

ПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Л.Г. АГАСАРОВ, А.В. БОЛДИН, И.А. БОКОВА, М.Ю. ГОТОВСКИЙ, А.В. ПЕТРОВ, С.А. РАДЗИЕВСКИЙ

*Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии,
121069, Москва, Борисоглебский пер., 9*

Аннотация. Целью работы явилась оптимизация лечения мужчин с миофасциальными болевыми синдромами на шейно-воротниковом уровне путем сочетания биорезонансного воздействия и мануальной терапии. Сложность выбранного контингента больных объяснялась их неоднократным участием в локальных боевых операциях. В результате исследования установлена эффективность предложенного терапевтического подхода. Этот факт подтверждается отчетливым улучшением показателей физического и (отчасти) психического состояния больных, превосходя характеристики сравниваемых лечебных групп.

Ключевые слова: дорсопатии, миофасциальный болевой синдром, адаптивная биорезонансная терапия, мануальная терапия.

A COMPREHENSIVE APPROACH TO CORRECTION SYNDROMES MYOFASCIAL NECK AND GLENOHUMERAL REGION

L.G. AGASAROV, A.V. BOLDIN, I.A. BOKOVA, A.V. PETROV, S.A. RADZIEVSKIY

Russian Research Center of Medical Rehabilitation and Resort

Abstract. The aim of the study was to optimize the treatment of men with myofascial pain syndromes in the cervical level through a combination of bio-resonance effects and manipulation. The complexity of the selected group of patients was due to their repeated participation in local combat. The study demonstrated the efficacy of the proposed therapeutic approach. This fact is confirmed by a distinct improvement in physical performance and (kind of) mental state of patients, surpassing the performance of the compared treatment groups.

Key words: dorsopathies, myofascial pain syndrome, adaptive bioresonance therapy, manual therapy.

В современной литературе недостаточно освещен вопрос сочетанного применения методов традиционной медицины, хотя многовековой опыт целительства подтверждает результативность данного подхода. К примеру, уже в древних трактатах указывается на необходимость дополнения акупунктуры теми или иными фитосредствами. Однако на современном этапе развития проблемы интерес перенесен на комплексы мануальных и аппаратных технологий рефлексотерапии, обеспечивающие потенцирование лечебных эффектов. Исходя из этого, изучение данного вопроса проведено на интересующей нас и действительно информативной «модели» – дорсопатиях. Актуальность выбранной теме придавал и тот факт, что под наблюдением находились лица, неоднократно принимавшие участие в локальных боевых конфликтах.

В этой связи необходимо отметить, что значимости вертеброгенных синдромов (дорсопатий) определяется распространенностью, поражением лиц наиболее активного возраста и затяжным течением [1, 5]. Среди многообразия клинических проявлений дорсопатий особо выделяют *миофасциальный болевой синдром* (МФБС), с вовлечением в процесс как мышечных волокон, так и их фасций [3, 4]. До известной степени формирование их также связано с эмоциональными нагрузками, переносимыми лицами опасных профессий и определяющими запуск патологических психо-моторных реакций.

Необходимо указать, что стандартные методы коррекции МФБС далеко не всегда эффективны, особенно при их локализации на шейно-воротниковом уровне, с участием в процессе вегетативных образований. В связи с этим, как указано выше, приобретает актуальность вопрос использования различных сочетаний традиционных технологий [1, 2], в частности, комплекса из мануальной и *биорезонансной терапии* (БРТ).

Отсутствие в доступной литературе убедительных сведений о механизмах и эффективности предлагаемого комплекса при дорсопатиях определило цель исследования – оптимизации лечения больных с миофасциальными болевыми синдромами на шейном уровне путем сочетания мануальной и биорезонансной терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 75 мужчин (неоднократно принимавших участие в служебно-боевом применении) с клиническими проявлениями МФБС на шейно-плечелопаточном уровне. Возраст обследуемых колебался от 27 до 45 лет, продолжительность заболевания варьировала от 1 до 10 и более лет. Длительность последнего обострения колебалась от 1 до 5 месяцев, составляя в среднем 2,4±0,5 месяца.

Всем наблюдаемым проводили клинко-рентгенологическое обследование. В качестве дополнения выполняли мышечную диагностику, оценку «*визуально-аналоговой шкалы*» (ВАШ), а также анализ тестов «*самочувствия-активности-настроения*» (САН) и тревожности по Спилбергеру.

В соответствии с поставленной целью, больные были разделены на три рандомизированные группы, по 25 человек в каждой. Во всех группах проводили общепринятое медикаментозное лечение и ЛФК. Дополнительно к этому, в 1-ой группе применяли мануальную терапию, во 2-ой – биорезонансную терапию, а в 3-ей – их сочетание. Методически отдавали предпочтение мягким техникам мануальной терапии – мио-энергетическим Митчела, фасциальным, артикуляционным и др. БРТ проводили, используя аппарат «Мини-эксперт-ДТ» (ИМЕДИС, Россия). При этом применяли сочетанный вариант эндогенной и экзогенной терапии фиксированными частотами в диапазоне от 1,2 до 9,8 Гц. Лечебный курс во всех группах составлял 10 процедур, с частотой три раза в неделю.

Эффективность воздействия определяли по стандартным критериям, выделяя позиции «значительное улучшение», «улучшение», «без эффекта», «ухудшение». Полученные данные были обработаны при помощи пакета статистических программ «Statgraphiks», разработанной фирмой BISK JNS (США).

Результаты и их обсуждение. Вертеброгенный характер заболевания был подтвержден данными рентгено- и томографического исследования. Характер жалоб и клинических проявлений заболевания свидетельствовал о формировании в 100% наблюдений мышечно-тонического синдрома. Мануальная и кинезиологическая диагностика отразила наличие у всех больных динамических и статических сдвигов, нарушения моторных паттернов, снижение стрейч-рефлекса заинтересованных мышц. Пальпаторно определялись болезненные мышечные уплотнения. Интенсивность болевого синдрома, согласно шкале ВАШ, составила в среднем $57 \pm 0,7$ баллов.

Вертеброгенная патология у наблюдаемых лиц сочеталась, как правило, с сердечно-сосудистой. Практически у всех больных отмечалось повышенное артериальное давление (96%), при сниженных функциональных резервах сердечно-сосудистой системы. В частности, индекс Рюффье составлял $9,37 \pm 0,20$ (норма до 9), сердечный нагрузочный индекс (двойного произведения) – $119 \pm 3,85$ (норма до 95); также выявлено снижение коэффициента физической адаптации – до $48,9 \pm 0,32$.

Результаты психологического тестирования отразили достоверное ($p < 0,05$) снижение всех показателей САН по сравнению с контрольными измерениями. В частности, «самочувствие» в среднем составило $3,2 \pm 0,4$, «активность» – $3,6 \pm 0,3$, «настроение» – $3,7 \pm 0,3$ баллов – против $4,8-5,1 \pm 0,3$ баллов в контрольной группе. Согласно тесту Спилбергера, в группе установлена высокая и очень высокая степень тревожности, коррелирующая с выраженностью алгического компонента и длительностью течения заболевания. Так выраженность ситуационной тревожности составила 48,4%, личностной – 46,8%. Представленные данные отражают низкую толерантность к жизненным ситуациям, укладывающуюся в картину начальных проявлений психосоматического синдрома, что укладывается в представления об особенностях профессиональной деятельности пациентов.

В свою очередь, характер выявленных вертебральных и психосоматических сдвигов свидетельствует о необходимости проведения реабилитационных мероприятий. В результате сопоставимого анализа установлено терапевтическое преимущество подхода, объединяющего мануальную и биорезонансную терапию, над другими методами. Так, значительное улучшение (отчетливый регресс субъективных и объективных характеристик) и улучшение (снижение только субъективных проявлений) в этой группе составило 84% – против 68 и 72% в двух первых группах (табл. 1).

Таблица 1

Результативность методов воздействия

Группы	Значительное улучшение		Улучшение		Незначительное улучшение		Без эффекта		Ухудшение	
	Абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1 (n=25)	8	32	9	36	6	24	1	4	1	4
2 (n= 25)	7	28	11	44	6	24	1	4	-	-
3 (n=25)	9	36	12	48	4	16	-	-	-	-

Примечание: n – число наблюдений

Отметим, что положительная динамика неврологической симптоматики прослеживалась во всех группах, однако с различием в сроках ее достижения. Так, регресс статико-динамических нарушений в 1-ой группе отмечался к пятой процедуре, тогда как во 2-ой и 3-ей группах – к третьей. Установлены групповые различия и в отношении динамики болевого синдрома. Больные 1-ой группы указывали на формирование противоболевого эффекта в среднем после четвертой процедуры мануальной терапии ($p < 0,05$), достигающего пика к восьмой процедуре. У больных 2-ой группы, в случае биорезонансной терапии, подобное действие проявлялось несколько раньше – после третьей процедуры, при стабилизации к седьмой процедуре. В 3-ей группе, в ответ на сочетанное воздействие, снижение алгий наблюдалось после второй процедуры, а максимальное противоболевое воздействие отмечалось к пятой.

Одновременно наблюдалось снижение параметров артериального давления, частоты пульса, сердечного нагрузочного индекса в покое, отраженные в таблице 2. Отмечаемые в группах, особенно в 3-ей, повышение коэффициента физической адаптации и снижение индекса Рюффе, свидетельствует о повышении резервов сердечно-сосудистой системы.

Таблица 2

Динамика показателей функционального состояния сердечно-сосудистой системы у пациентов

Параметры	Исходно	После лечения		
		группы		
		1-ая	2-ая	3-ья
Сердечный нагрузочный индекс	119±3,85	106±2,1	108±2,6	102±1,9*
Индекс Рюффе	9,37±0,20	7,2±0,1	8,4±0,3	6,9±0,2*
Коэффициент физической адаптации	48,9±0,32	49,6±1,8	49,2±1,2	49,8±2,4

Примечание: * – достоверность различий ($p>0,05$)

Цифровые корреляты болевого синдрома, согласно шкале ВАШ, снижались по группам на 66, 71 и 75% соответственно, т.е., с преимуществом разработанного комплекса. Статистических различий здесь не наблюдалось, однако тенденция к потенцированию лечебных эффектов мануальной и биорезонансной терапии прослеживается.

Психологическое исследование по методике САН отразило положительную динамику исследуемых параметров, причем характер статистической достоверности они приобретали только в 3-ей группе (таблица 3). По результатам теста Спилберга, положительная динамика психологического состояния отмечена у 83,3% больных 1-ой группы, 80% 2-ой группы и 86,6% - третьей, вне статистических различий между показателями.

Таблица 3

Динамика показателей САН в группах в результате лечения

Группы	n	Самочувствие		Активность		Настроение	
		До	После	До	После	До	После
1	25	3,2±0,4	3,9±0,5	3,5±0,4	4,0±0,6	3,6±0,6	3,8±0,4
2	25	3,3±0,4	4,0±0,3	3,5±0,4	4,0±0,5	3,5±0,5	3,9±0,5
3	25	3,3±0,3	4,5±0,4*	3,4±0,5	4,3±0,4*	3,6±0,5	3,9±0,4

Примечание: n – число наблюдений, * – достоверность различий ($p>0,05$)

Выводы. Результаты проведенного исследования подтверждают, что сочетание биорезонансной и мануальной терапии обеспечивает скорейший регресс симптоматики при миофасциальном болевом синдроме шейно-плечелопаточного уровня. Данный тезис касается соматического и, в меньшей степени, психического статуса больных. В последнем случае следует учитывать хроническое стрессирование наблюдаемых лиц. В целом, терапевтическая эффективность предложенного комплекса обусловлена, скорее всего, разнонаправленным воздействием на основные звенья патологического процесса.

Литература

1. Агасаров, Л.Г. Технологии восстановительного лечения при дорсопатиях. Учебное пособие. изд. 2-ое. /Л.Г. Агасаров.– М., 2010.– 95 с.
2. Готовский, М.Ю. Биорезонансная терапия. изд. 2-ое / М.Ю. Готовский, Ю.Ф. Перов, Л.В. Чернецова.– М, 2010.– 215 с.
3. Путилина, М.В. Вертеброгенный болевой синдром / М.В. Путилина // Медицинский совет.– 2009.– №3.– С.44–52.
4. A critical review of guidelines for low back pain treatment / J.M. Arnau [et al.] // Eur. Spine J.– 2006.– Vol. 15.– №5.– P. 543–553.
5. Woolf, A.D. Understanding the burden of musculoskeletal conditions / A.D. Woolf, K. Akesson // BMJ. 2001.– Vol. 322.– P. 1079–1080.