 2 баллов и (или) болезненность любых двух других точек (мышц), приведенных в методике, не менее 3 баллов каждая.

(в) раздражение диагностической точки а (Рис.) вызывает выраженную боль и иррадиацию в теменно-височную область;

(г) тесная временная связь синдрома ГБ с болью (выраженным диском фортом) в области шеи, верхнего плечевого пояса, межлопаточной области;

2. Наличие не менее 2 из приведенных признаков:

(а) сколиоз и (или) напряженный нерациональный стереотип движений и (или) стереотипная напряженная рабочая поза,

(б) не менее чем двукратное увеличение частоты и (или) длительности приступов типа ГБ, существовавшей не менее 5 лет;

(в) наличие времени, суток характерного для появления боли.

(г) наличие депрессивного состояния, подтвержденного тестами и (или) осмотром психоневролога.

3. Адекватным обследованием исключена органическая природа ГБ и ее обострения.

Противопоказания

1. Связанные с применением лазерной терапии.

Они соответствуют принятым противопоказаниям для физиотерапевтических воздействий. Специфических противопоказаний не выявлено.

2. Связанные с мануальной терапией:

- абсолютная неподвижность или патологическая подвижность суставов на уровне С0-С3.
- общее тяжелое состояние пациента, - случаи, когда обычная физическая нагрузка может спровоцировать легочную и сердечно сосудистую недостаточность.
- любые острые процессы (или обострения) в области мануального воздействия.

Возможные осложнения, их профилактика и купирование.

I. Лазерная рефлексотерапия.

При превышении рекомендуемых дозировок, возможно обострение процесса на 2-3 дня. Вероятность этого выше после третьей процедуры. При обострении, в течение трех суток от процедур следует воздержаться.

2. Мануальная рефлексотерапия.

У пациентов пожилого возраста, неправомерное применение манипуляционной техники (деблокирование толчком) может вызвать проходящее головокружение. Это же может быть при манипуляциях на гипермобильных сегментах в случае недостаточного обследования пациента.

Профилактикой является:

- соблюдение принципов и техники мануального лечения;
- применение манипуляционной техники только после исключения всех состояний, связанных с гипермобильностью сегментов.
- отказ от манипуляционной техники, и положения связанного с сочетанием наклона головы назад и ротации, у пациентов старше 60 лет.
- при подозрении на сосудистый генез головокружения в анамнезе, или выявлении головокружения при первичном мануальном обследовании, дифференциальную диагностику должен проводить невропатолог с привлечением лабораторных методов исследования (Duplex, УДГ, транскраниальная доплерография). Подтверждение сосудистого генеза является основанием либо отказа от метода лечения либо осторожного использования только техники мышечной релаксации.