

Возможности мануальной терапии в реабилитации хронической мигрени

М. В. Наприенко, д.м.н., проф.^{1,2}

М. И. Сафонов, к.м.н., ассистент^{1,2}

Е. А. Сурнова, врач функциональной диагностики¹

Л. В. Смекалкина, д.м.н., проф.²

¹ООО «ЦЕФАЛГОЛОГ» — Клиника головной боли и вегетативных расстройств имени академика А. Вейна, г. Москва

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Chances of manual therapy in rehabilitation of chronic migraine

M. V. Naprienko, M. I. Safonov, E. A. Surnova, L. V. Smekalkina

Clinic of headache and vegetative disorders named after academician A. Vein, First Moscow State Medical University n.a. I. M. Sechenov; Moscow, Russia

Резюме

Хроническая мигрень — одна из самых сложных форм первичных цефалгий. Ведение пациентов с хронической мигренью осложняется отсутствием стойкой ремиссии, развитием побочных эффектов медикаментозной терапии. В связи с этим, а также с учетом имеющихся данных о патогенезе и факторах хронизации мигрени важно изучение возможностей немедикаментозных методов лечения и реабилитации хронической мигрени, в том числе с применением мануальной терапии.

Ключевые слова: хроническая мигрень, мануальная терапия, дисфункция перикраниальных мышц, миофасциальная дисфункция, триггерная точка.

Summary

Chronic migraine is one of the most complicated forms of primary headache. Due to absence of persistent remission, the development of side effects of drug therapy management of patients with chronic migraine is severe. In this regard, as well as taking into account the available data on the pathogenesis and factors of chronic migraine, it is important to study the possibilities of non-pharmacological methods of treatment and rehabilitation of chronic migraine, including manual therapy.

Key words: chronic migraine, manual therapy, dysfunction of pericranial muscles, myofascial dysfunction, trigger point.



М. В. Наприенко



М. И. Сафонов



Е. А. Сурнова



Л. В. Смекалкина

Хроническая мигрень (ХМ) — это заболевание, проявляющееся ежедневными или практически ежедневными приступами головной боли (ГБ), которое может развиваться как у пациентов с мигренью без ауры, так и с аурой. Распространенность ХМ в общей популяции составляет 1–2%, в России порядка 6,8% [1]. ХМ и хроническая головная боль напряжения являются наиболее частой причиной ежедневной головной боли [2]. ХМ как причина практически ежедневной ГБ у пациентов трудоспособного возраста приводит к значительному снижению качества жизни, трудоспособности, материальным затратам [3, 4].

К патогенетическим механизмам ХМ относят дисфункцию антиноцицептивных систем ЦНС, изменение возбудимости коры головного мозга, периферическую и центральную сенситизацию [5, 6].

Наиболее важными факторами риска перехода от эпизодической мигрени (ЭМ) к ХМ являются чрезмерное употребление препаратов для купирования приступов мигрени, неэффективная противоприступная терапия, дисфункция перикраниальных мышц, ожирение, депрессия и тревожные расстройства [6, 7].

Для клинической картины ХМ, как правило, характерно постепенное учащение приступов мигренозной ГБ вплоть до ежедневных. При этом, помимо характерных приступов ГБ, отмечается феномен «фоновой» боли [3]. Компонент «фоновой» ГБ при ХМ может иметь некоторые свойства хронической головной боли напряжения (постоянная, диффузная, монотонная).

В связи с тяжелым течением заболевания и множественными коморбидными нарушениями оптимальное ведение пациентов с ХМ должно осуществляться в условиях специализированных центров ГБ; длительность лечения должна составлять не менее года [8, 9].

Доказанной эффективностью в профилактическом лечении при ХМ (уровень А) обладают топирамат [10] и препараты ботулинического токсина типа А (БТА) [11].

У пациентов с ХМ часто встречаются хронические болевые синдромы различной локализации: боль в шее, спине. Известно, что как при ЭМ, так и ХМ боль в шее у пациентов встречается чаще, чем в популяции — 85,7 и 56,7% соответственно, а количество других коморбидных болевых синдромов нарастает с частотой дней головной боли. Вероятность возникновения двух

и более болевых синдромов при ХМ более чем в 10 раз выше, чем при ЭМ [12]. Высокая тоническая активность перикраниальных мышц и мышц шейного отдела при ХМ связана с дисфункцией антиноцицептивных систем и тригеминно-цервикальной системы, что приводит к активации моторных нейронов и формированию мышечно-тонического синдрома в области головы и шейного отдела позвоночника [12, 13]. Таким образом, можно говорить о существенной роли миофасциального синдрома в патогенезе первичных головных болей, что должно учитываться при разработке комплексной терапии ХМ.

С 70-х годов XX века в медицинскую терминологию вошло понятие миофасциальных триггерных точек. Возникновение считается вторичным на фоне длительно существующих функциональных расстройств и антифизиологической нагрузки на скелетно-мышечную систему. Патофизиологическим субстратом формирования триггерной точки является длительное локальное нарушение ионного обмена в мышечной ткани, искажение проприоцептивной афферентации, на фоне чего формируется патологическая импульсация из ЦНС, что ведет к образованию стойкого порочного круга и формированию локального мышечного гипертонуса [14]. Современные исследователи подразделяют триггерные точки на активные и латентные. Активные точки являются непосредственным источником боли. Латентные — источником боли только при их пальпации. Давление на триггерную точку может вызывать боль как в самой точке, так и конкретной удаленной зоне — болевой паттерн [15]. Показано, что надавливание на триггерные точки провоцирует типичную для пациента первичную головную боль — головную боль напряжения (ГБН) в 100%, мигрень — в 96% случаев. При отсутствии первичной головной боли нажатие на триггерные точки провоцировало цефалгию лишь в 57% случаев. Отмечена значимость активных миофасциальных триггерных точек в хронификации первичной головной боли. Наиболее характерные для пациентов с хронической мигренью или хронической ГБН миофасциальные триггерные точки расположены в трапецевидной мышце [16, 17].

В ряде отечественных и зарубежных исследований изучалось значение миогенных триггерных зон в патогенезе мигрени и эффективность мануальной терапии (МТ) мигрени. В исследовании «Значение коррекции неспецифических мышечно-скелетных нарушений в комплексном лечении хронических головных болей» Т. Е. Андреева [18] установила участие неспецифических мышечно-скелетных нарушений в реализации болевого синдрома не только при хронической цервикогенной головной боли, но и других распространенных ХГБ — головной боли напряжения и мигрени (неспецифические мышечно-скелетные нарушения шейной локализации влияют на возникновение или поддержание несистемных головных болей, вегетативной дисфункции, латерализацию головной боли, а также усиливают головную боль при мигрени). Была показана эффективность комплексного лечения пациентов с ХГБ методами дифференцированной мануальной терапии, что позволяет значительно уменьшить фармакологическую нагрузку на пациента. Коррекция неспецифических мышечно-скелетных нарушений шейной локализации повышает эффективность комплексного лечения хронических головных болей (ЦГБ, ГБН и мигрени). Эффективность лечения мигрени составляет 55,5% и выражается в значительном снижении частоты приступов и их интенсивности.

В работе А. Р. Артеменко «Хроническая мигрень: клиника, патогенез, лечение» [19] показана значимая роль сенситизации периферических ноцицепторов миофасциальных перикраниальных структур в поддержании болевого синдрома при ХМ. Регресс проявлений периферической и центральной сенситизации при снижении болевой афферентации от миофасциальных перикраниальных структур в ответ на введение БТА доказывает патогенетическое значение периферической сенситизации в поддержании центральной. Периферическая сенситизация ноцицепторов миофасциальных перикраниальных структур лежит в основе облигатных для ХМ персистирующих мышечно-тонических и миофасциальных нарушений и играет одну из ключевых ролей в поддержании хронического болевого синдрома. Данный феномен подтверж-

дается мета-анализом, проведенным в Италии. Анализ посвящен исследованиям МТ, направленной на устранение триггерных пунктов в зоне головы и шеи у пациентов с первичными головными болями. В мета-анализ было включено семь работ, отвечающих требованиям доказательной медицины, две из которых исследовали пациентов с ЭМ, всего 88 человек. В группах МТ было показано снижение частоты мигренозных приступов в среднем на два приступа в месяц после процедур МТ. Интенсивность приступов после лечения снизилась более чем в два раза. В одном из исследований проводился мониторинг продолжительности мигренозной ГБ, регресс составил порядка 10 часов в месяц.

В работе О. Р. Есина «Миогенный фактор первичных головных болей» [20] выявлена прямая зависимость между выраженностью симптомов депрессии и тревоги и количеством активных миогенных триггерных зон. В результате исследования установлено, что механизмы центральной сенситизации актуальны при головной боли напряжения, а механизмы периферической сенситизации — при мигрени и кластерной головной боли. Установлено, что влияние миогенных триггерных зон на тонус и гемодинамику средней мозговой артерии проявляется функциональным спазмом средней мозговой артерии и наличием ассоциации показателей гемодинамики в средней мозговой артерии с неврологическими симптомами (ощущением тошноты, головокружения, зрительного и акустического дискомфорта). Устранение миогенных триггерных зон приводит к нормализации гемодинамических показателей и регрессу сопутствующих симптомов [21]. По данным еще одного исследования, триггерные пункты в зонах жевательных, височных, затылочных, трапецевидных и лестничных мышц были выявлены у всех 143 пациентов, включенных в исследование. Количество их варьировало от 1 до 9, в среднем 4–5 точек, и статистически значимо не отличалось у пациентов с ХМ и ЭМ [22].

А. С. Зенкевич, Е. Г. Филатова, Н. В. Латышева в исследовании «Мигрень и боль в шее: механизмы коморбидности» [12] проанализировали боль в шее у пациентов с мигренью для

определения возможных механизмов коморбидности данных заболеваний. В исследование включены 63 пациента с хронической мигренью и 40 пациентов с эпизодической мигренью, диагностированной в соответствии с Международной классификацией головной боли третьего пересмотра, версия бета, 2013 г. (МКГБ-3 бета). Для оценки функции антиноцицептивных систем проведено исследование мигательного (МР) и ноцицептивного флексорного (НФР) рефлексов. В результате исследования выявлено, что у пациентов с ХМ боль в шее встречалась чаще, чем у пациентов с ЭМ (53,03 против 14,02%) и были более выражены болезненность, чувствительность и напряжение мышц шеи. Выявлено значимое снижение порогов мигательного и ноцицептивного флексорного рефлексов. Отмечено, что у большого числа пациентов с ХМ боль в шее является неотъемлемым компонентом патогенеза ХМ. Авторы предположили несколько патофизиологических механизмов взаимоотношения мигрени и боли в шее. Мышцы шеи и области краниовертебрального перехода служат источником поступления ноцицептивных импульсов в ЦНС (периферической сенситизации), что способствует хронизации боли. В свою очередь мышечная дисфункция в этой области может являться отражением центральной сенситизации и нарушения нисходящего контроля боли.

В Германии проводилось исследование эффективности мануальной терапии у пациенток с мигренью [23]. В этом исследовании рассматривались мануальная терапия для купирования приступа мигрени и профилактическая мануальная терапия в качестве альтернативы традиционной терапии. Сорок две женщины с мигренью были рандомизированы в группу МТ (n = 21) и контрольную (n = 21). Результаты были оценены тремя анкетами перед лечением (t1) и шесть месяцев спустя (t2). Группа вмешательства получила пять 50-минутных сеансов мануальной терапии в течение 10-недельного периода. Контрольная группа не получала МТ, фиктивного лечения или физической терапии. Пациенты этой группы заполняли только анкеты. Обе группы получали ранее назначенные препараты. Для оценки интенсивно-

сти боли, воздействия мигрени на повседневную жизнь и качества жизни (HRQoL) были использованы анкеты MIDAS и Short Form-36 (SF-36), а также немецкий опросник боли, также учитывалось количество дней с мигренью. Три из восьми областей HRQoL формы SF-36 в группе вмешательства показали значительное улучшение (от t1 до t2) с общим улучшением, проявленным в других доменах. Значительно уменьшились общий показатель MIDAS, интенсивность боли и нарушений трудоспособности из-за мигрени, а также количество потерянных дней. Контрольная группа показала незначительные различия в этих областях.

В Италии проведено исследование с участием 105 пациентов с диагнозом «мигрень» [24]. Пациенты были разделены на три группы: 1) МТ + медикаментозная терапия, 2) имитация МТ + лекарственная терапия и 3) лекарственная терапия. Пациенты получили восемь процедур в течение шести месяцев. Исследование ANOVA показало, что использование МТ приводит к снижению индекса HIT-6, уменьшает потребность в медикаментозной терапии, сокращает количество дней мигрени, интенсивность боли и дезадаптацию. Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что МТ эффективна в терапии мигрени.

Таким образом, данные исследования демонстрируют значимость миогенного фактора в патогенезе ХМ и положительные эффекты использования МТ у пациентов с данной нозологией. Однако большинство исследований проводится с участием пациентов с ЭМ, и вопрос места МТ в лечении пациентов с ХМ остается открытым.

Список литературы

1. Silberstein SD, Blumenfeld AM, Cady RK, Turner IM, Lipton RB, Diener HC, Aurora SK, Sirimanne M, DeGryse RE, Turkel CC, Dodick DW. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: PREEMPT 24-week pooled subgroup analysis of patients who had acute headache medication overuse at baseline. *J Neurol Sci.* 2013.
2. Diener HC, Dodick DW, Goadsby PJ, Bigal ME, Bussone G, Silberstein SD, Mathew N, Ascher S, Morein J, Hulihan JF, Biondi DM, Greenberg SJ. Utility of topiramate for the treatment of patients with chronic migraine in the presence or absence of acute medication overuse. *Cephalalgia.* 2009.
3. Осипова В. В., Табеева Г. Р. Первичные головные боли: диагностика, клиника, терапия: Практическое руководство. М.: Медицинское информационное агентство, 2014.

4. Charles A. Migraine. *The New England Journal of Medicine* 2017.
5. Goadsby PJ, Hargreaves R. Refractory migraine and chronic migraine: pathophysiological mechanisms. *Headache.* 2008.
6. Arne May & Laura H. Schulte. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Neurology* 12. 455–464 (2016).
7. Scher AI, Midgette LA, Lipton RB. Risk factors for headache chronification. *Headache* 2008.
8. Азимова Ю. Э., Табеева Г. Р. Головная боль, связанная с избыточным приемом лекарственных средств (абзусная головная боль) // Фарматека. 2012.
9. Evers S., Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol.* 2010.
10. Diener HC, Dodick DW, Goadsby PJ, Bigal ME, Bussone G, Silberstein SD, Mathew N, Ascher S, Morein J, Hulihan JF, Biondi DM, Greenberg SJ. Utility of topiramate for the treatment of patients with chronic migraine in the presence or absence of acute medication overuse. *Cephalalgia.* 2009.
11. Silberstein SD, Blumenfeld AM, Cady RK, Turner IM, Lipton RB, Diener HC, Aurora SK, Sirimanne M, DeGryse RE, Turkel CC, Dodick DW. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: PREEMPT 24-week pooled subgroup analysis of patients who had acute headache medication overuse at baseline. *J Neurol Sci.* 2013.
12. Зенкевич А. С., Филатова Е. Г., Латышева Н. В. Мигрень и коморбидные болевые синдромы. Медицинский совет. 2016.
13. Louter MA, Bosker JE, van Oosterhout WP, van Zwet EW, Zitman FG, Ferrari MD, et al. Cutaneous allodynia as a predictor of migraine chronification. *Brain* 2013.
14. Partanen J. V., Ojala T. A., Arokoski J. P. A. Myofascial syndrome and pain: a neurophysiological approach // *Pathophysiology.* — 2010. — Т. 17. — № 1. — С. 19–28.
15. Егоров И. В. Миофасциальная боль: от Вирхова до наших дней // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2014. — № 3.
16. Азимова Ю. Э., Табеева Г. Р. Теносискам (тексамен) в лечении острой цервикалии: результаты открытого сравнительного исследования // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2014. — Т. 114. — № 4. — С. 47–51.
17. Есин О. Р., М. В. Наприенко, Р. Г. Есин. Современные принципы лечения головной боли напряжения. Медицинский альманах. 2011.
18. Андреева Т. Е. Значение коррекции неспецифических мышечно-скелетных нарушений в комплексном лечении хронических головных болей. Москва. 2006 г.
19. А. Р. Артеменко. Хроническая мигрень: клиника, патогенез, лечение. 2010 г.
20. Есин О. Р. Миогенный фактор первичных головных болей. 2013 г.
21. Celik D., Mutlu E. K. Clinical implication of latent myofascial trigger point // *Current pain and headache reports.* — 2013. — Т. 17. — № 8. — С. 353.
22. Ferracini G. N. et al. Myofascial trigger points and migraine-related disability in women with episodic and chronic migraine // *The Clinical journal of pain.* — 2017. — Т. 33. — № 2. — С. 109–115.
23. Voigt K, Liebnitzky J, Burmeister U, Sihvonon-Riemenschneider H, Beck M, Voigt R, et al. Efficacy of osteopathic manipulative treatment of female patients with migraine: results of a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med.* 2011.
24. Ceritelli F, Ginevri L, Messi G, Caprari E, Di Vincenzo M, Renzetti C, Cozzolino V, Barlaante G, Foschi N, Provinciali L. Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* 2015.

