

Г.К. КИРДОГЛО

## ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ФИБРОМИАЛГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Відновлювальне лікування 67 хворих з фіброміалгічним синдромом з використанням кінезотерапії показало, що включення в лікувальний комплекс силових справ на тренажерах, спеціальної партерної гімнастики, гідрокінезотерапії і масажу зменшує або повністю знімає прояви больового синдрому, зменшує тривалість ранкової скутості, поновлює рухову активність.*

\* \* \*

### ВВЕДЕНИЕ

Фибромиалгический синдром (ФМС), обусловленный неспецифическим поражением поперечно-полосатых мышц и фиброзных структур относят к числу распространенных и мало изученных патологий человека. По свидетельству ряда исследователей ФМС диагностируется у 10-20 % пациентов в общеклинической практике [5].

ФМС проявляется болезненными произвольными сокращениями определенных групп скелетной мускулатуры [2,6], сопровождается болезненными мышечными уплотнениями, локальной болезненностью отдельных мышц, наличием болезненных точек (триггерных точек) [11]. Кроме этого у больных ФМС выявляются и другие клинические проявления такие как мышечные боли локализованные в шее, плечевом поясе, спине, утренняя скованность, продолжающаяся более 30 минут, утомляемость, нарушение сна, головная боль, депрессия, вегетативные расстройства.

Попытки выяснения механизмов развития мышечно-фасциальной боли предпринимались неоднократно. Однако остаются неясными в патогенезе заболевания факторы преобразования местной мышечно-фасциальной боли в генерализованный алгический синдром, участие в этом процессе вегетативной, иммунной, психической сферы и установления между этими звеньями достоверной связи.

По данным большинства исследователей болезнь может наблюдаться в любом возрасте, однако чаще в 25 – 45 лет. Значительно чаще болеют женщины [10].

Болезнь чаще начинается исподволь, диагностика сложна. Больные обращаются к терапевту, ревматологу, невропатологу, ортопеду. Считают, что для установки диагноза ФМС необходимо наличие распространенной мышечной боли в течение нескольких месяцев, не менее 11 триггерных точек (из 18 обязательных), тугого тяжа в скелетной мышце, локального судорожного ответа [10, 11].

Лечение больных ФМС является трудной задачей. Применение медикаментозных средств и физиотерапевтических процедур часто не дает стойкого эффекта. Периоды ремиссий короткие, сменяющиеся частыми обострениями. Имеются наблюдения, что при ФМС развивается (в связи с сдавлением) слабость мышц спины, живота и всего мышечного корсета [1,2]. Поэтому одним из путей лечения больных ФМС является укрепление мышечного корсета туловища.

Целью настоящего исследования явилось использование в реабилитационных целях у больных ФМС кинезотерапии.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основой настоящей работы явилось обследование и лечение 72 больных с ФМС. Среди обследованных преобладали лица молодого работоспособного возраста (22-49 лет), средний возраст больных составил 42,6 лет. Из общего числа обследованных женщин было 41 (56,9 %).

Все больные жаловались на боли в спине различной выраженности, плохой сон, повышенную утомляемость, усталость, раздражительность, депрессивное состояние. Преобладали лица, профессия которых была связана с малоподвижным образом деятельности (программисты, экономисты, бухгалтеры, менеджеры). К моменту обращения за лечебной помощью длительность заболевания колебалась от 2 до 8 лет.

Причиной последнего обострения у 18 (25,0 %) больных явилась физическая нагрузка, у 16 (22,2 %) - психо-эмоциональный стресс, у 19 (26,4 %) - переохлаждение. У 19 (26,4 %) пациентов причиной развития заболевания были различные аномалии развития или структурные несоответствия (асимметрия тела при разной длине ног - более 1 см, уменьшение размеров одной половины таза, выраженное плоскостопие, короткие плечи при удлинненном туловище).

Перед началом лечения всем больным кроме развернутого клинико-лабораторного обследования проводилось рентгенологическое или МРТ-исследование.

Для оценки состояния мышц разгибателей позвоночника и мышц брюшного пресса проводилась динамометрия. Выраженность болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Лечебно-реабилитационный комплекс формировался после тестирования и врачебного заключения.

При формировании комплексов кинезотерапии использовались три лечебных физических фактора - механические тренажеры фирмы "Vasil interatletica", партерная гимнастика и специальные занятия в бассейне. Продолжительность одного занятия включала 45-50 минут тренажерной силовой гимнастики, 35-40 минут партерной гимнастики в зале и 30-40 минут упражнений в бассейне. Курс реабилитации включал 12 занятий в режиме 2 занятия в неделю.

Больные были разделены на две группы. В основе этого деления лежало наличие этиологического причинного фактора в дебюте заболевания. У 27 (37,5 %) пациентов начало болезни было обусловлено психоэмоциональным стрессом, у 45 (62,5 %) - нарушением двигательного стереотипа. Первая группа получала кинезотерапию в комплексе с КВЧ-терапией. Использовался аппарат "Электроника-101" с частотой 57-65 ГГц, длина волны 7,1 мм, плотность потока энергии до 10 мВт/см<sup>2</sup>, воздействие проводилось на мышечно-триггерные болезненные точки. За сеанс на точку воздействовали 10-15 минут, суммарное время - до 40 минут за один сеанс, 10-15 процедур, через день. Вторая группа получала курс только кинезотерапии. Контролем служила группа здоровых - 20 человек.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эффективность лечения оценивалась прежде всего по динамике болевого синдрома, симптомов, характеризующих психо-вегетативные расстройства и улучшению двигательной активности.

Лечение больных ФМС представляет собой сложную и трудную задачу. Использование различных медикаментозных средств, направленных на устранение болевого синдрома или дисбаланса в функционировании симпатического и парасимпатического звена вегетативной нервной системы, обычно малоэффективны [3].

При болях в спине пациенты невольно ограничивают физическую активность снижают амплитуду и объем движений в поясничном отделе. Однако снижение физической активности приводит к ослаблению групп мышц, участвующих в удержании, фиксации и стабилизации позвоночника. Это приводит к развитию недостаточности мышечного корсета туловища. Данное положение подтверждается результатами использования физических упражнений, развивающих силовую выносливость мышц спины и живота, оптимально формирующих мышечный корсет туловища [1].

По результатам наших наблюдений, кинезотерапевтические мероприятия позволяют снять или уменьшить спазм паравертебральной мускулатуры, предотвратить развитие мышечной атрофии, уменьшить мышечный тонус, укрепить мышцы живота и экстензоры тазобедренного сустава, укрепить естественный мышечный корсет. Кроме того, занятия кинезотерапией позволяют усвоить и закрепить правильную осанку при стоянии и сидении, улучшить походку и облегчить выполнение бытовой деятельности и трудовых процессов.

К концу курса лечения интенсивность боли уменьшилась достоверно ( $p < 0,05$ ) во всех группах обследованных. Однако более выраженное снижение боли было отмечено в группе больных, получавших комплексное лечение - кинезитерапию и КВЧ-воздействие. В этой группе к концу курса реабилитации число больных, у которых полностью исчезли боли составило 17 (62,9 %), а во второй группе - 24 (53,3 %). Более демонстративными были различия выраженности боли у тех больных, у которых она продолжала сохраняться. Уровень болевых ощущений у этих больных по ВАШ (переведено в баллы) в первой группе составил 2,1 балла, а во второй группе - 2,9 балла.

Формирование болевого синдрома спины является сложным. Патогенез локального миофасциального гипертонуса включает нарушение кальциевого обмена, микроциркуляции, нейрональные и биохимические сдвиги на местном тканевом уровне. Эти процессы находятся под сильным влиянием супрасегментарных регулирующих систем построения движения [7,8]. Многочисленные клинические факторы подтверждают заинтересованность в этом процессе самых высоких уровней ЦНС. Мышечная болезненность находится в большой зависимости от эмоционального состояния пациента. Депрессивные и фобические реакции, как правило, усиливают местную мышечную боль [9,10].

Более выраженный терапевтический эффект у больных с наличием в дебюте заболевания психоэмоционального компонента, видимо, объясняется нормализацией баланса в функционировании звеньев вегетативной нервной системы, что было достигнуто использованием реабилитационного комплекса, включающего кинезотерапию и электромагнитные волны крайне высокой частоты. Комплексное использование физических факторов вызывает взаимовлияние и взаимодействие, получившее название терапевтической интерференции [4]. Понимание этих механизмов в медицинской реабилитации чрезвычайно важно, так как при этом используются различные по природе и механизмам действия лечебные средства.

## **ВЫВОДЫ**

1. Применение активных физических движений - кинезотерапии - в реабилитации больных с фибромиалгическим синдромом является эффективным методом восстановительного лечения.
2. Использование кинезотерапии в комплексе с физиотерапевтическими процедурами - КВЧ-терапией - усиливает лечебный эффект.

## **G.C. KIRDOGLO**

### **KINESITHERAPY OF THE REHABILITATION PATIENTS FIBROMYOFASCIAL SYNDROME**

The paper reports the results in the treatment 72 patients with myofascial pain syndrome: electromagnetic waves of millimeter diapasons in the complex kinesitherapy.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бубновский С.М. Руководство по кинезотерапии дорсопатий и грыжи позвоночника.- М.: Макс-Пресс, 2002. 87 с.
2. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. – Казань: Изд-во КГУ, 1990. – 156 с.
3. Табеева Г.Р., Короткова С.Б., Вейн А.М. Фибромиалгия // Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – 100, № 4. – С. 69–77.
4. Улащик В.С. Физиотерапия уходящего века // Здравоохранение. – 2000. №12. – С. 49-53.
5. Bennett R. Fibromyalgia chronic fatigue syndrome and myofascial pain // Curr. Opin. Rheumatol. – 1998. – 10, №2. – P. 95-103.
6. Buskila D., Neumann L., Alhoashie A., Abn-Shakra M. Fibromyalgia syndrome in men // Semin. Arthritis Rheum. - 2000. - 30, №1. – P. 47-51.
7. Hansen T.J., Merri T.T. Rehabilitation of the patient with lower back pain // Reg. Anesth. – 1997. – 22, №1. – P. 89-101.
8. Patel A.T., Ogle A.A. Diagnosis and management of acute low back pain // Am. Fam. Physician. – 2000. – 15, 61 (6). – P. 1779-1790.
9. Russel I.J. Neurochemical pathogenesis of fibromyalgia syndrome // J. Musculoskel. Pain. – 1996. –1.- P. 61-62.
10. Simons D. Undiagnosed pain complaints trigger points? // Clin. J. Pain. – 1998. – 13, №1. – P. 82-83.
11. Travell J.G., Simons D. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. – Baltimore – London, 1985. – 713 p.