

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ ДЕТЕНЗОР И МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВЕРТЕБРО-СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Капустин А.В., Балакирева О.В., Кинляйн К.Л., Деева Т.Ф., Чусляева А.А.
ФГУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава», Медицинский центр
«Детензор-мед», г.Москва, РФ, Институт Детензорологии, г.Рётенбах, ФРГ.

В последнее время появились работы, свидетельствующие о целесообразности и эффективности сочетанного применения системы Детензор и мануальной терапии при некоторой вертебро-соматической патологии (А.Н.Гайдук с соавт.-2006, К.А.Галоян-2006). Авторы в сравнительных исследованиях отмечают более быстрое купирование болевого синдрома, регресс вертебро-неврологической симптоматики, а также снижения психологической дезадаптации (уменьшение повышенного уровня реактивной тревоги и степени депрессивных расстройств), улучшение соматического состояния больных. Применение мануальной терапии при вертебро-соматической патологии подразумевает воздействие на весь позвоночный столб. Однако в ряде случаев это невозможно в связи с наличием остеопороза III-IV степени, аномалий или пороков развития, особенно в шейном отделе позвоночника (ШОП). У больных с бронхиальной астмой нарушения в позвоночнике ухудшают течение основного заболевания и снижают качество жизни. При рентгенологическом исследовании шейного отдела позвоночника (ШОП) у таких пациентов в 63% были обнаружены признаки интранального повреждения этого отдела в виде дислокации шейных позвонков, уплощение или отсутствие шейного лордоза, остеопения и остеопороз, дистрофические изменения (заостренность задне-верхних углов позвонков, задние остеофиты), уменьшения высоты тел позвонков, уплощение тел позвонков, изменения в межпозвонковых дисках. Такие изменения в ШОП требуют соответствующей коррекции позвоночника. Однако, кроме вышеуказанной патологии в 28% случаев выявляется аномалия позвонков и паравертебральных тканей: конкресценция, гипоплазия зубовидного отростка атланта, аномалия Киммерле (оссификация атланта-окципитальной связки с формированием канала для прохождения позвоночной артерии внутрь задней черепной ямки). При аномалии Киммерле развивается каскад патофизиологических нарушений, как-то: пульсирующая стенка позвоночной артерии (ПА) постоянно травмируется о плотное костное узкое кольцо и на этом участке рано формируется атеросклеротическая бляшка, которая также постоянно уменьшает просвет *arteria vertebralis*, что приводит к хронической недостаточности кровообращения в стволе головного мозга. По данным различных авторов аномалия Киммерле встречается в 14-37%.

При поворотах и вращении головы происходит ротация в ШОП на уровне C0-C1-C2, что при аномалии Киммерле может привести к компрессии ПА, а в ее стенке возможны надрывы интимы или трещины в бляшках, с последующим развитием ишемических, эмболических или геморрагических инсультов стволочной локализации. Такие инсульты нередко связывают с занятиями спортом: стрельбой из лука, велосипедными гонками, нырянием и прыжками в воду. Они называются инсультом при аномалии Киммерле, или инсультом «лучника», иначе «*bow hunter's stroke*» (Бахтадзе М.А., Ситель А.Б.-2003), так как только при этом малоподвижном виде спорта можно полностью исключить черепно-мозговую травму. Механизм инсульта «лучника» -это нарушение

кровообращения в вертебро-базилярном бассейне вследствие стеноза и/или окклюзии ПА между поперечными отростками С1-С2 при ротации головы. Компрессия одной ПА, отсутствие достаточной компенсации кровотока по противоположной ПА, несостоятельность задних соединительных артерий, предполагают к развитию инсульта «лучника». В опытах на трупах показано, что ротация и одновременное разгибание головы снижают ток жидкости в контралатеральной ПА. Случаи мозговых инсультов у детей и подростков часто связывают именно с этой патологией. За период с 1978 по 2002 гг. опубликовано 19 статей, посвященных инсульту «лучника». И хотя эта патология не указана в противопоказаниях к применению мануальной терапии (МТ), следует быть предельно осторожным даже при проведении активной и пассивной диагностики, так как в обоих случаях осуществляется ротация в ШОП. А от проведения мобилизации и манипуляций на ШОП при наличии аномалии Киммерле целесообразно воздержаться, так как описано несколько случаев развития геморрагического стволового инсульта в момент проведения МТ, а также ишемического инсульта с развитием выраженного смешанного верхнего и нижнего парапареза (А.А.Скоромец с соавт.-2003). Учитывая сказанное, мы в обязательном порядке выполняем спондиллограмму (боковую) перед назначением МТ. А для коррекции позвоночника используем тракционную систему "Детензор" (К.Кинляйн с соавт.-2006), при применении которой исключается ротация в ШОП. На другие отделы позвоночника можно воздействовать методами МТ. У больных с аномалией Киммерле можно также дополнительно использовать магнитные аппликаторы (отечественные или фирмы "Nikken") в течении длительного времени для улучшения коллатерального кровообращения в ШОП.

Применение в комплексном лечении щадящей тракции позвоночника с помощью системы Детензор и МТ позволяет устранить или уменьшить имеющиеся отклонения в структуре позвоночного столба, восстановить его физиологические изгибы и центр давления [тяжести] тела. Это способствует нормализации вертебро-соматических взаимоотношений, улучшению функции внутренних органов и систем,