

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ШЕЙНЫХ ДОРСАЛГИЯХ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ
МЕТОДАМИ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ГОМЕОСИНИАТРИИ

С.А. ГУРОВ, А.В. ЛЕВИН

НОУ ВПО «Медицинский институт «РЕАВИЗ», ул. Чапаевская, 227, г. Самара, Россия, 443001

Аннотация. Целью настоящей работы было изучение эффективности сочетанной терапии миофасциального болевого синдрома с применением мануальной терапии проводимой методом «редрессации» и гомеосиниатрии препаратом «Траумель-С» в коррекции шейной неспондилогенной дорсалгии. Применение данных методов лечения дает выраженный и стойкий алгический эффект, лишены побочных эффектов и способствуют снижению времени нетрудоспособности.

Ключевые слова: миофасциальный болевой синдром, шейная неспондилогенная дорсалгия, мануальная терапия, гомеосиниатрия.

MYOFASCIAL PAIN SYNDROME AT THE CERVICAL DORSALGIA AND ITS CORRECTION BY
MEANS OF THE MANUAL THERAPY AND HOMEOSINIATRY

S.A. GUROV, A.V. LEVIN

Medical Institute "REAVIZ" str. Chapayevskaya 227, Samara, Russia, 443001

Abstract. The purpose of this work was to study the effectiveness of combination therapy of myofascial pain syndrome by means method of manual therapy "redressable" and homeosiniatric drug "Traumeel-S" in the correction of the non-spondylogenic dorsalgia. The use of these treatment methods gives a pronounced and persistent analgesic effect, without side effects and allows to reducing the time of disability.

Key words: myofascial pain syndrome, cervical non-spondylogenic dorsalgia, manual therapy, homeosiniatry.

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) один из распространенных клинических проявлений скелетно-мышечной патологии, переходящий в фибромиалгию или несуставной ревматизм. Клинический феномен, обусловленный МФБС, встречается в 85% случаев у лиц наиболее работоспособного возраста и не имеет тенденции к сокращению в популяции. Короткая ремиссия, продолжительная нетрудоспособность, высокая инвалидизация пациентов (до 14,6%) указывают на недостаточную эффективность существующих методов его лечения и профилактики [3].

Основной причиной миофасциального болевого синдрома является статическое или динамическое перенапряжение мышц, ведущее к формированию контрактур отдельных миофибрилл, развитием в них гипоксии, накоплением недоокисленных продуктов метаболизма и повышением проницаемости клеточных мембран. Алгическая стадия заболевания, переходит в органическую, мышечно-дистрофическую или триггерную. Как первичный центральный генератор, *миофасциальный триггерный пункт* (МФТП) может индуцировать образование вторичных, третичных и следующих поколений ассоциированных МФТП [7].

Основным клиническим проявлением МФБС является боль, локализованная в глубине ткани. Ее интенсивность зависит от стадии патологического процесса. Главная особенность миофасциальной боли - это ее локализация. Болевой паттерн, носит отраженный характер. Диагностика МФБС усложняется тем, что болевая зона формируется не одним активным триггером, а несколькими, в смежных мышцах или мышцах-антагонистах. Вторичные триггеры формируются и в мышцах-синергистах, которые постоянно перегружены из-за снижения нагрузки на пораженную мышцу [2].

Миофасциальная боль возникает при нарушении двигательного паттерна, искривлении осанки, сколиозе с кифотической деформацией грудной клетки и синдромом короткой ноги, плоскостопии, асимметрии костей таза и т.п. Факторами риска скелетно-мышечных болевых синдромов могут стать – занятие тяжелым физическим трудом, статические перегрузки, вибрация; длительная иммобилизация, сдавление мышц неудобной одеждой, нарушение питания, и патология внутренних органов [2].

Миофасциальный синдром представляет болезненное состояние, с мышечной дисфункцией и спазмами. Необходимо обращать внимание на особенности болевого синдрома, анамнез и соматическое обследование пациента, отсутствие связи боли с движением, сохранение ее в ночное время, наличие в анамнезе злокачественного новообразования, ВИЧ-инфекции и т.д. [4].

Медикаментозная терапия остается ведущим методом в лечении миофасциального болевого синдрома, заключающаяся в применении нестероидных противовоспалительных препаратов. Однако, длительное

применение данных препаратов влечет за собой диспепсические расстройства, язвообразование, кровотечения и другие осложнения со стороны внутренних органов пациента [1].

Определенные успехи, достигнутые в лечении МФБС при шейных дорсалгиях, в ряде случаев это оказываются недостаточно эффективными, поэтому продолжается поиск новых методов коррекции данной патологии. Одним из таких методов является предложенное нами сочетанное применение мануальной терапии с миофасциальными блокадами с использованием гомеопатических препаратов [8].

Целью исследования – было изучение эффективности сочетанной терапии миофасциального болевого синдрома с применением мануальной терапии проводимой методом «редрессации» и гомеосиниатрии препаратом «Траумель-С» в коррекции шейной неспондилогенной дорсалгии.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной нами цели было пролечено 120 пациентов с данной патологией в возрасте до 40 лет (средний возраст – $38,7 \pm 2,7$ года). Больные были разделены на 3 группы. В первую из них вошли 40 человек, в лечении которых использовали сочетанную терапию заключающуюся в назначении мануальной терапии проводимой методом «редрессации» и гомеосиниатрию препаратом «Траумель-С». Вторую группу составили 40 человек, которым проводилась только мануальная терапия методом «редрессации». Третью (контрольную) группу составили 40 человек которым проводилась базисная медикаментозная терапия. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, стадии заболевания, клиническим симптомам.

Применяемый нами метод «редрессации» или «растяжения протяжения» представляет собой постоянное равномерное воздействие на заинтересованные триггерные миофасциальные зоны руками или пальцами врача от нескольких секунд до минут и более. Этот метод имеет ряд преимуществ по сравнению другими традиционными методами мануального воздействия заключающихся в следующем: во-первых, пациент не следит за дыхательными синергиями своего организма, процесс дыхания протекает в обычном режиме; во-вторых, в момент сеанса лечения физическая нагрузка полностью ложится на мануального терапевта, при этом пациент отдыхает; в-третьих, при релаксации восстанавливается психо-физиологическое состояние пациента и позитивный его настрой на дальнейшее лечение.

При использовании метода гомеосиниатрии нами использовался гомеопатический препарат «Траумель-С», так как данный препарат обладает выраженным противоотечным, иммунологическим, антиирритационным, противовоспалительным и анальгезирующим действием. Кроме того этот препарат практически не имеет осложнений и хорошо переносится пациентами [9, 10].

Введение препарата осуществлялось миофасциально в триггерные зоны соединительно-тканых пучков трапецевидной, кивательной мышц, в мышечно-фасциальные триггерные пункты ротаторов мышц головы и шеи по 2,2 мл в одну мышцу [5, 6, 11].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась на персональном компьютере в среде Windows вариационно-статистическим методом с использованием программы STATISTIKA 6.0. При этом учитывалось значение средних арифметических (\bar{x}), среднеквадратических отклонений (σ). По критерию Стьюдента оценивалась значимость отличий средних арифметических в сравниваемых группах при постоянно заданном уровне значимости ($p=0,05$). В случае, когда эмпирически рассчитанное значение критерия Стьюдента превышало его критическое значение, отличие средних арифметических признавалось значимым. Для установления взаимосвязи между изучаемыми показателями, полученными в процессе исследования, проводился корреляционный анализ методом вычисления коэффициента корреляции.

Результаты и их обсуждение. Лечение проводилось в амбулаторных условиях на базе ММСЧ №1 и ГБУЗСО санаторий «Поволжье» г. Самара. У всех больных перед проведением монотерапии методом мануальной терапии и гомеосиниатрии было получено письменное согласие на эти виды лечения.

Сочетанное лечение с применением мануальной терапии методом «редрессации» в сочетании с гомеосиниатрией препаратом «Траумель-С», проводилось курсом 10-12 процедур, через день. Купирование клинических проявлений заболевания наступало на 3-4 сутки, что в среднем на 3-4 дня раньше, чем у пациентов, в лечении которых использовалась только традиционная медикаментозная терапия и на 2-3 дня раньше, чем у пациентов в лечении которых применялась только мануальная терапия методом «редрессации». Нами также было установлено, что сочетанное применение мануальной терапии методом «редрессации» в сочетании с гомеосиниатрией препаратом «Траумель-С», обладает быстрым и стойким эффектом. Средняя продолжительность пребывания пациентов на больничном листе составила $9 \pm 1,2$ дня и была на 3-4 дня меньше, чем при медикаментозном лечении.

По результатам проведенных исследований была проведена статистическая обработка полученных результатов, отражающих купирование клинических проявлений заболевания и стабильную нормализацию двигательной активности мышц шеи и показала, что различия между I и II группами больных оказалась статистически не значимыми ($p>0,05$). Различия между I и III группами и между II и III группами по тем же признакам статистически значимы ($p<0,05$).

Таким образом, мануальная терапия проводимая методом «редрессации» в сочетании с гомеосиниатрией препаратом «Траумель-С» дает выраженный и стойкий алгический эффект. Предложенный нами сочетанный метод лечения МФБС с применением мануальной терапии методом «редрессации» и гомеосиниатрии препаратом «Траумель-С» лишен побочных эффектов и способствует снижению времени нетрудоспо-

способности. Гомеосиниатрию препаратом «Траумель-С», по нашему мнению, целесообразно использовать в практической медицине в виде комплексной терапии миофасциального болевого синдрома.

Литература

1. Агасаров Л.Г. Руководство по рефлексотерапии, 2001. 303 с.
2. Девликамова Ф.И. Нейрофизиологическая характеристика двигательных единиц скелетных мышц у больных с миофасциальным болевым синдромом: Автореф. дисс. к. мед. наук. Казань, 1996.
3. Иваничев Г.А. Мышечно – связочно – фасциальная боль // Мануальная терапия. 2001. №1. С. 30–37.
4. Кукушкин М.Л. Системные механизмы развития нейрогенных болевых синдромов: Автореф. Дис. Д.м.н. Москва, 1995. 40 с.
5. Руководство по триггерным точкам. Том I. Пер. с англ. М.: Медицина, 2005. 52 с.
6. Тузлуков А.П., Горбатовская Н.С. Инъекционная терапия болевых мышечно-фасциальных синдромов. Всесоюзная конференция ревматологов. Тезисы докладов. М., 2001. С. 321.
7. Есин Р.Г., Рогожин А.А. Клиническая миология. Казань, 2003. 271 с.
8. Фергюсон Л.У. Лечение миофасциальной боли. Клиническое руководство/ Люси Уайт Фергюсон, Роберт Гервин; Пер. с англ.; Под общ. Ред. М.Б. Цыгунова, М.А. Еремускина. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 544 с.
9. Фразе Б., Бауэр Г. Современная гомеосиниатрия: практическое руководство. Т.1. Пер.с нем. М.: Арнебия, 2005. 128 с.
10. Мартиросян Р.В., Капанадзе Г.Д. [и др.]. Гистологическое изучение сравнительной эффективности раздельного применения остеоматериалов (наноструктурированных гидроксиапатита и β - трикальцийфосфатной керамики) и их комбинаций с Траумель-С // Биомедицина. 2012. №2. С.75–79.
11. Bezerra Rocha CA, Sacher TG, Tesseroli de Siqueria JT. Miofascia trigger point; a possible way of modulating tinnitus // Audio Neurootol. 2008. №13. P. 153–60.

References

1. Agasarov LG. Rukovodstvo po refleksoterapii; 2001. Russian.
2. Devlikamova FI. Neyrofiziologicheskaya kharakteristika dvigatel'nykh edinitits skeletnykh myshts u bol'nykh s miofatsial'nym bolevym sindromom [dissertation]. Kazan' (Respublika Tatarstan); 1996. Russian.
3. Ivanichev GA. Myshechno – svyazochno – fatsial'naya bol'. Manual'naya terapiya. 2001;1:30-7. Russian.
4. Kukushkin ML. Sistemnye mekhanizmy razvitiya neyrogennykh bolevykh sindromov [dissertation]. Moscow; 1995. Russian.
5. Rukovodstvo po triggernym tochkam. Tom I. Per. s angl. Moscow: Meditsina; 2005. Russian.
6. Tuzlukov AP, Gorbатовskaya NS. In"ektsionnaya terapiya bolevykh myshechno-fatsial'nykh sindromov. Vsesoyuznaya konferentsiya revmatologov. Tezisy dokladov. Moscow; 2001. Russian.
7. Esin RG, Rogozhin AA. Klinicheskaya miologiya. Kazan'; 2003. Russian.
8. Ferguson LU. Lechenie miofatsial'noy boli. Klinicheskoe rukovodstvo/ Lyusi Uayt Ferguson, Robert Gervin; Per. s angl.; Pod obshch. Red. M.B. Tsygunova, M.A. Eremushkina. Moscow: MEDpress-inform; 2008. Russian.
9. Frazе B, Bauer G. Sovremennaya gomeosiniatriya: prakticheskoe rukovodstvo. T.1. Per.s nem. Moscow: Arnebiya; 2005. Russian.
10. Martirosyan RV, Kapanadze GD, et al. Gistologicheskoe izuchenie sravnitel'noy effektivnosti razdel'nogo primeneniya osteomaterialov (nanostrukturnirovannykh gidroksiapatita i β -trikal'tsiyfosfatnoy keramiki) i ikh kombinatsiy s Traumel'-S. Biomeditsina. 2012;2:75-9. Russian.
11. Bezerra Rocha CA, Sacher TG, Tesseroli de Siqueria JT. Miofascia trigger point; a possible way of modulating tinnitus. Audio Neurootol. 2008;13:153-60.