

ТАКТИКА ВРАЧА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*Прибежищя Г. Н., Горюнов С. И., Барташевич В. В., Солодянкин Е. Е.
НИИ нейроортопедии и восстановительной медицины, г. Сочи,
ГОУ ДПО УГМАДО, кафедра восстановительной медицины, курортологии,
физиотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины, г. Челябинск*

Фибромиалгический синдром (ФМС) является распространенным и, тем не менее, недостаточно изученным заболеванием [3; 7]. Согласно Американской коллегии ревматологов существуют обязательные, большие и малые критерии диагностики ФМС [15]. Обязательными являются длительно существующая (более 6 месяцев) распространенная боль в мышцах, связках, утренняя скованность в суставах; наличие специфических болезненных (минимально в 11 из 18 возможных) точек при отсутствии соматических заболеваний, способных вызвать эту боль; наличие изменений психовегетативной сфере в виде нарушений сна и депрессии [6]. Длительное время ФМС и миофасциальный болевой синдром считали различными нозологическими формами, однако в последнее время в результате детального изучения морфологических биохимических, электрофизиологических и патогенетических особенностей развития заболевания установлено, что ФМС является результатом генерализации существующей миофасциальной боли в выраженный алгический синдром с психовегетативными и иммунными реакциями, участием центральной нервной системы и включением механизмов эндокринной регуляции [1; 6].

В данной публикации предложен авторский способ лечения ФМС (схема 1), основой которого является принцип восстановительного лечения указанного заболевания как патологической детерминантной системы с наличием самоподдерживающихся и самовозбуждающихся пусковых и системообразующих факторов. Смысл его состоит в одновременном воздействии на все патогенетические звенья заболевания - коррекцию психовегетативных нарушений и генерализованного патологического двигательного стереотипа, возникшего на фоне распространенных активных алгических триггерных пунктов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Единицами наблюдения в ходе настоящей работы с использованием метода непреднамеренного отбора стали 112 больных ФМС основной и 112 – контрольной группы, проходивших в 2005-2010 годах восстановительное лечение в здравницах Лазаревского района г. Сочи. Женщин основной группы было 74, мужчин – 38, контрольной – 76 и 36 соответственно. Все пациенты обследовались по стандартизированной программе исследований:

все отобранные для исследования пациенты осмотрены терапевтом, невропатологом, эндокринологом и другими специалистами с целью выявления сопутствующих заболеваний. Для оценки **статической составляющей динамического двигательного стереотипа** организма был использован метод компьютерной оптической топографии [9]. Исследование проводилось на аппаратно-программном комплексе «Супер-М» (Москва). **Состояние позвоночника и окружающих его мягких тканей** изучали по классическим методикам, используемым в мануальной терапии и неврологии [5; 6; 7; 10; 13; 14]. С целью углубленного изучения функции вегетативной нервной системы и функциональной активности сердца применялся метод спектрального анализа ритма сердца (САРС), проводившийся на аппаратно-программном комплексе «Валента» (С.-Петербург) и «Полиспектр-ритм» («Нейрософт», г.Иваново). Изучение вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения ортостаза проводилось по методу В.М.Михайлова (2002) [8]. Самочувствие пациентов оценивали методом описательных определений боли [2]. Эффективность лечебных мероприятий оценивалась по результатам динамического клинико-инструментального и психологического обследования, которое проводилось всем больным в начале и конце курса лечения. Через 6 и 12 месяцев после проведенной терапии проводился опрос-анкетирование по почте состояния самочувствия, наличия боли, возникновения ремиссии-обострения заболевания.

Для устранения триггерного феномена в комплексе восстановительного лечения у больных ФМС использовались массаж и мануальная терапия. Мануальная терапия больных фибромиалгией включала постизометрическую релаксацию (ПИР) с использованием дыхательных и глазо-двигательных синкинезий [5], ритмическую, толчковую, позиционную мобилизацию и(или) мобилизацию ротацией в положении лежа, мобилизационно-манипулятивные и мышечно-энергетические техники [5; 9; 13]. **Массаж** проводился по классическим методам [4]. Процедура выполнялась с включением наиболее значимых для конкретного больного регионов (10–12 сеансов).

Коррекция двигательного стереотипа проводилась с помощью анталгического лечебного пози-

ционирования по кинезитерапевтической технологии «ЭКЗАРТА» и упражнений ЛФК. Лечебная физкультура (ЛФК) проводилась вне обострения болевого синдрома с начала проведения лечебных мероприятий по классическим методикам с приоритетом упражнений, стимулирующих тоническое сокращение мышц [1; 9].

Кинезитерапевтическая технология «ЭКЗАРТА» является новым современным методом восстановительного лечения больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Технология включает методику **Neuras**, сущность которой заключается в активации системы глубоких мышц, обеспечивающих стабилизацию крупных суставов и позвоночника с последующей коактивацией системы поверхностных мышц, добиваясь формирования кинематически верного движения, следствием чего является восстановление оптимального двигательного стереотипа.

Технология включает в себя специальные подвесные системы **Redcord**, которые позволяют практически нивелировать влияние гравитации на движения; производить компрессию или тракцию в суставах как изолировано, так и в сочетании с активными и пассивными движениями; постепенно (ступенчато) облегчать или усложнять выполнение движений для пациента по лестнице прогрессии (min → max → ∞); облегчить работу врачу, так как в данном случае не требуется особых физических усилий для фиксации пациента в любой плоскости; пациент может самостоятельно выполнять движения (во время индивидуальных и групповых тренировок), но при условии сохранения кинематически верного движения.

Характерной особенностью кинезитерапевтической технологии «Экзарта» является выполнение движений без боли, в том объеме и на том уровне, который является свободным для каждого конкретного больного при условии активации глубоких мышц; а также возможность практически изолированно воздействовать на заинтересованную мышцу, как с целью релаксации, так и ее активации.

Общая магнитотерапия (ОМТ) проводилась на аппарате «Магнитотурботрон», частота 100 Гц, с медленным нарастанием (до 2 мТл) и последующим снижением фронта напряженности, направление вращения магнитного поля подбиралось индивидуально каждому пациенту с учетом комфортности переносимости процедуры; при появлении дискомфорта или жалоб на головокружение, повышение АД направление вращения изменялось. Процедуры выполнялись ежедневно продолжительностью 20–40 мин, при второй стадии МФБС – 8–10 сеансов продолжительностью 20–30 мин, при третьей – 12–15 процедур продолжительностью 30–40 мин.

Аэротерапия включались в комплекс терапии, как один из важнейших компонентов лечения, оказывающее выраженное психотерапевтическое воздействие на больных ФМС. Воздушные ванны подразделялись: – в зависимости от значений ЭЭТ – на теплые (ЭЭТ выше 23 °С), индиффе-

рентные (ЭЭТ 21–22 °С), прохладные (ЭЭТ 17–20 °С), умеренно-холодные (ЭЭТ 15–16 °С); – по аэродинамическому воздействию на аэростатические (при штиле), слабодинамические (при скорости ветра до 1 м/с), среднединамические (при скорости ветра 1–4 м/с), сильнодинамические (при скорости ветра более 4 м/с); – по гигрометрическим условиям на сухие (при относительной влажности менее 55 %), умеренно сухие (при относительной влажности воздуха 56–70 %), влажные (при относительной влажности 71–85 %) и сырые (при относительной влажности более 85 %). Психотерапевтическое воздействие воздушных ванн было более выраженным при организации аэротерапевтической процедуры в форме дневного сна в климатопалате. Изучаемым группам пациентов сон на свежем воздухе в одежде назначался по режиму № 2 (умеренно интенсивного воздействия), который в завершающей фазе лечения (при благоприятных метеоусловиях) расширялся до режима № 3 (интенсивного воздействия).

Продолжительность воздушных ванн регулировалась в рамках настоящего исследования в соответствии с классической систематизацией врачебных прописей аэротерапевтических процедур по различным режимам воздействия. Режим № 1 (слабое воздействие) использовался на начальных этапах восстановительного лечения. В случае хорошей клинической эффективности и переносимости назначенных процедур указанные пациенты постепенно переводились на режим № 2 (умеренно-интенсивного воздействия), а при выписке из базы исследования пациенты переводились на режим № 3 (интенсивного воздействия) аэротерапевтических процедур. В комплекс аэротерапии включались утренняя гигиеническая гимнастика, гимнастика на берегу моря, а также свободные игры на воде, лечебная гребля, дозированная ходьба по маршрутам различной степени тяжести, ЛФК на свежем воздухе в парковой зоне (по щадяще-тренирующему режиму воздействия).

Важным компонентом, улучшающим состояние вегетативной нервной системы и обменно-трофических функций триггерных зон и организма в целом для больных ФМС являлись проводимые в водолечебницах баз исследования процедуры общих минеральных (t°=37–38 °С, 10–15–20 минут по нарастающей, № 6–7 ч/день на курс лечения) воздушно-пузырьковых ванн с морской водой, чередующиеся с процедурами подводного душа-массажа (t°=38 °С, 15–20 минут по нарастающей № 5–6 на курс лечения).

Медикаментозная терапия подбиралась индивидуально с учетом наиболее значимых симптомов заболевания. Использовался анальгетик группы нестероидных противовоспалительных средств – ортофен (по 25–50 мг в зависимости от интенсивности боли и массы больного, употребляемых 3 раза в день). В лечении III стадии МФБС также назначались антидепрессанты: прозак – селективный ингибитор обратного захвата серотонина (20 мг/сутки) и леривон – блокатор центральных пресинапти-

ческих альфа-1 и альфа-2 адренорецепторов (30 мг/сутки). Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми методами.

В качестве сравнения использовались комплексы методов лечения, применяемых в поликлинической практике врачами различных специальностей — терапевтами, неврологами, ортопедами — для лечения ФМС — анальгетиков и антидепрессантов, массажа. Результаты, получаемые в исследовании, обрабатывались общепринятыми статистическими методами.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализируя литературные данные о лечении ФМС, обращает на себя внимание тот факт, что лечение этого тяжелого недуга, существенно ухудшающего качество жизни больного, является достаточно сложной задачей за счет полиморфизма и выраженности клинических проявлений заболевания. Этим объясняется необходимость одновременного терапевтического воздействия на все звенья патологической детерминантной системы с наличием самоподдерживающихся и самовозбуждающихся пусковых и системообразующих факторов заболевания: коррекцию психовегетативных нарушений и генерализованного патологического двигательного стереотипа, возникшего на фоне распространенных активных алгических триггерных пунктов [1].

После проведенного лечения среди больных основной группы количество пациентов, выработавших оптимальный двигательный стереотип, возросло с 13,6 % до 89,5 %. Так по данным, полученным при светооптической топографии, наступила нормализация объемных и осевых показателей туловища у 93,8 % пациента основной группы, тогда как в контрольной была у 63,8 %.

В результате проведенного лечения по предлагаемой схеме отмечена положительная динамика показателей нейроортопедического обследования у всех больных основной группы (табл. 1). Так за счет уменьшения болевого синдрома происходило увеличение объема движений в позвоночнике. Это сопровождалось устранением дисфункции пораженных позвоночно — двигательных сегментов и коррекцией неоптимального двигательного стереотипа. Значительная положительная динамика была характерна для патобиомеханических показателей конечностей.

Таблица 1. Динамика показателей нейроортопедического обследования в процессе лечения

Показатели	1	2	3
До лечения	14,7 ± 0,2	4,8 ± 0,1	9,6 ± 0,1
После лечения	9,3 ± 0,1	2,5 ± 0,1	5,4 ± 0,1
Катамнез (3,0 ± 0,6 года)	8,9 ± 0,3	2,8 ± 0,3	5,7 ± 0,2
P	< 0,05	< 0,01	< 0,01

Примечание:

- 1 – интегральный патобиомеханический показатель;
- 2 – интегральный патобиомеханический показатель позвоночника;
- 3 – патобиомеханический показатель конечностей.

Методом описательных характеристик боли установлено, что у пациентов основной группы статистически достоверно ($p < 0,05$) улучшился сон, настроение и самочувствие (табл. 2), у больных контрольной группы статистически значимыми были лишь улучшение сна и общего самочувствия.

Таблица 2. Результаты субъективной оценки состояния самочувствия больных до и после лечения в основной и контрольной группах.

Самооценка (по десяти-балльной шкале)	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Самочувствие	4,3±0,42	9,4±0,62*	4,4±0,34	6,2±0,46
Настроение	5,1±0,64	9,5±0,45*	5,2±0,32	6,6±0,17
Сон	2,9±0,16	9,7±0,33*	3,1±0,24	6,0±0,43*
Оценка пациентом состояния в целом	4,7±0,72	9,1±0,35*	4,6±0,66	6,2±0,38*

* - $p < 0,05$ по сравнению с показателями до лечения в своей группе

В результате нормализации двигательной активности и разрушения патологического двигательного стереотипа и снижения алгических проявлений происходило уменьшение тягостных переживаний боли. Установлено, что использование в лечении больных ФМС представленной схемы немедикаментозных методов значительно улучшает психоэмоциональное состояние пациентов. Так по данным психологического тестирования (рис. 1) уровень депрессии по шкале W. Zung был ниже у пациентов основной группы по отношению к больным контрольной (47,9±5,9 и 63,5±6,64 балла соответственно). Так, уровень нервно-психического напряжения снизился до пределов средних величин. Показатели реактивной тревоги составили 32,6±3,32 балла у пациентов основной и 53,2±5,24 балла — контрольной группы, личностной 33,4±3,42 балла и 61,6±5,98 балла соответственно ($p < 0,05$).

Значительно улучшилось функциональное состояние вегетативной нервной системы (рис. 2). Уменьшилось число больных с гиперсимпатикотонией, дистонией и симпатикотонией, но увеличилось количество пациентов с парасимпатикотонией и эутонией. До лечения в спектре сердечного ритма больных ФМС доминировали VLF (28,7 ± 3,54 %) при снижении HF (10,1 ± 1,69 %), увеличении LF (25,6 ± 2,59 %) и уменьшении тотальной мощности спектра — TP (60,9 ± 6,19). После проведенного лечения у больных произошло улучшение волновых параметров при CAPS за счет нормализации VLF (20,7 ± 2,48 %), повышения HF (20,4 ± 2,24 %), уменьшения LF (20,5 ± 2,63 %) и повышения мощности спектра — TP (73,5 ± 7,61).

В результате проведенного исследования установлено, что предлагаемая авторская схема лечения, основным принципом которой является одновременное воздействие на все патогенетические звенья заболевания: коррекцию психовегетативных нару-

шений (методами аэро-, бальне- и талассотерапии) и генерализованного патологического двигательного стереотипа, возникшего на фоне распространенных активных алгических триггерных пунктов (с помощью массажа, МТ, ЛФК), приводит к значительному достоверному уменьшению сроков лечения, уменьшает количество рецидивов в течение 12 месяцев наблюдения.

По данным катамнеза значительно уменьшились продолжительность и частота обострений в течение первого года наблюдения. После проведения предлагаемой комплексной терапии у пациентов фибромиалгическим синдромом значительно (в 3,47 раза по сравнению с контрольной группой) увеличилось количество больных, у которых продолжительность

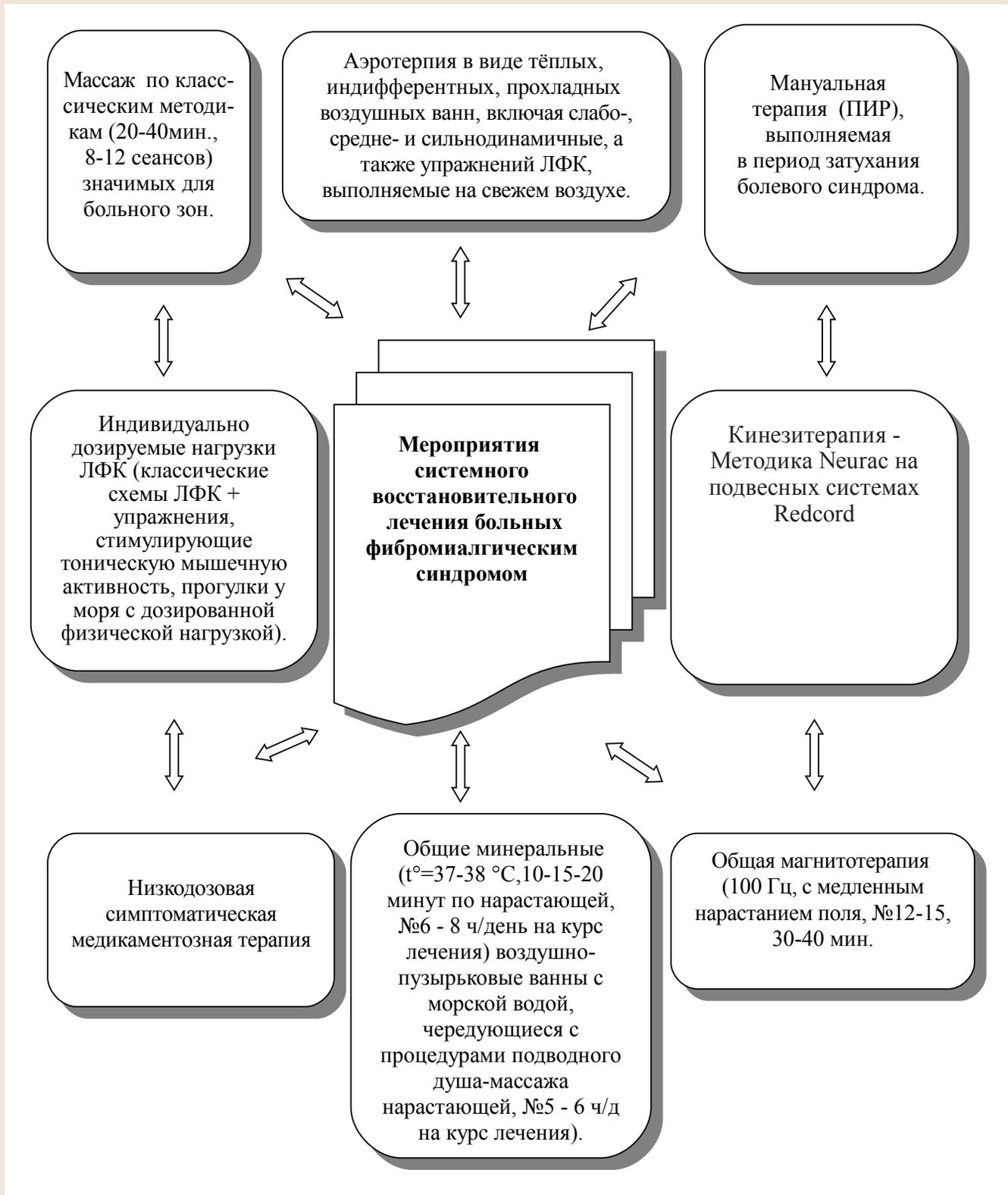
обострений стала менее 1 месяца. В этих группах стало меньше (в 2,11 раза) больных с длительностью обострения свыше 3 месяцев.

Таким образом, предложенный автором принцип восстановительного лечения фибромиалгического синдрома как патологической детерминантной системы с наличием самоподдерживающихся и самовозбуждающихся пусковых и системообразующих факторов одновременным воздействием на все патогенетические звенья заболевания — коррекцию психоvegetативных нарушений и генерализованного патологического двигательного стереотипа, возникшего на фоне распространенных активных алгических триггерных пунктов — показал свою высокую эффективность. 

ЛИТЕРАТУРА

1. Барташевич В.В. Шейный миофасциальный болевой синдром. Клиника, механизмы развития, лечение. Автореферат дисс.... докт. мед.наук. – Казань, 2005. - 47с.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации/ А.Н.Белова, О.Н.Щепетова. – М.: Антидор, 2002.- 440 с.
3. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение [под ред. А.М. Вейна]. - М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. - 752 с.
4. Дубровский В. И., Дубровская А. В. Лечебный массаж.-М.:Мартин,2001.-448 с.
5. Иваничев Г.А. Мануальная медицина: Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 486 с.
6. Иваничев Г.А. Миофасциальный генерализованный болевой (фибромиалгический) синдром / Г.А. Иваничев, Н.Г. Старосельцева. – Казань – Йошкар-Ола, 2002. – 164 с.
7. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль. – Казань, 2007. – 392 с.
8. Михайлов В.М. Вариабельность сердечного ритма. Опыт практического применения/ В.М.Михайлов. – Иваново,2002.- 202 с.
9. Сарнадский В.Н. Метод компьютерной оптической топографии для определения нарушения осанки и деформации позвоночника: пособие для врачей / В.Н.Сарнадский, Н.Г.Фомичев, С.Я.Вильбергер.- Новосибирск, 2003.- 37с.
10. Ситель А.Б. Мануальная терапия. Руководство для врачей. – М.: Издатцентр, 1998. – 304 с.
11. Ситель А.Б. Соло для позвоночника. – М: Метафора, 2006.-224 с.
12. Физиотерапия . Национальное руководство. Под ред. Г.Н. Пономаренко// ГЭОТАР-Медиа.,2009.-864 с.
13. Maigne R. Diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne. – Paris, Expansion Scientifique Francaise,1989.-516 p.
14. Simons D.G., Travell J.G., Simons L.S. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. Vol.1. - Williams & Wilknis, 2004. - 1038 p.
15. Wolfe F. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee / F. Wolfe, H.A. Smythe, M.B. Yunus [et al.] //Arth Rheum. – 1992. – V. 33 (2). – P. 160-172.

Схема 1. Авторская модификация процесса восстановительного лечения в здравницах курорта Сочи больных фибромиалгическим синдромом



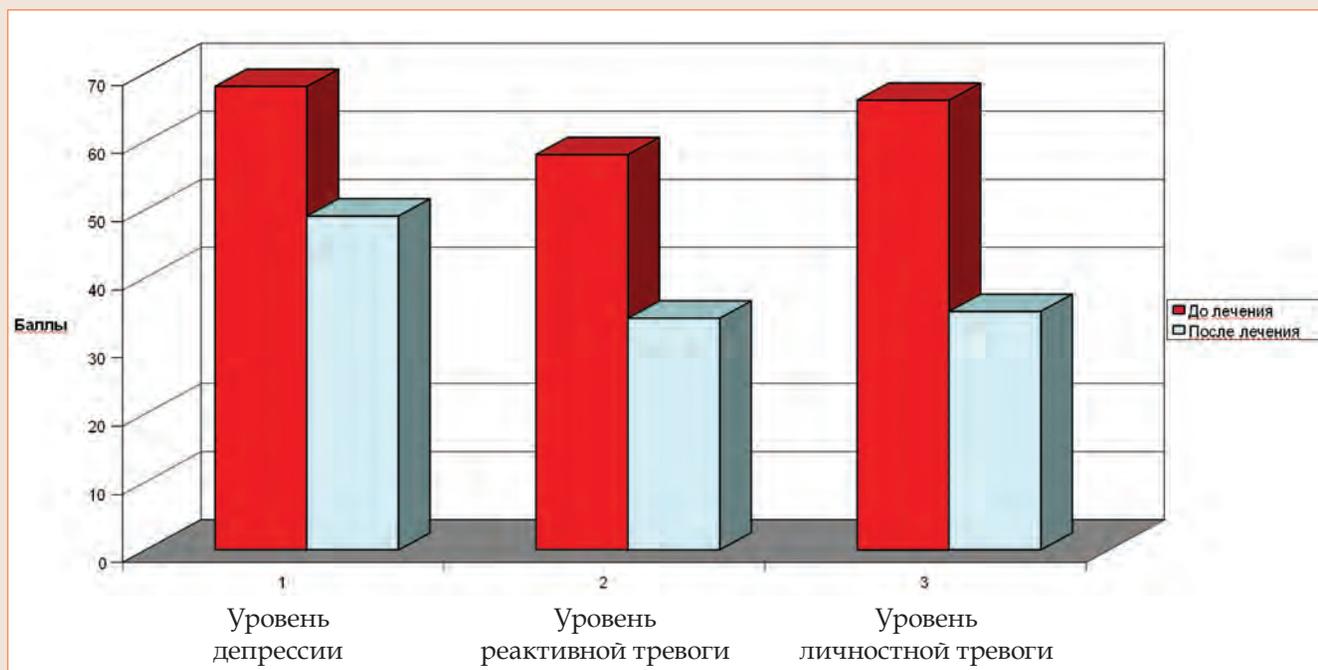
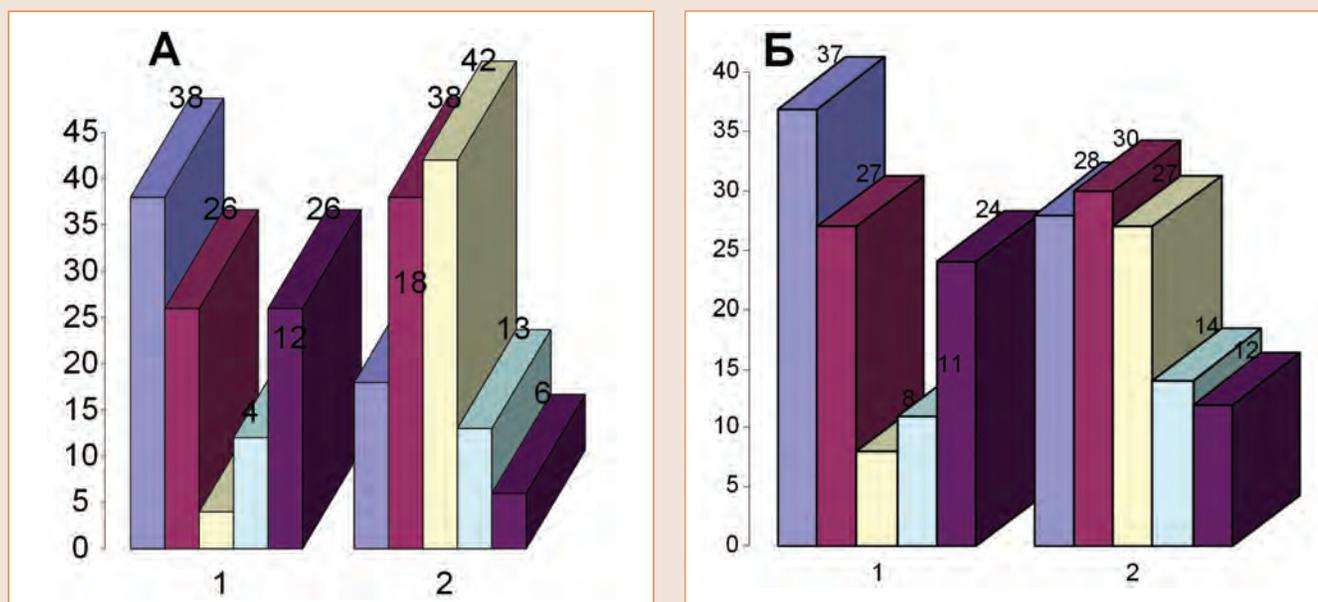


Рисунок 1. Положительная динамика показателей психоэмоционального состояния больных ФМС после проведенного лечения



- симпатикотония
- парасимпатикотония
- эутония
- дистония
- гиперсимпатикотония

Рисунок 2. Показатели состояния ВНС у больных фибромиалгическим синдромом основной (А) и контрольной (Б) до (1) и после (2) лечения