



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016
УДК 616.727.2-002-085.814

Авершин В.А. (*Skksochi-mok@mail.ru*), **Бицадзе А.Н.**, **Олейников Б.В.** – Миофасциальная меридианальная рефлексотерапия при плечелопаточном периартрозе в комплексном санаторном лечении.

Санаторно-курортный комплекс «Сочинский» МО РФ, г. Сочи

Avershin V.A., Bitsadze A.N., Oleinikov B.V. – Myofascial meridional reflexology as a part of complex health resort treatment of humeroscapular periarthrosis. The authors presented an analysis of effectiveness of myofascial meridional reflexology of trigger points (targeted inactivation of myofascial trigger points) as a part of complex conservative treatment of 64 patients with humeroscapular periarthrosis. Inclusion of the given method into the complex treatment provided faster and significant pain syndrome relief and functional recovery.

К е у в о р д s: humeroscapular periarthrosis, myofascial trigger points, myofascial meridional reflexology, health-resort treatment.

Плечелопаточный периартроз (ПЛП) и сопутствующий ему миофасциальный болевой синдром (МФБС) плечевого пояса занимают существенное место в структуре заболеваний костно-мышечной системы и сопровождаются высокими показателями временной утраты трудоспособности и инвалидизации, что обуславливает медицинскую и социальную значимость патологии. Не имея четкого патогенетического и морфоструктурного обоснования, болезнь скрывается под разными диагнозами и не значится в *Международной классификации болезней* (МКБ-10) как самостоятельная нозологическая форма. Ведущим симптомом у больных ПЛП является нарастающая, мучительная боль в плечевом суставе, приводящая к прогрессирующему нарушению его функции.

Целью исследования явилась оценка эффективности миофасциальной меридианальной рефлексотерапии триггерных точек (направленной инактивации миофасциальных триггерных точек) в комплексном консервативном лечении больных плечелопаточным периартрозом в санаторно-курортных условиях.

В исследование были включены 64 больных ПЛП, находившихся на лечении в санаторно-курортном комплексе «Сочинский» МО РФ, в т. ч. мужчин – 84%, женщин – 16%. Для лечения *основной группы* ($n=44$) был использован метод миофасциальной меридианальной рефлексотерапии. Больные *контрольной группы* ($n=20$), сопоставимые с основной по полу и возрасту, получали только традиционное лечение (климатотерапия, лечебная гимнастика, массаж, иглорефлексотерапия по корпоральным точкам, физиотерапевтическое лечение – фонофорез гидрокортисона на плечевой сустав, общие сероводородные ванны). Все больные принимали нестероидные противовоспалительные препараты по требованию (1–2 раза в неделю). Для верификации диагноза ПЛП им проводились

объективизация общесоматического, неврологического статуса, рентгенологическое исследование.

Обследованные отмечали боли в плечевом суставе, особенно в ночное время в положении лежа на больной стороне, ограничение объема движений и усиление боли при заведении руки за спину. Рентгенография позвоночника в 92% случаев выявляла признаки остеохондроза и аномалии развития шейного отдела позвоночника.

Всем больным проводились мануальное мышечное тестирование, диагностика пусковых, курковых и латентных *триггерных точек* (ТТ). Использовался оригинальный диагностический тест для определения миофасциальной ТТ методом ишемической компрессии, проводимой перпендикулярно направленным давлением проксимального отдела локтевой кости с силой от 5 до 15 кг, в динамичном маятниковом режиме с шагом колебаний от 5 до 6–7 см, частотой 10–15 колебаний в течение 10–20 с. Данные манипуляции позволяют определять степень уплотнения, его границы, а при неослабевающем статическом давлении на мышечный барьер – курковые вегетативные отражения (фибрилярные подергивания, пилomotorный рефлекс, ощущение пациентом чувства жжения в месте компрессии). Динамику болевого синдрома оценивали по *визуальной аналоговой шкале* (ВАШ).

Основной принцип применяемого нами лечения заключался в купировании МФБС методом миофасциальной меридианальной рефлексотерапии в мышцах пояса верхней конечности. Алгоритм лечения для каждого больного определялся индивидуально. В основу его мы включали, в первую очередь, способы непосредственного воздействия на ТТ. Инактивация их выполнялась комплексно и одновременно во всех заинтересованных мышцах. Ишемизирующая компрессия ТТ предусматривала проведение сле-



Динамика болевого синдрома у пациентов с плечелопаточным периартрозом в зависимости от проведенного курса терапии

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Интенсивность болевого синдрома при движении, по шкале ВАШ, баллы	6,8±0,02	1,7±0,07*	6,9±0,04	3,8±0,05
Интенсивность болевого синдрома в покое, по шкале ВАШ	4,1±0,05	1,2±0,04*	4,2±0,05	1,5±0,05*
Наличие «отраженной» боли	44 (100%)	1 (2%)	20 (100%)	11 (55%)

Примечание. * – $p < 0,05$.

дующих манипуляций. Подушечкой первого пальца активную ТТ прижимали к ближайшему костному выступу и осуществляли ее прессуру разминающими круговыми и покачивающими движениями, с постепенным возрастанием усилиями, до переносимых пациентом болевых ощущений. При правильном проведении этой процедуры болевые ощущения начинали притупляться, и пальпаторно определялось уменьшение локального мышечного напряжения. Завершали процедуру при расслаблении мышцы, исчезновении курковых отражений, появлении у пациента ощущения тепла в зоне отражения. При неполном расслаблении мышцы инактивацию ТТ потенцировали растяжением мышцы и ее охлаждением скользящими движениями куска льда вдоль мышечных волокон в течение 40 с и последующим наложением горячего влажного компресса. Тепло от компресса сохраняли в течение 12–14 мин, для чего после исчезновения тепла наложение компресса повторяли. Курс лечения состоял из 7–8 процедур, проводимых через день.

После проведения курса лечения у всех больных отмечена положительная динамика показателей: уменьшились болевые ощущения в области плечевого сустава в покое и при движении, увеличился объем движений в суставе. Однако выраженность изменений у больных, получавших лечение с миофасциальной меридианальной рефлексотерапией и без нее, была различной (см. таблицу).

В основной группе болевой синдром уменьшался начиная с 1–2-й процедуры, т. е. на первой неделе лечения, и в конце курса санаторно-курортного лечения его интенсивность достоверно снижалась как при движении – с 6,8±0,02 до 1,7±0,07 балла, так и в покое – с 4,1±0,05 до 1,2±0,04 балла. В контрольной группе уменьшение болевого синдрома отмечено только на 2–3-й неделе ле-

чения. Причем к концу лечения у них интенсивность болевого синдрома достоверно снизилась только в покое – с 4,2±0,05 до 1,5±0,05 балла. При движении рукой у больных этой же группы достоверного уменьшения выраженности болевого синдрома не произошло.

Сравнительный анализ динамики компонента болевого синдрома – «отраженной» боли в зависимости от проведенной терапии также выявил существенные различия в обеих группах: в основной группе она оставалась всего у 2% пациентов (1 человек), в контрольной – у 55% (11 человек).

Положительная динамика двигательных возможностей наблюдалась у всех больных: увеличение объема движений в плечевом суставе, хорошее восстановление опоры на больную руку. Однако у больных контрольной группы активная ротация плеча оставалась сомнительной за счет сохранения болевого синдрома при движении.

Таким образом, включение в комплексное санаторно-курортное лечение больных ПЛП курса миофасциальной меридианальной рефлексотерапии способствует более быстрому и значимому купированию болевого синдрома и эффективному восстановлению нарушенных функций. Для проведения процедур направленной инактивации миофасциальных ТТ с целью купирования МФБС важным является предварительное тестирование мышц пояса верхней конечности, заключающееся в их последовательном изометрическом напряжении и пальпации, что позволяет дифференцировать источник миофасциальных болей, точно локализовать активные ТТ. Учитывая высокую эффективность метода направленной инактивации миофасциальных ТТ в купировании МФБС, целесообразно его широкое использование в комплексном санаторно-курортном лечении больных плечелопаточным периартрозом.