



М.В. Сикорская¹, Ю.К. Ременюк²

ЛЕЧЕНИЕ МИОФАСЦИАЛЬНОГО СИНДРОМА ТРАПЕЦИЕВИДНОЙ МЫШЦЫ МЕТОДОМ РАДИАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ

¹Запорожский государственный медицинский университет,

²«Центр реабилитации», г. Запорожье

Ключові слова: міофасціальні синдроми, радіальна ударно-хвильова терапія.

Ключевые слова: миофасциальные синдромы, радиально-волновая терапия.

Key words: myofascial syndromes, radial shock-wave therapy.

Наведено результати лікування 32 хворих на міофасціальні синдроми трапецієвидного м'яза із застосуванням методу радіальної ударно-хвильової терапії, що дозволило отримати більш стійкий результат у порівнянні з групою хворих, які лікувались за загальноприйнятими методиками.

Представлены результаты лечения 32 больных с миофасциальными синдромами трапециевидной мышцы с применением метода радиальной ударно-волновой терапии, что позволило получить более стойкий результат в сравнении с группой больных, которые лечились по общепринятым методикам.

The article describes the results of treatment of 32 patients with the myofascial syndromes of cucullaris with the use of method of radial shock-wave therapy, that allowed to get more proof result in comparison with the group of patients which were treated with routine methods.

В практике неврологов постоянным остается большое количество пациентов с миофасциальными болями. В специальной литературе данная нозологическая форма часто встречается под названием фибромиозита, миофиброзита, миалгии, психогенного ревматизма. Миофасциальные боли отдельной мышцы формируются под влиянием активности триггерных точек мышцы и/или связанной с ней фасции. Активные триггерные точки могут быть в пораженной мышце как единичными, так и множественными. С триггерной точкой связана боль в покое или при движении, провоцирующем напряжением мышцы. Активная триггерная точка всегда болезненна при пальпации. Триггерные точки могут обуславливать развитие отраженных болей в зонах, характерных для пораженной мышцы.

Миофасциальные боли возникают остро или постепенно. Как правило, движение, повлекшее за собой боль, пациенты описывают точно. Для определения локализации триггерной точки пораженную мышцу кратковременно растягивают, происходит редкое напряжение пораженного пучка, в то время как остальные соседние волокна релаксированы. Напряженный пучок ощущается в виде натянутого шнура. Если предоставить мышце покой, провести горячие влажные обертывания, физиотерапевтические процедуры, ввести анальгетики, болевой синдром уменьшается, но при наличии любых негативных воздействий (неблагоприятная погода, стресс, физические нагрузки и т. д.) миофасциальная боль возобновляется; кроме усиления боли в исходных триггерных точках, последние могут множиться, образуя вспомогательные и вторичные триггерные точки. Таким образом, подбор адекватных методов воздействия на триггерные точки и пораженные мышцы остается актуальным и крайне трудным.

В последние 5 лет положительные результаты в лечении болевых синдромов получены при применении метода

ударно-волновой терапии. Анальгезирующий эффект достигается за счет прямого воздействия на триггерные точки, что приводит к повышению выработки эндорфинов в ответ на раздражение болевых рецепторов, усилению притока крови и локальной гиперемии в месте воздействия, что интенсифицирует распад медиаторов воспаления и индуцирует регенераторные процессы, способствует стимулированию выведения продуктов катаболизма.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести сравнительный анализ лечения больных с использованием метода ударно-волновой терапии и по классической методике.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находились 56 пациентов, которых распределили на 2 группы. Среди 32 больных основной группы было 20 женщин и 12 мужчин, средний возраст составил $34,12 \pm 3,08$ года; в контрольной группе 24 пациента, из них 15 женщин и 9 мужчин, средний возраст – $32,43 \pm 2,18$ года. Продолжительность заболевания в обеих группах составляла от 5 месяцев до 2,5 лет. Все пациенты основной группы ранее проходили курсы медикаментозного и физиотерапевтического лечения, отмечая их временную эффективность.

Пациентов контрольной группы лечили по стандартно принятым методикам с использованием медикаментозной терапии (применение анестетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов), назначением упражнений на растяжение мышц, проведением миофасциального релизинга, горячих влажных обертываний, воздействие на триггерные точки ультразвуком.

Триггерные точки подвергали терапии головкой диаметром 10 мм с силой 2,5–3,0 балла, частой 15 Гц, количество



ударов – 1000–1500 на одну триггерную точку. После этого трапецевидную мышцу подвергали воздействию ударных волн силой 2,0 балла, частотой ударов 12–15 Гц, количество ударов – от 1000 до 3000. Процедуры проводили амбулаторно с интервалом 5–10 дней, курс лечения – 5–7 процедур. На протяжении первых 2 недель лечения больным рекомендовали уменьшить физические нагрузки и выполнять упражнения, направленные на укрепление мышц спины, а также плавание, массажи.

Оценку результатов лечения проводили по следующим направлениям: уменьшение степени выраженности боли (по И.Л. Антонову): I степень – незначительная, исчезающая в покое; II степень – боль, которая имеет место в покое, усиливается при движении, но незначительная по выраженности; III степень – постоянная боль, периодически усиливающаяся с сенотопатическим оттенком; IV степень – резкая, постоянная боль, вынужденное положение больного, что вызывает необходимость срочного применения анальгезирующих средств.

Кроме того, определяли наличие и количество узелков уплотнений (Корнелиуса, Мюллера, Шаде), мышечных уплотнений определяли по выраженности с учетом объема и различали 3 степени: I степень – единичные участки уплотнения, занимающие менее 1/3 поперечника мышцы; II степень – участки уплотнения занимают до 1/2 поперечника мышцы; III степень – участки уплотнения занимают свыше 1/2 поперечника мышцы.

Результаты исследований обработаны современными статистическими методами анализа на персональном компьютере с использованием статистического пакета лицензионной программы «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., №AXXR712D833214FAN5).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Больные основной группы в начале лечения по степени выраженности боли относились к III– 21 (65,6%) и IV степени – 11 (34,4%); по выраженности мышечных уплотнений с учетом объема к II– 15 (46,9) и III степени – 17 (51,3%) пациентов.

В контрольной группе в начале лечения по степени боли пациенты разделялись следующим образом: II степень – 3 больных (12,5%), III степень – 13 (54,1%), IV степень – 8 (33,3%) больных. По объему мышечных уплотнений: II степень – 16 больных (66,6%), III степень – 8 больных (33,3%).

После проведенного курса терапии все находившиеся под наблюдением больные отмечали улучшение общего состояния, снижение или исчезновение болей в шейно-воротниковой области и в спине. При пальпации триггерных зон у пациентов основной группы болевые ощущения не отмечены, а в контрольной группе 6 пациентов (5%) отметили незначительные болевые ощущения (I степень).

Находившиеся на лечении (с использованием РУВТ) пациенты отмечали уменьшение болевого синдрома через $2,5 \pm 0,7$ недели от начала курса лечения, а к концу терапии боль регрессировала полностью. Осложнений от проводимых процедур не наблюдали.

При контрольном осмотре спустя 6 месяцев после за-

вершения лечения 27 (84,3) пациентов основной группы не предъявляли жалоб, в контрольной группе положительный эффект отмечали 17 (70,8%) больных. Данные показатели относятся к исчезновению болевых ощущений; у 12,3% больных основной группы (4 пациента) возникала боль через 4–6 месяцев после курса РУВТ, которая была незначительной по выраженности в покое и несколько усиливалась при движении (II степень по И.П. Антонову). При пальпации трапецевидной мышцы лишь у 2 (6,3%) больных выявлены триггерные точки.

В контрольной группе болевые ощущения, как уже отмечалось, испытывали 17 пациентов из 24. Из них 12 человек (50%) отметили, что уже через 3–4 месяца после лечения под воздействием неблагоприятных факторов стали испытывать боли прежней локализации и выраженности, 4 (16,7%) пациента связывают возвращение боли с повышенными физическими нагрузками, 1 пациент (4,2%) отметил возникновение боли после стресса. При объективном обследовании у всех 17 пациентов выявлены триггерные точки.

По прошествии года все пациенты, находившиеся под наблюдением, были вновь осмотрены. В основной группе лишь 7 больных (21,8%) отмечали наличие болей в спине; у 2 из них проходили в покое, у 5 боль отмечалась в покое и усиливалась при движениях. Все больные связывали болевые ощущения с вынужденным положением (работа перед компьютером, длительное нахождение в одной позе перед телевизором). При объективном обследовании триггерные точки определялись у 4 пациентов (12,5%). В контрольной группе 19 человек (79,2%) предъявляли жалобы на периодические или постоянные боли в спине, причем 7 из них прошли амбулаторный курс лечения с применением противовоспалительных препаратов. При пальпации во всех случаях определялись участки уплотнения мышцы (II–III степени) с наличием триггерных точек.

Таким образом, полученные результаты убедительно показывают, что применение РУВТ в лечении миофасциальных болей трапецевидной мышцы позволяют достичь более выраженного и стойкого эффекта, по сравнению с общепринятыми методиками лечения.

ВЫВОДЫ

Проведение лечения методом радиальной ударно-волновой терапии больным с миофасциальными синдромами трапецевидной мышцы является обоснованным, так как способствует более быстрому и стойкому купированию болевых проявлений.

Использование РУВТ при миофасциальных синдромах позволяет обходиться без применения медикаментозных средств, что особенно актуально для больных с сопутствующими заболеваниями ЖКТ либо наличием непереносимости к ряду медикаментов.

Применение радиальной ударно-волновой терапии позволяет воздействовать на триггерные точки подавляя их активность, что в исключительной степени расширяет терапевтические возможности при своевременной диагностике сущности болезни.



ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И.П. Классификация и формулировка диагноза заболеваний периферической нервной системы / Антонов И.П. // Периферическая нервная система: Сб. научных тр. – Минск: 1984. – Вып. 7. – С. 51–58.
2. Васильев А.Ю. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия в лечении травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата / Васильев А.Ю., Егорова Е.А. – М.: ОАО «Изд-во Медицина», 2005 – 9 с.
3. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения / Иваничев Г.А. – Казань: Изд-во Казанского университета, 1990 – 158 с.
4. Козелкин А.А. Миофасциальные болевые синдромы грудной локализации / Козелкин А.А., Харченко И.И. // Запорожский медицинский журнал. – 2000. – №1 – С. 13–15.
5. Козелкин А.А. Диагностика и лечение вертеброгенных болевых синдромов: Руководство для студентов медицинских ВУЗов, врачей, врачей-интернов / Козелкин А.А., Медведкова С.А., Лисовая О.А. – Запорожье, 2008. – С. 72–73.
6. Патогенез боли в области шеи и плечевого пояса / Скоромец А.А., Садовский А.К., Клименко А.В., Баренцевич Е.Ф. и др. // II Международный конгресс вертеброневрологов: Тез. докл. – Казань, 1992. – С. 114–115.
7. Travell J.G. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual / Travell J.G., Simons D.G. – Baltimore: Williams and Wilkins, 1983. – 250 с.
8. Тревелл Дж.Г. Миофасциальные боли: в 2-х т./ Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г.; пер. с англ. – М., 1989. – Т. 1. – 254 с.

Сведения об авторах:

Сикорская М.В., к. мед. н., доцент каф. нервных болезней ЗГМУ.

Ременюк Ю.К., главный врач «Центра реабилитации».

Адрес для переписки:

Сикорская Марина Владимировна. 69037, г. Запорожье, пр-т Ленина, д. 171, кв. 128.

Тел.: (061) 213 14 67.