

УДК 616.831-009.1-06:616.831-009.7

ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С МИОФАСЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОД ВЛИЯНИЕМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

Д-р мед. наук А. А. ЯРОШЕВСКИЙ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Определены возможности немедикаментозной терапии с учетом воздействия на вегетативные функции у пациентов с миофасциальными болевыми синдромами шейно-плечевой локализации. Комплексная мануальная терапия в сочетании с корпоральной и аурикулярной акупунктурой продемонстрировала более высокую эффективность, поскольку воздействует как на патологический биомеханический паттерн, так и на синдром вегетативной дистонии.

Ключевые слова: миофасциальные болевые синдромы шейно-плечевой локализации, вегетативная дисфункция, немедикаментозные методы терапии.

В течение жизни хотя бы однократный эпизод боли в шее отмечают две трети взрослого населения [1–3]. На сегодняшний день считается, что в 85% случаев боль в шее и спине связана с рефлекторными мышечно-тоническими синдромами и миофасциальной дисфункцией [4–7]. Исследования последних лет показали, что в развитии мышечного напряжения среди других этиологических факторов немалую роль играет эмоциональный стресс [8–10]. Затяжные эмоционально-аффективные расстройства становятся причиной дисбаланса мышечного тонуса и болевых мышечных синдромов [10].

В свою очередь хронические болевые раздражения, возникающие при миофасциальных болевых синдромах (МФБС) шейно-плечевой локализации, изменяют функциональное состояние неспецифических структур головного мозга и усиливают эмоциональные нарушения у данной

категории пациентов, тем самым поддерживая патологический процесс в мышцах. При лечении пациентов, страдающих МФБС шейно-плечевой локализации, необходимо воздействие как на мышечно-тонические, так и на эмоционально-вегетативные проявления заболевания. Сегодня в терапии, направленной на купирование мышечной боли, общепризнанными являются нестероидные противовоспалительные препараты и миорелаксанты, но применение только этих препаратов не дает возможность полностью воздействовать на измененный биомеханический паттерн, имеющийся у этого контингента пациентов [5, 7, 11, 12].

Поэтому мы отдали предпочтение немедикаментозным методам, а именно — мануальной терапии и акупунктуре, которые способны воздействовать на все звенья патогенеза МФБС [2–6]. Кроме того, многолетний клинический опыт и традиции отечественной научной школы рефлексотерапии

[13] показывают высокую эффективность акупунктуры в лечении вегетативных дисфункций и эмоциональных нарушений.

Нам представлялось интересным проследить динамику психофизиологического статуса пациентов, страдающих МФБС, в результате коррекции миотонических расстройств методами мануальной терапии и ее комплексного применения с акупунктурой.

Цель исследования — определение возможностей немедикаментозной терапии с учетом ее воздействия на вегетативные функции у пациентов, страдающих МФБС шейно-плечевой локализации.

Были обследованы и пролечены 87 пациентов с МФБС шейно-плечевой локализации, у которых при предварительном неврологическом обследовании отсутствовали симптомы выпадения функции спинномозговых нервов. Пациенты были разделены на две группы в соответствии с методами лечения: первая группа — 49 пациентов (28 мужчин, 21 женщина), которые получали комплекс мануальной терапии, по 5 сеансов через день; вторая — 38 больных (20 мужчин и 18 женщин), для которых была разработана лечебная программа, включающая в лечебный сеанс мануальной терапии акупунктуру (корпоральную и аурикулярную).

К моменту обследования у всех пациентов регистрировались нарушения биомеханического паттерна на фоне разной степени выраженности сколиоза грудного и поясничного отделов позвоночника (61% больных), болезни Шейерман — Мау (7%), функциональных блокад суставов шейного отдела позвоночника (69%). В зависимости от характера трудовой деятельности больные распределились следующим образом: занимающиеся умственным трудом — 69%; физическим трудом — 31%. Среди причин развития заболевания пациенты называли психоэмоциональные перегрузки, профессиональные (сидячая работа, длительное изометрическое напряжение определенных групп мышц) и физические (резкие движения, переохлаждение, неадекватная нагрузка на некоторые отделы позвоночника) факторы. На момент обследования у пациентов наблюдался актуальный болевой синдром, длительность заболевания варьировала от 3 мес до 5 лет.

Для оценки качественной и количественной характеристик болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ), по которой интенсивность болевого синдрома пациенты оценивали в пределах от 1 до 100 мм [1, 14].

Вегетативная симптоматика устанавливалась с помощью опросника А. М. Вейна, позволяющего получить уровни субъективной и объективной симптоматики в баллах [14]. Для определения регуляторной функции вегетативной нервной системы изучалось состояние вегетативных тонуса, реактивности и обеспечения деятельности. Для оценки уровня личностной тревожности использовалась шкала Спилберга — Ханина, а также тест САН (самочувствие, активность, настроение).

Лечебная программа была составлена на основании полученных данных клинко- и вертебро-неврологического исследования с выявлением триггерных точек (ТТ) и направлена на коррекцию постурального мышечного дисбаланса на фоне патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата, а также ликвидацию миофасциальных ТТ. Программа включала следующие этапы: устранение функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов; ликвидация мышечно-дистонических, миодистрофических и миофасциальных нарушений с помощью постизометрической релаксации, миофасциального расслабления и мышечно-энергетических техник (мягкие техники (soft tissue technique)); ишемическую компрессию триггерных пунктов, акупрессуру, техники напряжения и противонапряжения (strain and counterstrain), релиз-эффект; устранение дисфункций основания черепа техниками краниальной мануальной терапии; создание симметричного мышечного корсета; формирование оптимального двигательного стереотипа [3, 6, 11, 15].

Жалобы пациентов можно разделить на специфические и неспецифические. К специфическим относились: болевой синдром, ощущение скованности, дискомфорта, тяжести в шее, мышцах плечевого пояса, области груди, пояснично-крестцовой области с мышечно-тоническими нарушениями. Неспецифическими мы считали жалобы, характер которых укладывался в синдром вегетативной дистонии. Вегетативная дисфункция наблюдалась у всех пациентов, причем ее выраженность по субъективным критериям в среднем была равна $30,2 \pm 6,6$ балла, $p < 0,01$ (верхняя граница нормы — 15 баллов). По объективным показателям средний балл равнялся $35,4 \pm 7,8$, $p < 0,01$ (верхняя граница нормы — 25 баллов). Более высокий подъем по шкале субъективных симптомов (в 2 раза) по сравнению с подъемом по шкале объективных симптомов (в 1,5 раза) свидетельствовал, по-видимому, о переоценке больными тяжести своего состояния и о большой роли эмоционально-личностных особенностей в клинической картине заболевания.

После лечения больных первой группы наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения или ликвидации болевого синдрома, уменьшения тревожных и вегетативных симптомов (табл. 1).

У больных после ликвидации биомеханических нарушений наблюдалась положительная динамика болевого синдрома. Параллельно с уменьшением боли и мышечно-тонических нарушений улучшались все изучаемые психофизиологические показатели. Так, достигали верхней границы нормы объективные вегетативные показатели, улучшались самочувствие, активность и настроение, что подтверждало вторичность данных симптомов. В то же время оставался достаточно высоким уровень тревожности и субъективных вегетативных

Таблица 1

Динамика выраженности болевого синдрома и психофизиологических показателей в процессе мануальной терапии у больных с миофасциальными болевыми синдромами шейно-плечевой локализации

Показатель	До лечения	После лечения
Интенсивность боли по данным ВАШ (мм)	46±4	12±6*
Вегетативные показатели (баллы)		
Объективные	32±4	25±3*
Субъективные	36±4	22,5±3*
Тест САН (баллы)		
Самочувствие	44,2±6,1	49,6± 6,4
Активность	43,7±6,5	47,9±6,3
Настроение	44,2±6,4	48,6±6,4
Тест Спилбергера — Ханина		
Актуальная тревожность	35,6±0,8	27±0,8*
Личностная тревожность	39,2±0,4	32,5±0,3*

* $p \leq 0,05$ по сравнению с началом лечения.

проявлений, не достигавших уровня нормальных, что, по-видимому, обуславливало недостоверное улучшение самочувствия.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что развитие алгического синдрома в мышцах шеи, плечевого пояса действительно могут приводить ко вторичному возникновению тревожных, вегетативных дисфункций, которые значительно уменьшаются с ликвидацией МФБС. В то же время неполная нормализация субъективных вегетативных показателей и уровня тревожности свидетельствует о включении в патогенез заболевания надсегментарных вегетативных механизмов. Данное положение, вероятно, связано с тем, что одним из факторов усиления мышечного спазма является симпатoadренальная активация, сочетающаяся с тревожностью, выявляемой у пациентов с МФБС.

Позитивная динамика психофизиологического статуса, выраженности болевого синдрома и общего самочувствия пациентов сильнее проявлялась при комплексном немедикаментозном лечении как в объективных, так и в субъективных симптомах. Более выраженная динамика тревожных

Список литературы

1. Вейн А. М. Болезненный мышечный спазм: алгоритм диагностики и терапии / А. М. Вейн, О. В. Воробьева // Рус. мед. журн.— 2003.— Т. 11, № 8.— С. 438–440.

Таблица 2

Динамика выраженности болевого синдрома и психофизиологических показателей в процессе комплексной терапии у пациентов с миофасциальными болевыми синдромами шейно-плечевой локализации

Показатель	До лечения	После лечения
Интенсивность боли по данным ВАШ (мм)	47±10	3±6**
Вегетативные показатели (баллы)		
Объективные	32±4	18±6**
Субъективные	36±4	17,5±5**
Тест САН (баллы)		
Самочувствие	41,2±8,1	52,6±6,4*
Активность	43,3±8,5	50,9±6,3*
Настроение	42,5±8,4	51,9±8,3*
Тест Спилбергера — Ханина		
Актуальная тревожность	35,6±0,8	19±0,8**
Личностная тревожность	39,2±0,4	25,5±0,4**

* $p \leq 0,05$ по сравнению с началом лечения; ** $p \leq 0,01$.

нарушений свидетельствовала о меньшем восприятии интенсивности болевых ощущений и более заметном улучшении самочувствия (табл. 2).

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать выводы о патогенезе и клиническом оформлении МФБС, а также об эффективности терапии.

Уменьшение психофизиологической активации при ликвидации мышечно-тонических нарушений и болевого синдрома, большой клинический эффект при воздействии не только на МФБС, но и на синдром вегетативной дистонии свидетельствуют о тесной патогенетической взаимосвязи указанных состояний и о возникновении порочного патофизиологического круга «мышечный спазм — боль — вегетативные и эмоциональные нарушения (психофизиологическая активация) — мышечный спазм — боль».

Результаты лечения не только доказали эффективность влияния немедикаментозной терапии у пациентов с МФБС шейно-плечевой локализации, но и показали необходимость сочетания методов мануальной терапии и акупунктуры для данной категории больных.

2. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В. П. Веселовский.— Рига, 1991.— 341 с.

3. Карлов В. А. Неврология: руководство для врачей /

- В. А. Карлов.— 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицинское информационное агентство, 2002.— 640 с.
4. *Иваничев Г. А.* Мануальная медицина / Г. А. Иваничев.— М, 1998.— 470 с.
 5. *Есин Р. Г.* Миогенный болевой синдром / Р. Г. Есин, Д. А. Эрперт // **Боль: принципы терапии, боль в мануальной медицине**; под ред. Р. Г. Есина.— Казань: Офсетная компания, 2008.— С. 120–131.
 6. *Попелянский А. Я.* Клиническая пропедевтика мануальной медицины / А. Я. Попелянский.— М.: МЕДпресс-информ, 2003.— 136 с.
 7. Сучасна діагностика і лікування у неврології та психіатрії; за ред. Т. С. Міщенко, В. С. Підкоритова.— К.: Доктор-Медіа, 2008.— 624 с.
 8. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment / Н. Breivik, В. Collett, V. Ventafridda [et al.] // *Eur. J. Pain.*— 2006.— Vol. 10, № 4.— P. 287–333.
 9. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment / R. Severeijns, J. W. Vlaeyen, М. А. van den Hout [et al.] // *Clin. J. Pain.*— 2001.— Vol. 17.— P. 165–172.
 10. *Григорьева В. Н.* Характеристика психологических особенностей больных с хроническими болями в спине / В. Н. Григорьева // *Журн. неврологи и психиатрии.*— 2002.— № 12.— С. 3–9.
 11. *Хабиров Ф. А.* Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабиров.— Казань, 2003.— 472 с.
 12. *Фергюссон Л. У.* Лечение миофасциальной боли: клиническое руководство; пер. с англ.; под общ. ред. М. Б. Цыкунова, М. А. Еремушкина.— М.: МЕДпресс-информ, 2008.— 544 с.
 13. *Мачерет Е. Л.* Рефлексотерапия / Е. Л. Мачерет, И. З. Самосюк, В. П. Лысенюк.— К.: Здоровье.— 1987.— 480 с.
 14. Болевые синдромы в неврологической практике; под ред. А. М. Вейна.— М.: МЕДпресс-информ, 2001.— 368 с.
 15. *Васильева Л. Ф.* Клиника и визуальная диагностика укороченных мышц / Л. Ф. Васильева.— М.: Медицина, 2003.— 169 с.

ДИНАМІКА ЕМОЦІЙНИХ І ВЕГЕТАТИВНИХ ПОКАЗНИКІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МІОФАСЦІАЛЬНИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ ШИЙНО-ПЛЕЧОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПІД ВПЛИВОМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

О. А. ЯРОШЕВСЬКИЙ

Визначено можливості немедикаментозної терапії з урахуванням впливу на вегетативні функції у пацієнтів із міофасціальними больовими синдромами шийно-плечової локалізації. **Комплексна мануальна (терапія) в поєднанні з корпоральною і аурикулярною акупунктурою продемонструвала більш високу ефективність, оскільки впливає як на патологічний біомеханічний патерн, так і на синдром вегетативної дистонії.**

Ключові слова: міофасціальні больові синдроми шийно-плечової локалізації, вегетативна дисфункція, немедикаментозні методи терапії.

DYNAMICS OF EMOTIONAL AND AUTONOMIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME OF CERVICOBACHIAL LOCALIZATION UNDER THE INFLUENCE OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT

A. A. YAROSHEVSKY

The capabilities of non-pharmacological treatment were defined with the consideration of the effect on vegetative function in patients with myofascial pain syndromes of cervicobrachial localization. Comprehensive manual therapy in conjunction with corporal and auricular acupuncture demonstrated higher efficiency as affects both the pathological biomechanical pattern, and the vegetative disorder syndrome.

Key words: myofascial pain syndromes of cervicobrachial location, vegetative dysfunction, non-medical therapy.

Поступила 26.11.2013