

А. В. Левин, А. Д. Викулов

Физическая реабилитация больных миофасциальным болевым синдромом с явлениями гипермобильности позвоночно-двигательного сегмента в шейном отделе позвоночника

Болевые синдромы шейного отдела позвоночника представляют собой мультидисциплинарную проблему и их устранение является актуальной задачей современной медицины вследствие больших экономических потерь, связанных с их высокой распространенностью среди лиц наиболее трудоспособного возраста. В последние годы в мире растет тенденция к увеличению хронической патологии позвоночника и инвалидизации больных.

Ключевые слова: боль, синдром, шея, отдел позвоночника, медицина, патология позвоночника, гипермобильность, инвалидизация, реабилитация, остеохондроз.

A. V. Levin, A. D. Vikulov

Physical Rehabilitation of Patients with Myofascial Pain Syndrome with Phenomena of Hyper Mobility of a Vertebral and Motive Segment in the Cervical Department of the Backbone

Pain syndromes of the cervical spine are a multidisciplinary issue and an urgent task of modern medicine because of the large economic losses associated with their high prevalence among the most able-bodied population. In recent years, the world growing tendency is increased in chronic diseases of spine and disability of patients.

Keywords: pain, a syndrome, a neck, a backbone department, medicine, backbone pathology, hyper mobility, invalidization, rehabilitation, osteochondrosis.

Болевые синдромы шейного отдела позвоночника представляют собой мультидисциплинарную проблему, являющуюся актуальной для современной медицины вследствие больших экономических потерь, связанных с их высокой распространенностью среди лиц наиболее трудоспособного возраста. В последние годы в мире растет тенденция к увеличению хронической патологии позвоночника, инвалидизации больных и омоложению этих явлений. Проявления остеохондроза позвоночника, миофасциальные болевые синдромы выявляются у 30–80 % взрослого населения, преимущественно в возрасте 25–55 лет, достигая 90 % в общей структуре неврологических заболеваний. По данным Министерства здравоохранения РФ, болезни костно-мышечной системы в общей структуре заболеваемости населения Российской Федерации за последние 5 лет составляли: среди взрослых – 8 %, среди подростков – 6 %, а среди детей – 3 %. Актуальность острых и хронических мышечных болей настолько высока, что в ряде высокоразвитых стран создаются ассоциации специалистов по мышечно-скелетной терапии, выпускаются специальные журналы и монографии.

Миофасциальные болевые синдромы, обусловленные неспецифическим поражением по-

перечно-полосатых мышц и фиброзных структур, чрезвычайно распространены в клинической практике. Их частота среди взрослого населения достигает 15–30 %, а в отдельных профессиональных группах – 40–90 %. Характерной особенностью подобной патологии является наличие изменений в мягких, преимущественно мышечно-сухожильно-периартикулярных, структурах, в так называемых миофасциальных триггерных точках (МТТ).

Проблема хронических миофасциальных болевых синдромов актуальна у пациентов различного возраста, так как клиника в течение патологического процесса в значительной мере зависит от существующих возрастных изменений в функционировании нервной системы и сопутствующей возрастной патологии. Как следствие, растут затраты государства на лечение, содержание больных по причине временной или полной утраты трудоспособности. Ведущее место в лечении и профилактике вертеброгенной патологии занимает медицинская реабилитация или восстановительная терапия, согласно определению ВОЗ, призванная восстанавливать нарушенные функции организма, повышать качество жизни и сохранять трудоспособность населения.

Анализ отечественной и зарубежной литературы выявил, что для восстановления статокинематики позвоночника у этих пациентов специалисты использовали следующие методы лечения:

- лечебную физкультуру;
- медикаментозное и физиотерапевтическое лечение;
- мануальную терапию;
- лечебный массаж и различные виды тракционного лечения.

В настоящее время методики восстановительного лечения больных с миофасциальным болевым синдромом с явлениями гипермобильности позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) в шейном отделе позвоночника базируются в основном на применении медикаментозной терапии, укреплении «мышечного корсета» шеи и плечевого пояса. Вместе с тем, единичные публикации по вопросу физической реабилитации этих пациентов разноречивы, физические упражнения подобраны спонтанно, без учета особенностей биомеханики шейного отдела позвоночника, его деформаций и проявлений миофасциального болевого синдрома. На основании анализа публикаций трудно представить эффективность того или иного метода, направленного на восстановление нарушенных функций, исходя из стадии патологического процесса и толерантности пациентов к физической нагрузке. В связи с этим представляется возможным разработать и научно обосновать сочетанное применение различных средств физической реабилитации этого контингента больных.

На основании изучения клинко-биомеханических нарушений в шейном отделе позвоночника нами была разработана программа физической реабилитации больных миофасциальным болевым синдромом с явлениями гипермобильности ПДС на стационарном этапе для улучшения качества жизни.

Характерными клинко-биомеханическими особенностями больных с миофасциальным болевым синдромом с явлениями гипермобильности ПДС являются: возникновение большого количества болезненных триггерных точек в мышцах шеи и плечевого пояса, проявляющихся болью, спазмом и снижением силы мышц, ограничением объема движений.

Рентгенологически определяется гиперлордозирование или гиперкифозирование шейного отдела позвоночника, наличие гипермобильных ПДС на различных уровнях позвоночника, осо-

бенно на уровне С4-С5 и С3-С4. Нарушения стабильности пораженных ПДС шейного отдела позвоночника (гипермобильность), а также активация триггерных точек в области шеи и плечевого пояса приводит к хронической болезни, к ухудшению качества жизни пациентов.

Физическую реабилитацию настоящего контингента больных следует проводить в 3 этапа.

Первый этап (2–3 дня) – направлен на миорелаксацию. Задачами физической реабилитации на этом этапе являются купирование боли и снижение мышечного спазма за счет инактивации триггерных точек физическими упражнениями, ишемической компрессией, ПИР, коррекцией положением, массажем и дыхательными упражнениями.

Второй этап (10–14 дней) – миокоррекция и создание оптимального двигательного стереотипа. Задачами 2-го этапа являются восстановление нормального крово- и лимфообращения в области патологического очага с целью стимуляции регенеративно-репаративных процессов, устранение патобиомеханических изменений позвоночника и укрепление мышц шеи и плечевого пояса (восстановление баланса между фазическими и постуральными мышцами). Средствами физической реабилитации на этом этапе являются физические упражнения различной направленности (на релаксацию мышц, изометрические, изотонические, с использованием фитболов), массаж и рефлекторные воздействия – ПИР, пострессиционная релаксация (ПРР) и инактивация ТТ в сочетании с точечным массажем.

Третий этап (4–6 недель) – миотонизация и закрепление новых статокинетических установок. Задачами этого этапа были дальнейшее укрепление мышц шеи и плечевого пояса с целью стабилизации гипермобильных ПДС шейного отдела позвоночника и восстановление оптимального динамического стереотипа.

К средствам физической реабилитации на этом этапе добавляются специальные упражнения в зависимости от характера деформации позвоночника (гиполордоз или гиперкифоз), упражнения с дозированным сопротивлением и отягощением, на гимнастических снарядах и с гимнастическими предметами, упражнения и плавание в бассейне.

Применение указанной программы физической реабилитации позволило получить у больных основной группы улучшение всех изучаемых показателей, которые были статистически

достоверно лучшими ($p < 0,05$), чем у представителей контрольной группы.

Разработанная программа физической реабилитации больных с миофасциальным болевым синдромом с явлениями гипермобильности ПДС в шейном отделе позвоночника значительно повышала их психическую активность, настроение, обеспечивала более высокий уровень психологической и социальной адаптации, улучшила показатели качества жизни.

По шкале САН показатели самочувствия, активности и настроения у больных ОГ стали достоверно лучше ($p < 0,05$), чем у представителей контрольной группы.

Показатель качества жизни у больных основной группы также был выше, чем у представителей контрольной группы ($p < 0,05$).

Разработанная программа физической реабилитации, благодаря сочетанному применению различных средств физической реабилитации, позволяет начинать реабилитационные воздействия в стадии выраженных клинических проявлений заболевания. Это дает также возможность полностью отказаться от тракционной и манипуляционной терапии на шейном отделе позвоночника, избежать травматизации и до минимума снизить побочные реакции.

Инактивация ТТ в мышцах шеи и плечевого пояса привела к снижению мышечного спазма, что способствовало уменьшению болей в шее и межлопаточной области, исчезновению головных болей и улучшению состояния больных.

На основе проведенного нами исследования были выработаны следующие рекомендации и подходы к коррекции заболевания:

1. Применение восстановительного лечения больных с миофасциальным болевым синдромом с явлениями гипермобильности ПДС шейного отдела позвоночника, включающего, кроме комплекса физических упражнений, приемы методики ишемической компрессии, направленные на инактивацию миофасциальных триггерных точек, коррекцию положением, а также выбор исходных положений, психотерапевтические мероприятия, гидрокинезиотерапию, классический массаж и методики ПИР и ПРР для релаксации мышц шеи и плечевого пояса.

2. Занятия при физической реабилитации больных с миофасциальным болевым синдромом с явлениями гипермобильности ПДС шейного отдела позвоночника, так же, как и курс лечения, в целом строятся как единый тренировочный цикл, с индивидуальной продолжительностью

первого, второго и третьего этапов, обучением в заключительном периоде больных самостоятельным занятиями. Занятия проводятся только в форме индивидуальных ежедневных тренировок, продолжительностью около 60 мин., и комплекса восстановительных мероприятий продолжительностью от 2 до 3 часов.

3. Особенности первого этапа физической реабилитации определяются выраженностью болевого синдрома, двигательных нарушений и наличием ТТ. Основные задачи вводного периода:

- купирование боли;
- снижение спазма мышц.

Средствами физической реабилитации для решения этих задач являются:

- разгрузка пораженного отдела позвоночника;
- коррекция положением;
- массаж (поглаживание, растирание);
- дыхательные упражнения;
- инактивация ТТ с помощью физических упражнений и ишемической компрессии;
- постизометрическая релаксация мышц;
- физические упражнения, направленные на расслабление пораженных мышц;
- психотерапия.

4. На втором этапе (миокоррекция) с целью создания оптимального статокинематического стереотипа наряду с задачами устранения патобиомеханических изменений позвоночника решаются вопросы восстановления баланса между физическими и постуральными мышцами, производится коррекция деформации шейного отдела позвоночника, расслабление пораженных мышц, улучшение психоэмоционального состояния больных. Продолжительность второго этапа – от 10 до 14 дней. Основные задачи:

- укрепление мышц шеи и плечевого пояса с целью стабилизации гипермобильного ПДС позвоночника;
- восстановление оптимального динамического стереотипа, устранение патобиомеханических изменений позвоночника.

Средствами физической реабилитации для решения этих задач являются:

- физические упражнения, направленные на релаксацию пораженных мышц;
- физические упражнения в изометрическом и изотоническом режиме; физические упражнения на фитболе;
- метод постизометрической релаксации (ПИР);

– метод постреципрокной релаксации (ПРР);
– методика ишемической компрессии, направленная на инактивацию ТТ.

5. На третьем этапе (миотонизация) осуществляются все реабилитационные и педагогические мероприятия с целью закрепления новых статокинематических установок, решаются следующие задачи:

– укрепление мышц шеи и плечевого пояса с целью стабилизации гипермобильного ПДС позвоночника;

– восстановление оптимального динамического стереотипа. Продолжительность этого этапа – 4–6 недель.

Средствами физической реабилитации для решения этих задач являются:

– изотонические упражнения, направленные на восстановление подвижности в шейном отделе позвоночника;

– изометрические упражнения для мышц шеи и плечевого пояса;

– упражнения с дозированным сопротивлением (руки методиста, эспандер);

– упражнения на фитболе;

– упражнения, направленные на восстановление нормальной осанки;

– упражнения, направленные на укрепление мышц туловища и конечностей:

а) упражнения с сопротивлением и отягощением;

б) упражнения на гимнастических снарядах и с гимнастическими предметами;

– упражнения, направленные на коррекцию деформаций пораженного отдела позвоночника;

– упражнения, направленные на расслабление пораженных мышц;

– упражнения, направленные на укрепление паравертебральных мышц и увеличение подвижности пораженного отдела позвоночника;

– упражнения плавательного характера (на спине – при гиперлордозе и на животе – при гиполордозе);

– классический массаж.

6. В качестве общего принципа необходимо обратить внимание на следующее:

а) при выполнении физических упражнений не должно быть болевых ощущений;

б) следует избегать резких рывковых, движений в шейном отделе позвоночника.

7. Необходимым условием для более быстрой реабилитации больных с болевым синдромом является ранняя диагностика психологического состояния, а также включение в реабилитационный процесс методов психокоррекции (рациональная психотерапия), массажа (седативная методика), физических упражнений на расслабление мышц, применение физических упражнений в бассейне и постизометрической релаксации.

8. Для индивидуализации программы физической реабилитации необходимо разработать план лечения, основой которого является этапность восстановительных мероприятий, подбор средств физической реабилитации и прогнозирование течения заболевания. Чтобы правильно планировать индивидуальную программу, необходимо разработать форму, в которой записывается ежедневное состояние больного, в том числе количество ТТ, выраженность боли до и после занятий, отношение больного к участию в занятии, ЧСС больного на занятиях и между ними, состояние сна, усталость и др.

9. Разработанная программа восстановительного лечения больных с миофасциальным болевым синдромом с явлениями гипермобильности ПДС шейного отдела позвоночника может применяться в неврологических, травматолого-ортопедических и физиотерапевтических отделениях лечебно-профилактических учреждений, в реабилитационных центрах, центрах здоровья, а также в санаторно-курортных условиях.