

(1988) для хронических посттравматических ГБ (ПТГБ) характерно возникновение в первые 14 дней после травмы и продолжительность более 8 недель. ПТГБ парадоксально наиболее тяжела и чаще встречается после легких ЧМТ — в 89–92 % случаев. В структуре ПТГБ наибольший удельный вес занимает посттравматическая головная боль напряжения (ГБН). Известно, что при ГБН у 73 % пациентов имеется мышечно-тонический и миофасциальный синдром. Основным методом лечения ГБН является медикаментозный. В то же время, все большее внимание привлекают немедикаментозные способы лечения, так как фармакотерапия имеет противопоказания и у 10 % пациентов в результате применения анальгетиков развивается абзусная головная боль.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности мануальной терапии в лечении хронических посттравматических головных болей напряжения. Объект исследования составили 16 пациентов в возрасте 21–38 лет (средний возраст $32,7 \pm 1,4$ года), перенесших легкую ЧМТ. Всем пациентам проводилось клинко-неврологическое обследование, мануальное мышечное тестирование. При мануальном тестировании определялось наличие гипертонусов в жевательных мышцах, паравертебральных мышцах, верхнешейных сегментах, коротких разгибателях головы, трапецевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышцах, наличие триггерных точек в этих мышцах, функциональные блоки ШОП, шейно-грудного и краниовертебрального переходов. Интенсивность ГБ оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Проводилось нейропсихологическое исследование. По показаниям проводились компьютерная томография головного мозга, рентгенография ШОП, УЗДГ МАГ, транскраниальная доплерография.

Лечение включало в себя 6–8 сеансов мануальной терапии, включавшей в себя методы пости-

зометрической релаксации, ишемическую компрессию триггерных точек, классические мобилизационные методы. Для коррекции нарушений биомеханики области краниовертебрального перехода и ШОП использовались мышечно-энергетические техники («мягкие техники»), как наиболее щадящие и имеющие минимум противопоказаний и осложнений.

В результате проведенного лечения были получены следующие результаты. Выраженное улучшение самочувствия было отмечено в 31,25 % случаев, улучшение самочувствия было зарегистрировано в 56,25 % случаев. В одном случае (6,25 %) было отмечено ухудшение самочувствия и лечение было прекращено на 4-м сеансе. Достоверно снизилось количество дней с головной болью — через месяц после проведенного лечения этот показатель составил $5,8 \pm 0,7$ дня ($p < 0,05$). Показатель ВАШ составил $3,7 \pm 0,6$ балла в сравнении с $5,2 \pm 0,8$ балла до лечения ($p > 0,05$). При исследовании эмоциональной сферы было зарегистрировано снижение уровня тревожности — значение теста Спилбергера-Ханина до лечения было $47,3 \pm 1,4$, а после — $36,8 \pm 1,7$ балла ($p < 0,05$). С целью объективизации результата была проведена оценка эффективности мануальной терапии у данных пациентов по 4-х балльной шкале. Индекс клинической эффективности определялся как средняя величина количества баллов в группе больных получавших лечение и составил 2,25 балла, что интерпретируется как высокая эффективность проведенного лечения.

Таким образом, можно сделать вывод, что мануальная терапия является эффективным методом лечения хронических посттравматических головных болей напряжения и может использоваться в разработке комплексов лечения и реабилитации у пациентов, перенесших ЧМТ.

Э.Б. Борисов, И.Ф. Спрейс

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)
Государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

Самым частым симптомом черепно-мозговой травмы (ЧМТ) во все периоды заболевания является головная боль (ГБ). По критериям Международной классификации (1988) для хронических посттравматических ГБ (ХПТГБ) характерно возникновение в первые 14 дней после травмы и продолжительность более 8 недель. ПТГБ парадоксально наиболее тяжела и чаще встречается после легких ЧМТ — в 89–92 % случаев. В структуре

ХПТГБ наибольший удельный вес занимает посттравматическая головная боль напряжения, второй наиболее распространенной формой являются посттравматические цервикогенные головные боли.

Целью нашего исследования являлось изучение эффективности сочетания мануальной терапии и препарата Кавинтон-форте в лечении ХПТГБ. Объект исследования составили 22 паци-

ента в возрасте 20 – 39 лет (средний возраст $34,2 \pm 1,3$ года), перенесших легкую ЧМТ.

Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование, мануальное мышечное тестирование. При мануальном тестировании определялось наличие гипертонусов в жевательных мышцах, паравертебральных мышцах, верхнешейных сегментах, коротких разгибателях головы, трапециевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышцах, наличие триггерных точек в этих мышцах, функциональные блоки ШОП, шейно-грудного и краниовертебрального переходов. Интенсивность ГБ оценивалась по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Проводилось нейропсихологическое исследование. Изменение церебрального кровотока изучалось при помощи транскраниальной доплерографии (ТКДГ). По показаниям проводились компьютерная томография головного мозга, рентгенография ШОП.

Лечение включало в себя одновременное назначение Кавинтона-форте в суточной дозе 20 мг в течение 4 недель и 7 сеансов мануальной терапии, включавшей в себя методы постизометрической релаксации, ишемическую компрессию триггерных точек, классические мобилизационные методы. Для коррекции нарушений биомеханики области краниовертебрального перехода и ШОП использовались мышечно-энергетические техники, как наиболее щадящие и имеющие минимум противопоказаний и осложнений. Также использова-

лись методы прикладной кинезиологии, направленные на устранение психовегетативных проявлений посттравматического стрессового синдрома.

В результате проведенного лечения субъективное улучшение было зарегистрировано в 81,8 % случаев, незначительное изменение самочувствия было зарегистрировано в 13,6 %. В 1 случае (4,6 %) из-за развития вегетативных пароксизмов лечение было прекращено. При объективном анализе результатов лечения было выявлено, что произошло снижение количества дней с головной болью до $5,1 \pm 0,6$ ($p < 0,05$), интенсивность головной боли, согласно данным ВАШ, снизилась с $5,6 \pm 0,8$ до $3,5 \pm 0,7$ балла ($p < 0,05$). При ТКДГ было отмечено улучшение венозного церебрального оттока в 45,5 % случаев. Использование методик прикладной кинезиологии, направленных на коррекцию нарушений психовегетативной сферы, позволило скорректировать уровень тревожности — согласно данным теста Спилбергера-Ханина он снизился с $48,7 \pm 1,2$ до $32,3 \pm 1,7$ баллов ($p < 0,05$).

Таким образом, можно сделать вывод, что комбинированное назначение Кавинтона-форте, улучшающего церебральный кровоток, и мануальной терапии, нормализующей мышечный тонус и нормальную биомеханику в области краниоцервикального, торакоцервикального переходов и шейного отдела позвоночника, является эффективным способом лечения хронических посттравматических головных болей.

А.И. Брегель, Е.А. Кельчевская, В.В. Андреев

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выяснить эффективность лапароскопии при острой мезентериальной непроходимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Неотложная лапароскопия, клиническая, интраоперационная диагностика.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лапароскопической диагностики за 4 года у 84 больных с острой мезентериальной непроходимостью. Мужчин было 40, женщин — 44. В возрасте до 40 лет был 1 больной, 41 – 50 лет — 4 больных, 51 – 60 лет — 4 больных, 61 – 70 лет — 16 больных, 71 – 80 лет — 39 больных и старше 80 лет был 21 больной.

Длительность заболевания до поступления в стационар составила: до 6 часов — у 12 больных, 6 – 12 часов — у 17, 12 – 24 часов — у 20, свыше 24 часов — у 34 больных. У одного больного острая

мезентериальная непроходимость развивалась в стационаре.

На лапароскопию больные направлялись с подозрением на острую мезентериальную непроходимость (53 больных), острую кишечную непроходимость иного генеза (13), острый холецистопанкреатит (6), перитонит неясного генеза (4), острое желудочно-кишечное кровотечение (3), ущемленную пупочную (2) или паховую (1) грыжу, острый аппендицит (1) и «острый живот» (1 больной).

У 63 больных неотложная лапароскопия выполнена в первые 6 часов нахождения их в стационаре, у 8 — в сроки от 6 до 12 часов, у 7 больных — в сроки от 12 до 24 часов и у 6 больных — более, чем через 24 часа после поступления в клинику.

При острой мезентериальной непроходимости особое значение имеют повторные эндоскопические осмотры брюшной полости через специальную гильзу, оставляемую в передней брюшной стенке. Динамическая лапароскопия была выпол-