

**МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ****ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА,  
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ****ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ  
ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ****Суворов Сергей Александрович**

*д-р мед. наук, профессор Саратовского государственного медицинского университета  
им. В.И. Разумовского,  
РФ, г. Саратов  
E-mail: [sesuvorov@yandex.ru](mailto:sesuvorov@yandex.ru)*

**Толстокоров Сергей Александрович**

*канд. мед. наук, доцент Саратовского государственного медицинского университета  
им. В.И. Разумовского,  
РФ, г. Саратов  
E-mail: [stol74\\_74@mail.ru](mailto:stol74_74@mail.ru)*

**OPTIMIZATION OF REHABILITATION MEASURES FOR MYOFASCIAL PAIN SYNDROME****Sergey Suvorov**

*Doctor of medical Sciences, associate Professor Saratov state medical University n.a. V.I. Razumovsky  
Russia, Saratov*

**Sergey Tolstokorov**

*The candidate of medical Sciences, associate Professor Saratov state medical University n.a. V.I. Razumovsky  
Russia, Saratov*

**АННОТАЦИЯ**

Цель: разработать оптимальную схему реабилитационных мероприятий, включающую медикаментозную и немедикаментозную терапию для эффективного лечения миофасциального болевого синдрома (МБС).

Методы: ЛФК, лечебный и точечный массаж болезненных мышечных уплотнений, ишемическая компрессия триггерных точек, рефлексотерапевтическое воздействие, физиопроцедуры.

Результат: купирование болевого синдрома в основной группе пациентов (с традиционной и КВЧ-терапией) наступало на 4-5 суток раньше, чем у лиц в группе сравнения (использовалась только традиционная терапия).

Выводы: комплексное воздействие на миофасциальный болевой синдром медикаментозных препаратов, методов лечебной физкультуры и массажа в сочетании с применением физиотерапевтического компонента приводит к более быстрому купированию болевого синдрома, чем в случае использования стандартной терапии.

**ABSTRACT**

Objective: to develop an optimal scheme of treatment, including drug and non-drug therapy for effective treatment of myofascial pain syndrome (MPS).

Methods: physical therapy, therapeutic and acupressure painful muscular seals, ischemic compression of trigger points, reflexology impact, physiotherapy.

The result: relief of pain in the main group of patients (traditional and EHF-therapy) was achieved on 4-5 days earlier than individuals in the comparison group (used only traditional therapy).

**Ключевые слова:** миофасциальный синдром, боль, ЛФК, КВЧ-терапия.

**Keywords:** myofascial syndrome, pain, exercise therapy, EHF-therapy.

Миофасциальный болевой синдром (МБС) характеризуется мышечным спазмом, наличием в этих мышцах очагов болезненного уплотнения и триггерных точек. Последние могут располагаться в зонах гипертонусов скелетных мышц или в их фасциях и могут быть в активном или латентном состоянии. Миофасциальные боли встречаются вне зависимости от остеохондроза, однако, рефлекторный мышечно-тонический синдром при остеохондрозе может осложняться миофасциальными болями [3,5,7]. В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10) МБС относится к болезням около-суставных мягких тканей.

Активные триггерные точки характеризуются болью в результате локальной гиперраздражимости в мышце или фасции. При этом боль ярче на отдалении от триггера. Отраженная боль может отмечаться и в покое, и при движении. В зоне ее появления могут фиксироваться локальные вегетативно-трофические проявления и вторичный мышечный спазм. Латентные триггерные точки вызывают локальную боль только при пальпации триггера. Под влиянием провоцирующих факторов латентные точки могут активироваться, и наоборот [6].

Факторы, способствующие активации мышечных ноцицепторов с развитием МБС, многообразны. Основными причинами появления миофасциальных болей являются аномалии развития или структурные несоответствия, постуральное напряжение в антифизиологических позах, длительная иммобилизация мышц, сдавление, переохлаждение мышц, психогенные факторы, болезни внутренних органов и суставов, перегрузка нетренированных мышц, растяжение, ушиб мышц. Неслучайно МБС является одной из наиболее частых причин боли в спине, шее и конечностях.

Лечение МБС необходимо начинать с использования немедикаментозных методов. Последние включают в себя работу по обучению пациента различным методам мышечной релаксации, правильной организации рабочего места, коррекции массы тела, периодической разгрузке мышц в течение рабочего дня. Коррекцию имеющихся аномалий развития необходимо начинать с раннего детского возраста под наблюдением ортопеда с целью сохранения правильного двигательного стереотипа. Большое значение имеют своевременное и адекватное лечение заболеваний внутренних органов, позвоночника и суставов.

В медицинской практике широко используются нефармакологические методы воздействия, направленные непосредственно на спазмированную мышцу. К ним относят разминание и точечный массаж болезненных мышечных уплотнений, ишемическая компрессия триггерных точек, тепловые физиопроцедуры, рефлексотерапевтическое воздействие.

Одним из важнейших методов терапии МБС является лечебная физкультура. Ее желательно начинать как можно раньше, как только исчезнут острые боли в покое. Комплекс упражнений подбирается индивидуально. Очень важным является тот факт, что физическая нагрузка наращивается постепенно. Приемы на растяжение мышц также обязательно следует вводить в комплекс упражнений. Лечебную физкультуру следует проводить в течение длительного времени без перерывов.

Следуя концепции Д.С.Чернавского и соавт.[8], биологический эффект ММ излучения обусловлен микромассажем микроанатомических структур кожи. Через них в реализацию терапевтического эффекта включаются системы регуляции и защиты организма.

Универсальный характер действия КВЧ-терапии обусловлен ее способностью восстанавливать систему, ответственную за поддержание гомеостаза [5]. ММ-волны являются физическим стимулом, активирующим в организме неспецифическую адаптацию и его устойчивость, мобилизуя защитные и регулирующие функции на уровне клетки [1, 2, 6].

Под нашим наблюдением находилось 55 человек, страдающих МБС. Все больные были разделены на 2 группы. Основная группа составила 30 человек (18 мужчин и 12 женщин), в которой все пациенты получали медикаментозное лечение: витамины группы В, нестероидные противовоспалительные препараты [4], процедуры ЛФК по индивидуальной методике – комплекс лечебной гимнастики (10-15 процедур), курс массажа верхних конечностей и шейно-воротниковой зоны по расслабляющей методике (10 процедур), а также курс КВЧ-терапии [5].

Курс КВЧ-терапии проводился с использованием серийно выпускаемой установки «Явь-1» и включал 10-15 процедур [5]. Облучение проводилось на длине волны 5,6 мм с фиксированной частотой 53,53 ГГц. Поток падающей мощности составлял 10 мВт/см<sup>2</sup>. Рупор аппарата плотно прилегал к коже паравертебрально на уровне L<sub>III</sub>-S<sub>I</sub>. Использовался непрерывный режим облучения в течение 20 минут. Все больные получали КВЧ-терапию впервые.

В группе сравнения, объединившей 25 человек (14 мужчин и 11 женщин), пациенты получали только медикаментозное лечение и процедуры ЛФК (комплекс лечебной гимнастики и массаж).

На фоне проводимого лечения купирование болевого синдрома наступало в основной группе на 3-4 день, в группе сравнения на 8-10 сутки от начала лечения.

Таким образом, комплексное воздействие на миофасциальный болевой синдром медикаментозных препаратов, методов лечебной физкультуры и массажа в сочетании с применением физиотерапевтического компонента приводит к более быстрому купированию болевого синдрома, чем в случае использования стандартной терапии.

#### Список литературы:

1. Бецкий О.В. Лечение электромагнитными полями. Ч.1. Источники и свойства электромагнитных волн. /О.В.Бецкий, Н.Д.Девятков, Н.Н.Лебедева //Биомедицинская радиоэлектроника, №7, с.24-29. 2000

2. Бецкий О.В. Современные представления о механизмах воздействия низкоинтенсивных электромагнитных волн на биологические объекты / О.В.Бецкий, Н.Н.Лебедева // Миллиметровые волны в биологии и медицине, 2001, 3 (23), с. 5-19.
3. Болевые синдромы в неврологической практике / под ред. проф. В.Л. Голубева. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 336с.
4. Вознесенская Т. В. Миофасциальный болевой синдром // Consilium medicum.
5. Голант М.Б. Физическое обоснование необходимости принципиально различной лечебной стратегии для традиционной и КВЧ-терапии / М.Б.Голант //ММ-волны в биологии и медицине. – 1994. -№3. С.39-45.
6. Девятков Н.Д. Особенности взаимодействия миллиметрового излучения низкой интенсивности в биологии и медицине / Н.Д. Девятков, О.В. Бецкий: Сб. научн. тр. – М., 1985. – С. 108-117.
7. Кукушкин М. Л., Хитров Н. К. Общая патология боли. М.: Медицина, 2004.
8. Нитхарт Ф. У., Голд М. С., Соломон Дж. С. Эффективность диклофенака диэтиламина для местного применения в лечении остеоартрита коленного сустава // РМЖ. 2007, т. 15, № 8, с. 677–684.
9. Чернавский Д.С. Физические механизмы воздействия белковых макромолекул с КВЧ излучением / Д.С.Чернавский, Ю.И.Хургин //Миллиметровые волны в медицине и биологии: Сб.науч. тр. – М., 1989. – С.227-235.
10. Чичасова Н. В. Место локальной терапии суставов, периартикулярных тканей и позвоночника в клинической практике // Consilium medicum. 2001, т. 3, № 9, 426–427.