

# КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ МИОФАСЦИАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ ШЕЙНО-ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОЙ ОБЛАСТИ

Л.Г. Агасаров<sup>1,2</sup>, А.В. Болдин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Профессиональная ассоциация рефлексотерапевтов (г. Москва),

<sup>1,2</sup>ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» Минздравсоцразвития России (г. Москва)

## Complex approach to the correction of cervical-, humeroscapular myofascial syndromes

L.G. Agasarov<sup>1,2</sup>, A.V. Boldin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professional association of reflextherapists (Moscow, Russia),

<sup>1,2</sup>FSBI RSC "Medical rehabilitation and balneology" (Moscow, Russia)

### РЕЗЮМЕ

Целью работы явилась оптимизация лечения больных с миофасциальными болевыми синдромами на шейно-воротниковом уровне путем сочетания биорезонансного воздействия и мануальной терапии. В результате исследования установлена эффективность предложенного терапевтического подхода. Этот факт подтверждается отчетливым улучшением показателей физического и психического состояния больных, превосходя (по ряду позиций – достоверно) характеристики сравниваемых лечебных групп.

**Ключевые слова:** дорсопатии, миофасциальный болевой синдром, адаптивная биорезонансная терапия, мануальная терапия.

### RESUME

The aim of the study was to optimize the treatment of patients with myofascial pain syndrome at humeroscapular level by combination of bioresonance therapy and manual therapy. The study established high efficiency of the proposed therapeutic approach. This is confirmed by a distinct improvements in physical and mental condition of the patients, significantly surpassing in this respect characteristics of comparative treatment groups.

**Keywords:** dorsopathies, myofascial pain syndrome, adaptive bioresonance therapy, manual therapy.

### ВВЕДЕНИЕ

Социальная значимость дорсопатий определяется распространенностью, поражением лиц наиболее активного возраста и характерным затяжным течением – по числу дней нетрудоспособности процесс следует за «лидирующими» гриппом и травмами [5]. Среди многообразия клинических проявлений дорсопатий выделяется миофасциальный болевой синдром (МФБС) с вовлечением в патогенез как мышечных волокон, так и их фасций [3, 4].

При этом классические методы коррекции МФБС далеко не всегда эффективны, а в ряде случаев сопровождаются негативными явлениями. В значительной степени это относится к мышечным синдромам на шейно-воротниковом уровне, с участием в процессе вегетативных образований. В связи с этим все большую актуальность приобретает вопрос включения в лечебные схемы эффективных и

безопасных методов традиционной медицины [1, 2]. На наш взгляд, перспективным в данной ситуации является комплекс способов ручного и аппаратного воздействия, в частности – мануальной и биорезонансной терапии (БРТ).

Отсутствие в доступной литературе убедительных сведений об эффективности данного подхода при конкретных формах дорсопатий и определило цель исследования – оптимизации лечения больных с миофасциальными болевыми синдромами на шейном уровне путем сочетания мануальной и биорезонансной терапии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 90 больных (68 женщин и 22 мужчины) с клиническими проявлениями МФБС на шейно-плечелопаточном уровне. Возраст обследуемых колебался от 20 до 60 лет, с преобладанием лиц в диапазоне 30–50 лет, т.е. наиболее трудоспособного воз-

раста. Продолжительность заболевания варьировала от 1 до 10 и более лет (в среднем  $3,5 \pm 2,2$  года). Длительность последнего обострения колебалась от 1 до 5 месяцев, в среднем  $- 2,9 \pm 0,5$  месяца. Контрольную группу (для установления ряда показателей условной нормы) составили 15 здоровых лиц, не предъявляющих жалоб на состояние позвоночника.

Всем наблюдаемым проводили клинико-неврологическое обследование, дополненное рентгено- и, в ряде случаев, МРТ-диагностикой. Из дополнительных методов исследования выполняли специальную мышечную диагностику, оценку «визуально-аналоговой шкалы» (ВАШ), а также анализ тестов «самочувствия-активности-настроения» (САН) и тревожности по Спилбергеру.

В соответствии с поставленной целью больные были разделены на три сопоставимые группы, по 30 человек в каждой. Во всех группах проводили общепринятое медикаментозное лечение, включающее нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, витамины группы В. Дополнительно к этому, в 1-й группе применяли мануальную терапию, во 2-й – биорезонансную терапию (БРТ), а в 3-ей – их сочетание.

В работе отдавали предпочтение мягким техникам мануальной терапии – миоэнергетическим Митчела, фасциальным, артикуляционным, стрейн-констрейн и др. БРТ проводили, используя аппарат «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ» («ИМЕДИС», Россия). При этом применяли сочетанный вариант эндогенной и экзогенной терапии фиксированными частотами в диапазоне от 1,2 до 9,8 Гц (режим «качания»), интенсивность 30 ед. Во всех группах проводили 10 лечебных процедур, с частотой три раза в неделю.

Эффективность воздействия определяли по стандартным критериям, выделяя позиции «значительное улучшение», «улучшение», «без эффекта», «ухудшение». Полученные данные были обработаны при помощи пакета статистических программ «Statgraphiks», разработанной фирмой BISK JNS (США).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Вертеброгенный характер заболевания был подтвержден данными рентгено- и томографического исследования. В частности, на рентгенограммах отмечалось уплощение или кифотическая деформация шейного лордоза, смещение тел позвонков, снижение высоты межпозвонковых дисков и ряд других характерных признаков.

Характер жалоб и клинических проявлений заболевания свидетельствовал о формировании в 100 % наблюдений мышечно-тонического синдрома. Мануальная и кинезиологическая диагностика отразила наличие у всех больных динамических и статических сдвигов, нарушения моторных паттернов (в том числе паттерна ходьбы), снижение стрейч-рефлекса заинтересованных мышц. Пальпаторно определялись болезненные мышечные уплотнения. Интенсивность болевого синдрома, согласно шкале ВАШ, составила в среднем  $59 \pm 0,9$  баллов.

Результаты психологического тестирования отразили достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение всех показателей САН по сравнению с контрольными измерениями. В частности, показатель «самочувствие» в среднем составил  $3,2 \pm 0,4$ ; «активность» –  $3,6 \pm 0,3$ ; «настроение» –  $3,7 \pm 0,3$  баллов – против  $5,2-5,4 \pm 0,3$  баллов в контрольной группе.

Согласно тесту Спилбергера, в группе установлена высокая и очень высокая степень тревожности, коррелирующая с выраженностью алгического компонента и длительностью течения заболевания. Так, выраженность ситуационной тревожности составила 48,4 %, личностной тревожности – 46,8 %. Представленные данные отражают низкую толерантность к жизненным ситуациям, укладывающуюся в картину начальных проявлений психосоматического синдрома.

В целом характер выявленных собственно вертебральных и психосоматических сдвигов свидетельствует о необходимости проведения соответствующих лечебных мероприятий.

В результате анализа клинической эффективности сравниваемых вариантов воздействия установлено преимущество комплекса, объединяющего мануальную и биорезонансную терапию. Так, значительное улучшение (отчетливый регресс субъективных и объективных характе-

Таблица 1

Результативность методов воздействия

Группы (число наблюдений)	Значительное улучшение		Улучшение		Незначительное улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
	Абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 (n = 30)	8	26,7	16	53,3	4	13,3	1	3,3	1	3,3
2 (n = 30)	11	36,7	15	50	3	10	1	3,3	–	–
3 (n = 30)	13	43,3	14	46,7	3	10	–	–	–	–

Таблица 2

Динамика показателей САН в группах в процессе лечения

Группы	n	Самочувствие		Активность		Настроение	
		До	После	До	После	До	После
1	30	3,2 ± 0,4	3,9 ± 0,5	3,5 ± 0,4	4,0 ± 0,6	3,6 ± 0,6	3,8 ± 0,4
2	30	3,3 ± 0,4	4,0 ± 0,3	3,5 ± 0,4	4,0 ± 0,5	3,5 ± 0,5	3,9 ± 0,5
3	30	3,3 ± 0,3	4,5 ± 0,4*	3,4 ± 0,5	4,3 ± 0,4*	3,6 ± 0,5	3,9 ± 0,4

Примечание: \* – достоверность различий (p > 0,05)

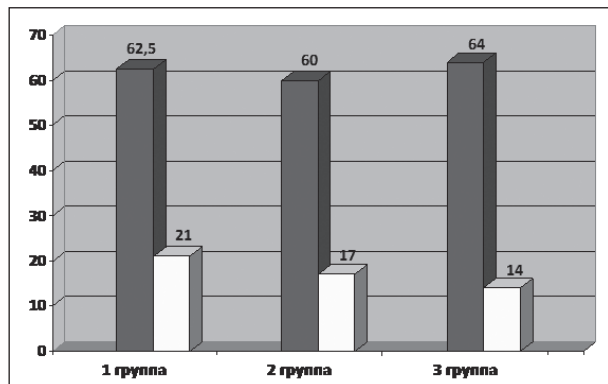


Рис. 1. Динамика интенсивности болевого синдрома (согласно шкале ВАШ).

ристик) и улучшение (снижение только субъективных проявлений) в этой группе составило 90 % против 80 % и 86,7 % в двух первых группах (табл. 1).

При этом положительная динамика неврологической симптоматики, включая и восстановление стрейч-рефлекса, прослеживалась во всех группах, однако с различием в сроках их достижения. Так, регресс статико-динамических нарушений в 1-й группе отмечался к пятой процедуре, тогда как во 2-й и 3-й группах – уже ко второй–третьей процедуре.

Также установлены особенности в динамике болевого синдрома. Больные 1-й группы только после четвертой процедуры мануальной терапии ощущали антиноцицептивный эффект (p < 0,05), который достигал пика к восьмой процедуре. У больных 2-й группы, в случае биорезонансной терапии, противоболевое действие проявлялось чуть раньше – после третьей–четвертой процедуры, достигая стабилизации к седьмой процедуре. В 3-й группе, в ответ на сочетанное воздействие, снижение выраженности алгий наблюдалось после второй процедуры, а максимальное противоболевое воздействие отмечалось к четвертой–пятой процедуре

Цифровые корреляты болевого синдрома, согласно шкале ВАШ, представлены на рис. 1, опять с преимуществом 3-й группы. Статистических различий здесь не наблюдалось,

однако налицо тенденция к потенцированию лечебных эффектов мануальной и биорезонансной терапии.

Психологическое исследование по методике САН отразило положительную динамику исследуемых параметров, причем характер статистической достоверности они носили в 3-й группе

и только по первым двум параметрам (табл. 2). По результатам теста Спилберга, положительная динамика психологического состояния отмечена у 25 (83,3 %) больных 1-й группы, 24 (80 %) – 2-й группы и 26 (86,6 %), т.е. вне статистических различий между представленными показателями.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Результаты проведенного исследования подтверждают, что для скорейшего регресса симптоматики при миофасциальном болевом синдроме шейно-плечелопаточного уровня целесообразно сочетание биорезонансной и мануальной терапии. Данный тезис касается как неврологического, так и психического статуса больных. Терапевтическая эффективность предложенного комплекса обусловлена, скорее всего, разнонаправленным воздействием на основные звенья патологического процесса.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Агасаров Л.Г. Технологии восстановительного лечения при дорсопатиях: Учебное пособие. – изд. 2-ое. – М., 2010 – 95 с.
2. Готовский М.Ю., Перов Ю.Ф., Чернецова Л.В. Биорезонансная терапия. изд. 2-ое. – М, 2010. – 215 с.
3. Путилина М.В. Вертеброгенный болевой синдром // Медицинский совет. – 2009, №3. – С. 44–52.
4. Arnau J.M., Vallano A., Lopez A., Pellise F., Delgado M.J., Prat N. A critical review of guidelines for low back pain treatment // Eur. Spine J. – 2006, 15(5). – P. 543–553.
5. Woolf A.D. Understanding the burden of musculoskeletal conditions / A.D. Woolf, K. Akesson // BMJ. 2001. – Vol. 322. – P. 1079–1080.

**Адрес автора**

Д.м.н., проф. Агасаров Л.Г., президент Профессиональной ассоциации рефлексотерапевтов, заведующий отделом рефлексотерапии и традиционной медицины ФГБУ РНЦ «Медицинская реабилитация и курортология» Минздрава России  
asto4ka@mail.ru