

/ J. Neurol. — 2004. — Vol. 251. — P. 1507 — 1514.

7. Ferro J.M., Melo T.P., Guerreiro M. Headaches in intracerebral hemorrhage survivors // Neurology. — 1998. Vol. 50. — P. 203 — 207.

## **КОРРЕКЦИЯ ПОСТУРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МЕТОДОМ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Есин О.Р.<sup>1</sup>, Есин Р.Г.<sup>2</sup>, Хайбуллина Д.Х.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВПО «Казанский федеральный университет»,

<sup>2</sup>ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», Казань, Россия

**Введение.** Частота головной боли напряжения (ГБН) у детей и подростков может достигать 17–90% [1] и имеет тенденцию увеличения с возрастом ребенка. Значимый вклад в генез ГБН делают перикраниальные и шейные мышцы [2], формированию триггерных зон в которых способствуют постуральные перегрузки, в том числе перекрестные синдромы мышечного дисбаланса [3].

**Цель работы:** изучение эффективности эластического кинезиотейпирования для коррекции постуральных нарушений при лечении головной боли напряжения, сочетающейся с напряжением перикраниальной и шейной мускулатуры, у подростков.

**Методы.** Диагностика головных болей проводилась согласно Международной классификации головных болей 3-го пересмотра [4]. Обследовано 78 подростков в возрасте от 12 до 18 лет (средний возраст 14,2±2,4) с частой эпизодической и хронической ГБН с триггерными зонами перикраниальной и шейной мускулатуры, которые в течение 30 дней до терапии вели дневник головной боли. Диагностику мышечной дисфункции проводили пальпаторным [5] и визуальным методом [3]. Методом лечения было выбрано эластичное кинезиотейпирование каждые 5 дней в течение 30 дней. Метод (предложен Кензо Касе в 1973 г.) основан на использовании кинезиотейпов — эластичных клейких лент на хлопковой основе, покрытых гипоаллергенным клеевым слоем, который активизируется при температуре тела [6]. Тейп обеспечивает постоянную поддержку мышц и сухожилий, способствует уменьшению боли и воспаления. Данный метод не ограничивает свободу движения. основополагающим принципом метода является моделирование мышечно-фасциального сегмента с помощью определенного натяжения и направления наклеивания тейпов. При этом воздействию подвергаются кожа, подкожная клетчатка, фасциальные образования, мышцы, связки.

**Результаты.** Средний показатель интенсивности головной боли по визуальной аналоговой шкале составил 63,2±0,9, а среднее количество дней с головной болью — 19,3±4,6. У всех подростков имел место верхний перекрестный синдром мышечного дисбаланса различной степени выраженности. При использовании мышечно-фасциального кинезиотейпинга через 30 дней были получены следующие результаты: средний показатель интенсивности головной боли по визуальной аналоговой шкале составил 3,1±0,4, а среднее количество дней с головной болью — 2,4±1,1 (p<0,05). Через 30 дней пациентам назначалась лечебная физкультура, целью которой являлось устранение мышечного дисбаланса.

**Заключение.** Кинезиотейпирование способствует восстановлению нормального двигательного стереотипа, что приводит к устранению шейных и перикраниальных миогенных триггерных зон и значимому уменьшению частоты и длительности приступов ГБН у подростков. Метод не имеет противопоказаний и нежелательных эффектов (кроме крайне редкой гиперчувствительности к компонентам тейпа), может использоваться как альтернатива мануальным методам лечения или при невозможности иной коррекции позных нарушений.

Литература

1. Abu-Arafeh I, Razak S, Sivaraman B, Graham C. Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol.* 2010; 52(12):1088–1097
2. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина: пер. с нем.— М.: Медицина, 1993, с. 51–52.
3. Janda V. Muscle function testing. Butterworths: London, 1983, 260 p.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 3rd edition (beta version). *Cephalalgia.* 2013;33(9):629–808
5. Симонс Д., Трэвелл Д., Симонс Л. Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по триггерным точкам. В 2 томах. Т. 1: пер. с англ.— 2-е изд., переработанное и дополненное.— М.: Медицина, 2005.— 1192 с.
6. Kase K., Wallis J., Kase T. Clinical Therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method. Tokyo, Japan: Ken Ikai Co Ltd., 2003.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕРВИТИВАЦИИ *SEFALY* В ЛЕЧЕНИИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ**

Журавлева Н.В., Тарасова С.В., Черникова В.В.

Клиника «Первая неврология», Самара, Россия

Головная боль — одна из наиболее частых жалоб пациентов не только в неврологической, но и в общей медицинской практике. Она может быть сигналом серьезного заболевания или же симптомом, сопутствующим состоянию эмоционального напряжения или утомления. Хронические и периодически повторяющиеся головные боли доставляют значительные страдания пациенту, ограничивают его трудоспособность, снижают качество жизни. Помимо медицинской стороны, существует и социально-экономический аспект проблемы головной боли. Финансово-экономические расчеты показали, что головная боль занимает 3-е место по материальным затратам среди неврологических заболеваний после деменции и нарушений мозгового кровообращения [1]. Входит в первую десятку ведущих причин временной нетрудоспособности и снижения качества жизни. Наиболее распространены такие виды головной боли, как: головная боль напряжения — 80%, мигрень — 15%, кластерная головная боль — 0,4%, абюзная головная боль — 3% [2]. С помощью фармакотерапии не всегда удается достичь хороших результатов. И чаще всего причиной этого является плохая переносимость лекарственных препаратов и сопутствующие заболевания, не позволяющие назначить необходимый препарат в адекватной дозе и требуемым курсом. Одним из перспективных методов лечения головной боли, с нашей точки зрения, является чрескожная электронервостимуляция *SEFALY*. Прибор воздействует на