

ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА

Е.Е. Солодянкин, М.Е. Солодянкина, А.В. Маринин
ГОУ ДПО УГМАДО Росздрава, г. Челябинск

На основании экспресс-метода диагностики функционального состояния мышечного корсета при плечелопаточном периартрозе у 30 больных выделен лечебно-диагностический алгоритм патогенетической терапии.

Целью работы явилась отработка критериев диагностики и патогенетической коррекции немедикаментозными методами лечения плечелопаточного периартроза (ПП).

Обследовано и пролечено 30 больных с ПП (21 женщина и 9 мужчин) в возрасте 42–68 лет (средний возраст пациентов – $52,3 \pm 0,6$ года), преимущественно правосторонней локализации. Все пациенты были «правшами». Давность заболевания составляла от 2–3 недель до 2 лет. У 5 больных наблюдался синдром «замороженного плеча», у 4 – по данным УЗИ диагностирован надрыв сухожилия надостной мышцы.

Традиционно диагностика ПП в практике врача основана на клинических (боли в области плечевого сустава, ограничение функции верхней конечности) и рентгенологических (рентгенограмма без признаков органического поражения плечевого сустава, рентгенологические признаки остеохондроза шейного отдела позвоночника) изменениях. На основании вышеизложенных данных выставляется синдромальный диагноз, согласно отечественной классификации остеохондроза с рефлекторным нейродистрофическим синдромом, назначается стандартная симптоматическая терапия.

Однако при стандартном обследовании и лечении данной группы больных не достаточно внимания уделяется анатомо-физиологическим и биомеханическим особенностям этого региона. В частности, функциональному состоянию мышечной системы, а именно, формированию тонусно-силового дисбаланса мышц, окружающих сустав. При этом одни мышцы, укорачиваясь, сближают свои места прикрепления, другие, растягиваясь – удаляют. Следствием этого является изменение взаиморасположения суставных поверхностей, что приводит к ограничению углового движения. Если же мышца, являющаяся агонистом выполняемого движения имеет исходно функциональную слабость, то вследствие ее гиповозбудимости нарушается паттерн движения. Компенсаторно в выполнение движения включаются другие мышцы, динамически перегружаются и формируют болевые мышечные синдромы [1].

Методы. Для диагностики функционального состояния периартикулярных мышц использова-

лись как методы визуальной оценки объема активных и пассивных движений в плечевом суставе (флексия, экстензия, отведение, наружная и внутренняя ротация), так и метод клинической оценки мышечного сокращения (КОМС) – «Роллер-тест» [2]. Для проведения мышечного исследования пациенту прикладываются электроды на исследуемую мышцу. Под действием синусоидального тока определенной частоты мышца сокращается. Сущность метода: в правильном приложении электродов на основе знаний врача анатомической проекции мышцы, анатомического движения мышц при сокращении. Для оценки функционального состояния мышцы нами разработан метод клинической оценки мышечного сокращения (КОМС).

По характеру мышечного сокращения выделены 4 типа:

1. Физиологическое – отвечает сокращением в полном объеме мышечных волокон и совершает свое анатомическое движение.

2. Мышца реагирует сокращениями не в полном объеме (50–80 %) мышечных волокон, не совершая анатомического движения.

3. Реагируют только 30–50 % мышечных волокон, нет анатомического движения, появляются жжение на коже, болезненность.

4. Реагирует 0–30 % мышечных волокон. Нет мышечного сокращения, отсутствует анатомическое движение. Ощущений на коже нет, или ярко выраженная болезненность.

На основании КОМС выделяются мышцы, атрофированные, гипертрофированные и фасцилированные. Существуют клинические признаки, по которым определяются фасцилированные мышцы, мышцы, имеющие кальцинаты, миелогенозы, а также стресс-мышцы.

Как правило, по 3 типу сокращаются фасцилированные мышцы и мышцы, имеющие триггерные зоны, по 2 типу сокращаются мышцы, имеющие триггерные зоны, участки миелогенозов, фасцилированные и гипертрофированные мышцы. По 4 типу диагностики: атрофированные, имеющие большое количество триггерных зон, участков миелогенозов, имеющие кальцинаты, а также мышцы у пациента при эмоциональном стрессе.

По данным метода КОМС за короткое время составляется цветовая карта мышц пациента, где врач фломастером на карте отмечает состояние каждой мышцы:

зеленый цвет – физиологическая реакция – I тип;
желтый цвет – 50–80 % – II тип;
красный цвет – 30–50 % – III тип;
белый цвет – 0–30 % – IV тип.

Карта о состоянии его мышечного корсета демонстрируется пациенту. На основании карты назначается дифференцированное лечение, поскольку специалист имеет представление о состоянии каждой мышцы на теле больного.

Метод позволяет индивидуально подобрать меру воздействия на все мышцы пациента, и сразу, после проведенных процедур, оценить качество лечения.

По данным КОМС:

При IV типе не рекомендовано – тренажеры, недифференцированный массаж, физические нагрузки, аэробика, мануальная терапия, что приводит к изнашиванию суставов и связочного аппарата, хрящей, закрепляет патологический двигательный стереотип.

При III и II типе – следующие патогенетически обоснованные методы лечения: физиотерапию, ЛФК, мануальную терапию, ИРТ, ПИР и т.д., приводящие мышцу к ее физиологической норме и только после этого показана адекватная физическая нагрузка (тренажеры, плавание, бег и т.д.).

При введении мышц в первый тип сокращения, корректируются патологические состояния при сколиозах, остеохондрозах, артрозах. Восстанавливается мышечный баланс, симметрия опорно-двигательного аппарата, оптимальный двигательный стереотип, физиологические изгибы позвоночника. Восстанавливается симметрия позвоночно-двигательных сегментов справа и слева.

На этапе восстановительного лечения применялись следующие методы: постизометрическая релаксация (ПИР) заинтересованных мышц, сухое тепло, вазоактивные средства и индивидуально дозированная лечебная физкультура.

Результаты: В исследуемой группе в подавляющем большинстве случаев наблюдалось нарушение паттернов флексии и абдукции плеча, кон-

статировалась функциональная слабость наружных ротаторов (подостной и малой круглой мышцы), которые в свою очередь являются мышцами-нейтрализаторами данных моторных паттернов, т.е. мышцами, устраняющими избыточные движения мышцы – агониста (нейтрализуют внутреннюю ротацию плечевой кости при выполнении данных движений). Возможно, что эти нарушения формируются не внезапно, а на протяжении всей жизни человека и выливаются в патологический двигательный стереотип, на фоне которого при действии провоцирующих факторов происходит манифестация процесса.

Регресс болевого синдрома в покое и увеличение объема движений отмечались уже после первого сеанса у всех больных. Положительный эффект нарастал к 3–5 сеансу с полным купированием алгического синдрома и восстановлением полного объема движений к 7 сеансу у 26 больных, у 4 – с надрывом сухожилия надостной мышцы – отмечено уменьшение болевого синдрома и увеличение объема движений.

Заключение. Учитывая динамику купирования болевого синдрома и восстановления объема движений в течение недели на фоне проводимой терапии данная нозология, вероятнее всего, является вторичным рефлекторным миотоническим синдромом при формировании патологического двигательного стереотипа плечевого пояса, обусловленного функциональной слабостью наружных ротаторов плеча, а не нейродистрофическим синдромом. опросы классификации и объективной оценки степени тяжести родовых повреждений нервной системы рассматривались многими авторами. В большинстве своем они были посвящены церебральным нарушениям, так называемым энцефалопатиям.

Литература

1. Васильева Л.Ф. Алгоритмы мануальной диагностики и мануальной терапии патобиомеханических изменений мышечно-скелетной системы: Учебное пособие. – Новокузнецк, 1999. – 115 с.
2. Маринин А.В. с соавт. Патент № 2229315 от 27.05.2004 г.