

Возможности применения мануальной терапии при синдроме церебральной ангиодистонии как раннем проявлении хронической недостаточности церебрального кровообращения

С.А. Степанищева

ФГУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

Проведено лечение с использованием различных техник мануальной терапии 45 пациентов с синдромом недостаточности церебральной гемодинамики на фоне артериальной гипертензии. Отмечено повышение эффективности комплексного лечения путем восстановления церебральной гемодинамики, ликвородинамики и активизации саногенетических механизмов.

Ключевые слова: мануальная терапия, краниосакральная терапия, остеопатия.

45 patients with the syndrome of insufficiency in cerebral hemodynamics having arterial hypertension have been treated in the out-patient unit. It has been found out that effectiveness of the applied complex treatment was achieved after restoring cerebral hemodynamics, liquorodynamics and activation of sanogenetic mechanisms.

Key words: manual therapy, craniosacral therapy, osteopathy.

Цель работы: Изучить особенности остеопатического и кинезиологического статуса пациентов с синдромом недостаточности церебральной гемодинамики, резистентным к фармакотерапии, и рассмотреть эффективность разработанной методики их коррекции.

Особенности церебральной гемодинамики и ликвородинамики

Кровоснабжение головного мозга осуществляется через две сосудистые системы: систему сонных артерий и систему позвоночных артерий [5,6] (рис. 1). На основании мозга обе системы соединяются посредством анастомозов, образуя Виллизиев круг – важнейшую особенность кровоснабжения головного мозга, определяющую его компенсаторный потенциал.

Ликвородинамика головного мозга. Начальным этапом является продукция ликвора хориоидальными сплетениями желудочковой системы [2]. Циркуляция ликвора в субдуральном пространстве, желудочковой системе головного мозга и в целом в организме – вопрос достаточно сложный, и взгляды на него неоднозначны. Традиционно можно упомянуть систему желудочков головного мозга в следующем порядке: латеральные желудочки, соединяющиеся отверстием Монро с третьим желудочком,

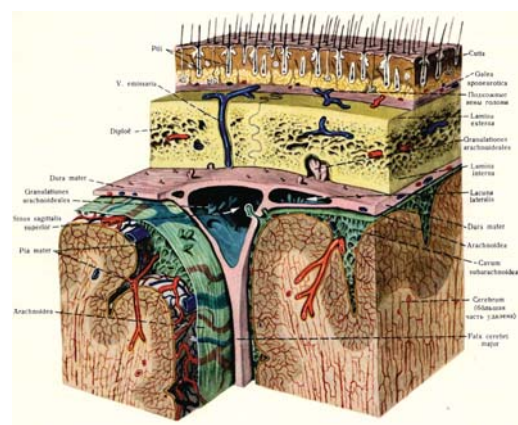


Рис. 2. Ликвородинамика головного мозга (Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека, 1974).

который, в свою очередь соединяется посредством силвиева водопровода с четвертым желудочком, из которого ликвор выходит через парные отверстия Люшка и непарное отверстие Мажанди в субарахноидальное пространство головного и спинного мозга [10].

Возврат ликвора из межклеточной жидкости головного мозга в венозное русло [11] происходит тремя путями: через венозные капилляры и систему церебральных вен, через лимфокапилляры и грудной проток, а также через грануляции паутинной оболочки и верхний сагиттальный синус (рис. 2).

Венозная система головного мозга включает в себя поверхностные, глубокие, внутренние мозговые вены, венозные синусы, венозные выпускники и диплоические вены. Венозные синусы – это полости, расположенные в расщеплении твердой мозговой оболочки (рис. 3).

Расположение синусов в области швов костей черепа не случайно. Именно полноценное движение костей черепа в каждой фазе краниального вдоха и выдоха является мощнейшим механизмом эвакуации венозной крови из полости черепа. Этот механизм защищает церебральную сосудистую систему от венозного кровепереполнения. От сохранности движения костей черепа зависит эффективное дре-

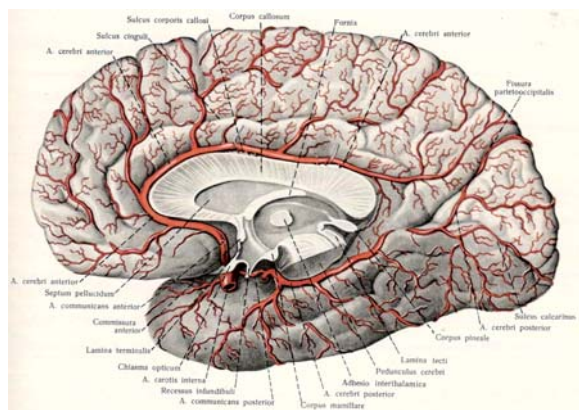


Рис. 1. Кровоснабжение головного мозга (Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека, 1974).

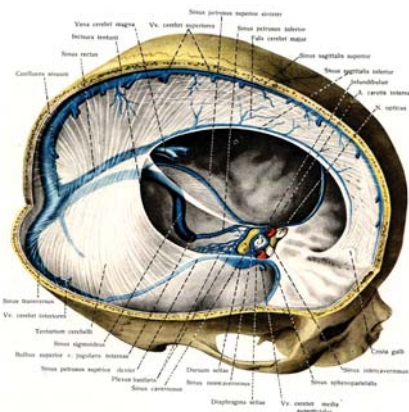


Рис. 3. Венозная система головного мозга (Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека, 1974).

нирование венозных синусов и нарушения этого движения являются важным фактором развития церебральной сосудистой патологии.

Соответственно, восстанавливая ритм движения костей черепа, мы имеем возможность с помощью кранио-сакральных техник широко воздействовать на мозговую гемодинамику и ликвородинамику, как предотвращая развитие клинической картины сосудистых заболеваний головного мозга на доклинических стадиях, так и ликвидируя последствия клинически сформированных нарушений.

Материал и методы

Проанализирован опыт обследования и лечения 46 пациентов с жалобами, характерными для сосудистых церебральных расстройств. Все пациенты получали традиционную фармакотерапию: гипотензивные, сосудистые, ноотропные препараты без ожидаемого эффекта.

Критериями включения в группу обследования являлись наличие жалоб общемозгового характера, соответствовавших клинике синдрома церебральной ангиодистонии: общая слабость, повышенная утомляемость, ощущение неустойчивости при ходьбе, головные боли, головокружение несистемного характера, в некоторых случаях сопровождавшееся тошнотой или рвотой, потемнение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, ощущение онемения конечностей.

Критериями исключения из обследования являлись наличие объективных данных, соответствовавших клинике дисциркуляторной энцефалопатии II–III стадии, в частности, данных за органическую патологию нервной системы.

Распределение пациентов по возрасту и полу

46 пациентов распределены на возрастные группы:

1. от 30 до 40 лет (9 человек);
2. от 40 до 50 лет (21);
3. от 50 до 65 лет (26).

Большую часть исследуемых составляли женщины (39 человек).

Распределение пациентов в зависимости от состояния их церебрального микроциркуляторного русла и наличия или отсутствия в анамнезе данных за сосудистую патологию

В ходе исследования состояния церебральной гемодинамики появилась потребность распределения пациентов на группы соответственно выраженности изменений гемодинамики на уровне микроциркуляторного русла.

При исследовании сосудистого статуса у больных с синдромом недостаточности церебральной гемодинамики преимущественная картина генеза сосудистых нарушений в головном мозге предстает следующим образом:

В первой группе пациентов отмечается наличие жалоб, указывающих на недостаточность церебральной гемодинамики (головные боли, головокружение несистемного характера, чувство тяжести в голове, потемнение в глазах, общая слабость, мелькание черных точек перед глазами, шум в ушах и в голове). Подъем артериального давления при этом отсутствует. Глазное дно — венозное полнокровие без признаков артериального спазма;

Во второй группе клиническая картина аналогична первой, но на глазном дне выявляются признаки артериального спазма, в начале — на периферии, затем — генерализованного.

В третьей группе к жалобам церебрального характера и изменениям на глазном дне присоединяется спазм периферических артерий.

Для пациентов четвертой группы характерна развернутая клиническая картина симптомокомплекса хронической недостаточности кровообращения мозга. На глазном дне обнаруживаются изменения, характерные для артериальной гипертензии.

Обследование пациентов включало: терапевтический осмотр, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, электрокардиографическое исследование, консультации узких специалистов при необходимости.

Неврологическое обследование состояло в осмотре невролога, обследовании глазного дна, электроэнцефалографическом, реоэнцефалографическом, доплерографическом исследовании, иногда добавлялось триплексное сканирование сосудов головного мозга, томография головного мозга.

Методика комплексного мануального обследования пациентов с недостаточностью церебральной гемодинамики включала: 1) общий осмотр, диагностику неоптимальности статического и динамического стереотипов; 2) мануальное мышечное тестирование для уточнения причин нарушений статики и динамики и вызвавших их соматических дисфункций; 3) мануальное остеопатическое обследование кранио-сакральной системы; 4) мануальное остеопатическое обследование висцеральной системы; 5) обследование и лечение фасциальных взаимоотношений (шейно-черепных, черепно-диафрагмальных и др.).

Результаты собственных исследований остеопатического и постурального статуса

У всех пациентов выявлено нарушение статики и динамики в виде формирования неоптимального статического стереотипа, наличие «остановленного падения» (Васильева Л.Ф.) [3,4]. «Падение» вперед и в сторону выявлено у 26, назад и в сторону — у 19 пациентов.

Мануальное мышечное тестирование выявило у подавляющего большинства пациентов гипофункцию, сопровождавшуюся гипертонией следующих мышц: грудиноключичнососцевидной мышцы (31 пациент), передней лестничной мышцы (27 пациентов), мышцы, поднимающей лопатку (19 пациентов), трапециевидной мышцы (37 пациентов), малой грудной мышцы (25 пациентов), подвздошно-поясничной мышцы (23

пациента). Гипофункция, сопровождавшаяся гипотонией, выявлялась чаще в коротких сгибателях головы (36 пациентов) и мышцах передней брюшной стенки (17 пациентов).

Остеопатическое обследование краниосакральной системы по методике Аннлейджера и Магуна позволило выявить следующие расстройства: ограничение подвижности швов черепа и дисфункции основания черепа, в том числе, травматического характера. Чаще встречались торсия и латерофлексия с ротацией. Но наиболее выраженные симптомы недостаточности кровообращения мозга проявлялись у пациентов с компрессией сфено-базилярного синдрома и латеральными стрейнами.

Особое внимание привлек случай компрессии крестца между подвздошными костями с резким ограничением его подвижности и снижением амплитуды и силы кранио-сакрального ритма при отсутствии выраженной патологии со стороны костей и швов черепа. Такое состояние явилось следствием травмы (падение на садовые бугры) в период беременности и клинически выражалось приступами резкой слабости, сопровождавшейся сильными головными болями, иногда приводившей к потере сознания. После восстановления подвижности подвздошно-крестцовых сочленений, снятия компрессии пояснично-крестцового перехода наблюдалось отчетливое улучшение самочувствия, ликвидация приступов, восстановление амплитуды и частоты кранио-сакрального ритма.

Остеопатическое обследование висцеральной системы выявило напряжение связок купола плевры (позвоночно-плевральной, поперечно-плевральной и реберно-плевральной) у 14 пациентов, напряжение связок перикарда — у 15, нарушение динамики пищевода от отверстия диафрагмы — у 17, ограничение подвижности слепой кишки у 24 пациентов (13 из них перенесли ранее аппендэктомию).

Нарушение биомеханики диафрагм выявлено у подавляющего большинства пациентов. 28 человек имели дисфункции верхней апертуры грудной клетки и шейно-грудной диафрагмы, 39 — дисфункцию грудно-брюшной диафрагмы, 31 — дисфункцию тазовой диафрагмы.

Методика комплексной мануальной коррекции пациентов с недостаточностью кровообращения мозга

Все пациенты получали лечение по методике, разработанной нами на базе рекомендаций Новосельцева С.В., Санкт-Петербург, и Т. Лима, Гамбург [8,11]

1. Восстановление подвижности крестца в крестцово-подвздошных суставах, пояснично-крестцовом переходе.

2. Устранение дисфункций тазовой диафрагмы, восстановление биомеханики таза.

3. Освобождение абдоминального напряжения.

4. Устранение дисфункций грудно-брюшной диафрагмы, восстановление биомеханики нижней апертуры грудной клетки.

5. Улучшение венозного возврата в шейно-грудной диафрагме. Восстановление биомеханики верхних ребер, грудино-ключичных суставов и акромиально-ключичных суставов, передней лестничной мышцы, работа на мягких тканях грудной клетки, восстановление подвижности грудины, лопаток, техника лимфатического насоса на грудной клетке.

6. Улучшение венозного возврата в черепно-шейной диафрагме. Работа с мышцами (особое внимание к грудино-ключично-сосцевидной мышце). Уравновешивание глубоких и поверхностных фасций шеи. Устранение дисфункций кранио-цервикального перехода.

7. Улучшение внутричерепного венозного возврата. Устранение дисфункций сфенобазилярного синдрома, коррекция швов основания черепа (затылочно-сосцевидного, петро-югулярного, петро-базилярного). Техника дренажа венозных синусов. Техника коррекции кавернозного синуса. Техника компрессии или экспансии четвертого желудочка.

8. Специальная техника коррекции внутрикостного повреждения между сводом и основанием черепа (моделирование черепа).

9. Специальное обследование верхних шейных ганглиев и верхних шейных нервов и области шейно-грудного перехода (преганглионарные нейроны верхнего шейного ганглия в спинном мозге). Ингибция верхнего и нижнего шейных симпатических ганглиев.

10. Лечение твердой мозговой оболочки и интеграция черепа, крестца и копчика.

Обсуждение

В данной работе рассмотрена роль нарушений фасциальных, черепно-диафрагмальных, лимфо-, гемо- и ликвородренажных взаимоотношений в возникновении синдрома недостаточности церебральной гемодинамики у больных с кардиологической патологией.

Результаты проведенного исследования показали значительную роль в генезе синдрома хронической недостаточности церебральной гемоликвородинамики нарушения механизма венозного дренажа кранио-церебрального бассейна. Нарушение венозного звена церебрального кровообращения в подавляющем большинстве случаев является первым этапом формирования комплекса нарушений гемоликвородинамики головного мозга и черепа в целом. Дренаж церебрального венозного русла напрямую зависит от сохранности подвижности швов костей черепа, так как в области швов располагаются мозговые венозные синусы, и снижение подвижности швов черепа ведет к формированию венозного полнокровия. Последнее, в свою очередь, провоцирует срабатывание защитных регуляторных механизмов, ограничивающих приток крови к головному мозгу. Одним из таких механизмов является церебральный артериальный вазоспазм, который при длительном существовании приводит к ишемизации центральных структур регуляции сосудистого тонуса и к формированию синдрома артериальной гипертензии.

Анализируя взаимоотношение различных патогенетических факторов в формировании синдрома недостаточности церебральной гемодинамики, можно предположительно выделить еще более раннюю стадию развития данного симптомокомплекса, до появления жалоб. Представляется логичным обнаружение на этой стадии при мануальном обследовании нарушения фасциально-диафрагмальных взаимоотношений, влекущих за собой снижение венозного возврата как внутричерепного, так и в черепно-шейной и шейно-грудной диафрагмах, а также признаков дезинтеграции черепа, крестца и копчика. Выявление именно этих признаков представляет наиболее актуальным, позволяя устранять причины

развития сложного симптомокомплекса, влекущего за собой тяжелые осложнения.

Лечение остеопатическими методами позволяет восстанавливать мозговую гемодинамику эффективно, достаточно быстро (улучшение наступает во время первого сеанса мануальной терапии), без осложнений. Во всех случаях отмечалась стойкая нормализация артериального давления в течение курса корпоральной и краниосакральной мануальной терапии.

Также очень эффективна данная методика работы и при лечении метеозависимых пациентов, резистентных к классической гипотензивной фармакотерапии.

Выводы

1. Мануальные методы актуальны в диагностике, лечении и реабилитации пациентов с синдромом церебральной ангиодистонии как раннего проявления хронической недостаточности церебрального кровообращения в силу своей патогенетической направленности, позволяющей восстановить саногенные механизмы без дополнительной фармакологической нагрузки на пациента.

2. Комплексное мануальное обследование кардиологических пациентов позволяет выявлять и устранять важные этиологические факторы генеза синдрома недостаточности мозгового кровообращения, что позволяет указать на важную роль этого обследования в профилактике развития сосудистой патологии в целом.

Литература

1. Акимов Г.А. Начальные проявления сосудистых заболеваний головного мозга Санкт-Петербург, 1983.

2. Аплейджер Дж. Краниосакральная терапия, Санкт-Петербург, 2007.

3. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и мануальной терапии патофизиомеханических изменений мышечно-скелетной системы. Новокузнецк, 1999.

4. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия (клиническая механика и патофизиомеханика): руководство для врачей. Санкт-Петербург, 1999.

5. Верещагин Н.В. Патология вертебробазилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. Москва, 1980.

6. Виленский, Б.С. Неотложные состояния в невропатологии. Санкт-Петербург, 1986.

7. Гусев Е.И., Гречко В.Е., Бурд Г.С. Нервные болезни. Москва, 1987.

8. Лим Т. Практика краниосакральной остеопатии. Санкт-Петербург, 2008.

9. Майерс Т. Анатомические поездки. Санкт-Петербург, 2009.

10. Новосельцев С.В. Введение в остеопатию. Краниодиагностика и техники коррекции. Санкт-Петербург, 2007..

11. Новосельцев С.В. Введение в остеопатию. Частная краниальная остеопатия. Санкт-Петербург, 2009.

12. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. Москва, 1974.