

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У СТУДЕНТОВ ВУЗА

Эпидемиологические исследования хронических болевых синдромов выявляют, что первые два места среди них стабильно занимают болевые синдромы, связанные с патологией позвоночника и головная боль (ГБ). Периодические ГБ вносящие дискомфорт в повседневную жизнь испытывают от 30 до 78% населения (1). У 10-20% населения ГБ является прямой причиной снижения качества жизни и работоспособности. Исследования этой проблемы применительно к учащейся молодежи, несомненно, имеют и медицинское и социальное значение.

Материалы и методы исследования

Наблюдались 213 студентов лечащихся в студенческом санатории-профилактории МГАУ им. В. П. Горячкina за период одного учебного года. Студенты по собственному желанию подавали заявки на бесплатное санаторно-курортное лечение. После общего обследования, студенты направлялись студенческой поликлиникой в санаторий. Поликлиника и санаторий структурно не связаны, врачи поликлиники, и студенты не знали о предстоящем анализе заболеваемости по ГБ.

Все студенты, поступившие на лечение в санаторий, были опрошены на предмет наличия ГБ и вертеброгенных болевых синдромов. Для дальнейшей диагностики, отбирали только случаи с частотой ГБ более 1 раза в месяц, длительностью не менее 6 месяцев, а так же если студент считал, что ГБ снижает качество жизни и, в частности, мешает учебе. Диагноз мигрени (М) и головной боли напряжения (ГБН) поставлен на основании критерииев IHS (1). В основе диагноза цервикогенной ГБ лежали критерии Sjaastad (2).

Студенты с болевыми синдромами обследовались на наличие перикраниальных и шейных мышечных расстройств методами пальпации, гониометрии подвижности C1-2 позвонков и микроволновой термометрии на диагностическом отечественном комплексе РТМ-01-РЭС по ранее описанным методикам (3,4). Обнаружение аномалийного температурного очага на комплексе РТМ-01-РЭС возможно на глубине до 5 см. Способ диагностики шейных мышеч-

ных расстройств при ГБ рекомендован МЗ РФ к применению (4).

Наличие синдрома перикраниальной мышечно-суставной дисфункции (3) при ГБ или мышечно-фасциальных расстройств области шеи без ГБ, являлось показанием для применения метода лечения. Для случаев без ГБ лечение носило профилактический характер. Метод рекомендован МЗ РФ к применению (5) и включает низкоинтенсивную лазерную терапию, адаптированную мануальную терапию и обучение технике изометрической мышечной ауторелаксации шейно-затылочной области. Низкоинтенсивную лазерную терапию проводили аппаратом «Мустанг». Облучали область коротких затылочных мышц, суставов С0-С3, позвоночной артерии и затылочных нервов. В случаях выраженной или распространенной мышечной болезненности дополнительно назначали сеансы внутривенного лазерного облучения крови (аппарат «Мулат», 2 мВт, 10 мин, 5 сеансов). Данную терапию проводили на фоне общепринятого санаторно-курортного лечения назначенного конкретному пациенту.

Результаты лечения оценивали через 3 месяца после терапевтического курса на основании общей оценке результата лечения, динамике числа дней ГБ и интенсивности боли (3).

Данные представлены как $M \pm$ стандартное отклонение.

Результаты

Анализ поликлинических санаторно-курортных карт с которыми студенты направлялись в санаторий выявил, что диагноз ГБ, по частоте (23,5%, 50 человек) занимает третье место после заболеваний опорно-двигательного аппарата (65,2%, 139 человек) и заболеваний желудочно-кишечного тракта (40,8%, 87 человек). Из 50 человек с ГБ, у 39 пациентов также поставлены различные диагнозы заболеваний опорно-двигательного аппарата.

При направленном опросе в санатории-профилактории, ГБ выявлена у 61 человека (28,6%). Из них 49, так же предъявили жалобы на болевые синдромы вертеброгенного генеза. Среднее число дней ГБ в месяц составило

9,5±7,47. У 11 из 61 человека число дней ГБ было 15 и более в месяц. То есть у 18% пациентов с ГБ, или у 5% от их общего числа, отмечена ее хроническая форма. В таб. 1 представлено распределение ГБ по диагнозам.

Из 61 пациента с ГБ, у 55 (90,2%), методом пальпации, микроволновой термометрии и гониометрии C1-2 позвонков выявлены мышечно-фасциальные расстройства перикраниальной и шейной областей, биомеханические нарушения C1-2 позвонков. У этих пациентов был применен комплекс лечения ГБ. Из 152 человек без ГБ, аналогичные расстройства выявлены у 44 (28,9%). У этих пациентов был применен тот же комплекс с профилактической целью. У пациентов с ГБ согласно общей оценке результата лечения через 3 месяца после курса, хорошие и отличные результаты отмечены в 78,2%, средние в 12,7%, отсутствие результатов в 9,1% случаев. Через 3 месяца после лечения число дней ГБ (2,4±1,56) в сравнении с исходом (9,5±7,47) было на 74,7% меньше ($p < 0,001$). Интенсивность боли (1,2±0,06 и 2,02±0,08 баллов соответственно) была меньше на 45,5% ($p < 0,001$).

Обсуждение

В России проблеме головной боли еще не придается должного значения. Между тем это второй по частоте болевой синдром, влияющий на качество жизни, и часто лимитирующий работоспособность человека. В системе Российского образования эта проблема фактически не исследовалась.

Результаты наших предварительных исследований показывают, что 28,6% студентов поступивших на лечение в санаторий-профилакторий предъявляют жалобы на ГБ влияющую, на работоспособность и учебу. Причем у 5% из них диагностирована хроническая ГБ с частотой 15 и более раз в месяц. В эпидемиологических исследованиях популяции от 18 до 65 лет, хроническая ГБ с такой частотой выявлена в

4,1% случаев (6). Следует подчеркнуть, что возраст наших пациентов колебался от 17 до 22 лет.

В наших исследованиях основе диагноза цервикогенной ГБ лежали критерии Sjaastad (2). Критерии Sjaastad широко используются для диагностики цервикогенной ГБ и их преимуществом, в отличие от критериев IHS (1), является большая определенность. Для наших пациентов с диагнозом цервикогенной ГБ по критериям Sjaastad, диагноз по критериям IHS состоял бы из 2 типов ГБ:

Частая эпизодическая (код по ICHD – 2.2.1) или хроническая (код по ICHD 2.3.2) головная боль напряжения ассоциированная с болезненностью перикраниальных мышц.

Возможно цервикогенная (код по ICHD – 11.2.1) ГБ (у 10 человек) или (у 3 человек) ГБ возможно относящаяся к крациоцервикальной дистонии (код по ICHD – 11.2.3).

По нашим данным, более 90% случаев ГБ представлено головной болью напряжения ассоциированной с болезненностью перикраниальных мышц (код по ICHD – 2.2.1 и 2.3.2) и цервикогенной ГБ. При этих типах ГБ выявлена мышечно-фасциальная болезненность области шеи и черепа и нарушение биомеханики крациоцервикального перехода. Аналогичные нарушения у студентов без ГБ выявлены в 28,9% случаев. Следует отметить, что у 78% студентов одновременно с ГБ поставлены диагнозы заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, у наблюдавших нами студентов отмечена высокая частота ГБ, причем значительная часть случаев ГБ связана с мышечным дисбалансом. Это может быть частным следствием известной проблемы состояния опорно-двигательного аппарата учащейся молодежи. Большое значение при этом имеет и образ жизни студентов – длительные тонические нефизиологические позы, в среднем низкий уровень физической активности, психоэмоци-

Таблица 1. Диагностическое распределение головной боли

	Мигрень (1.1.) *	ГБН (2.2.1 или 2.3.2) **	ГБН (2.2.2) ***	Цервикогенная ГБ ****	Всего
количество	4	42	2	13	61
%	6,6	68,8	3,3	21,3	100

* – мигрень без ауры (код по ICHD – 1.1) **частая эпизодическая или хроническая головная боль напряжения ассоциированная с болезненностью перикраниальных мышц (код по ICHD – 2.2.1 и 2.3.2) *** – частая эпизодическая головная боль напряжения не ассоциированная с болезненностью перикраниальных мышц (код по ICHD – 2.2.2) **** – цервикогенная ГБ по критериям Sjaastad

ональные перегрузки, недостаточный или некачественный сон и т.д.

Примененный метод лечения головной боли направленный на нормализацию состояния мышц и позвоночника шейной области показал высокую эффективность. Через 3 месяца после курса, хорошие и отличные результаты отмечены в 78.2%, достоверно снизились число дней ГБ в месяц и ее интенсивность. Компоненты метода – низкоинтенсивная лазерная терапия (по показаниям внутривенное лазерное облучение крови), адаптированные мануальная терапия и техника ауторелаксации мышц направлены на восстановление физиологического тонуса мышц шейной области, подвижности позвоночника, нормализацию их микроциркуляции и трофики. Обучение адаптированной для лечения ГБ технике изометрической мышечной ауторелаксации мышц шеи имеет так же целью поддержание достигнутых результатов лечения и профилактику рецидивов. Важной стороной считаем применение метода только по показаниям – при диагностировании синдрома перикраниальной мышечно-суставной дисфункции. Для диагностики мышечно-fasциальных нарушений кроме рекомендованного IHS (1), но субъективного метода пальпации, использовали и объективный – микроволновую термометрию.

Задача оценить использование метода лечения для профилактики ГБ в настоящее вре-

мя не ставилась. Для сравнения с контрольной группой необходим более длительный период наблюдения. Однако более 50 процентов студентов сообщили об исчезновении ощущений «тяжелой головы», улучшении общего состояния, повышении работоспособности. У 4 человек, как неожиданный результат, купировались головокружения. Таким образом, есть основание считать перспективным, проведение скрининговых обследований для выявления групп риска и последующих профилактических мероприятий в виде нескольких занятий по обучению технике мышечной ауторелаксации или курсов лечебной физкультуры.

Однако полноценной профилактикой заболеваний опорно-двигательного аппарата может быть только комплексная система социальных и организационных мероприятий, большинство из которых не решаются в рамках отдельного вуза, а требуют государственной поддержки и финансирования. В основе этих мероприятий должна лежать пропаганда и стимуляция здорового активного образа жизни молодежи и создание условий для этого. Это оснащение учебных учреждений тренажерами медицинского назначения (лечебно-диагностическими комплексами реабилитации и профилактики заболеваний позвоночника), эргономическими местами для обучения и сна и многое другое.

Список использованной литературы:

1. Гусейнов Т.Ю. Междисциплинарный физиорефлексотерапевтический подход к лечению головной боли. Ж. Неврология и психиатрия, 1999;9:23-27.
2. Микроволновая термометрия как дополнительный диагностический инструментальный критерий перикраниальных и шейных мышечно-суставных нарушений при синдроме хронической головной боли. Методические рекомендации МЗ РФ, М., 2003.
3. Низкоинтенсивная лазерная физиорефлексотерапия в комплексном методе лечения синдрома хронической головной боли. Методические рекомендации МЗ РФ №96/255, М., 1997.
4. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V: Cervicogenic headache: Diagnostic criteria. Headache 1998;38:442-445.
5. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB: Prevalence of Frequent Headache in a Population Sample. Headache 1998;38:497-506.
6. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia, 2004; 25, supp 1 1.