

## Актуальные вопросы современной неврологии

**9-10 октября 2014 года в г. Одессе проходил научный симпозиум с международным участием, посвященный вопросам мультидисциплинарного подхода к оказанию неврологической, психиатрической и наркологической помощи в Украине.**



**Заведующая кафедрой рефлексотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Ольга Григорьевна Морозова** посвя-

тила выступление подходам к диагностике и лечению болевого синдрома в области шеи и плечевого пояса.

— Кафедра рефлексотерапии уже многие годы занимается лечением мышечно-скелетной боли (МСБ). На сегодня МСБ занимает ведущее место в структуре болевых синдромов в области спины. Распространенность МСБ составляет около 90-95%. Многочисленные исследования показывают, что в течение года эпизоды боли в области шеи испытывают 12-71% населения. Можно отметить такую закономерность: МСБ четко связана с мышечным спазмом и формированием миофасциального болевого синдрома (МФБС). Однако следует отметить, что МФБС не накладывается на биомеханическую патологию.

В поддержании мышц шеи в нейтральном положении участвуют груднично-ключично-сосцевидная (ГКСМ), лестничная мышца и мышца, поднимающая лопатку. Этиология заболевания включает неспецифические и специфические причины. К первым относят МФБС с последующим развитием миофасциальной дисфункции (МФД), артроз фасеточных суставов и дис-функцию дугоотростчатых суставов. В группу специфических причин входят ревматологические и эндокринные заболевания, а также первичные и метастатические новообразования. Механизмы формирования боли связаны между собой. С одной стороны, боль в шее формируется за счет мышечного спазма, рефлекторного мышечно-тонического синдрома (РМТС) и МФБС; с другой — происходит функциональное блокирование позвоночно-двигательной системы, развивается остео-артроз фасеточных суставов позвоночника. Помимо этого, важную роль играют наличие хлыстовой травмы в анамнезе, иррадиация боли в шейный отдел и эмоциональное напряжение.

Патогенез заболевания тесно связан с формированием спазма мышц, регулирующих движение шеи. Механизм обусловлен тем, что флексоры и аддукторы (мышца, поднимающая лопатку, верхние порции трапециевидных мышц, ГКСМ, лестничные, грудные, широчайшие мышцы спины, подлопаточные мышцы, сгибатели верхних конечностей) склонны к большей активации, гипертонусу и укорочению с последующим развитием триггерных точек и фиброза. При этом фазические мышцы (экстензоры и абдукторы) склонны к слабости, растяжению и гипотонии. Мышечные контрактуры формируются за счет эксцентрического сокращения, когда внешняя сила воздействия на мышцу

больше силы, производимой самой мышцей. При изотоническом мышечном сокращении возникает пролонгированный мышечный спазм, который запускает серию патогенетических механизмов: разрыв саркоплазматического ретикулума, выход кальция в межклеточное пространство, что впоследствии приводит к гипоксии, ишемии, снижению концентрации АТФ, высвобождению вазоактивных воспалительных веществ и в конечном итоге к формированию боли и мышечного спазма.

Исходя из анатомических функциональных особенностей мышц шеи выделяют контрактуры, вызывающие антепульсию и ретропульсию головы или сглаживание шейного лордоза, а также асимметрию между мышцами обеих сторон (латеропульсия и дисбаланс ротаторов). Антепульсия головы обусловлена функцией передних затылочно-базальных мышц в сочетании с шейно-базальными. Помимо этого, лестничные мышцы участвуют в сгибании шеи, а ГКСМ вместе с затылочно-шейными мышцами (ременная и полустистая мышца головы) — в разгибании.

В ретропульсии головы участвуют шейно-лопаточные мышцы, удерживающие лопатки в опущенном положении. Мышца, поднимающая лопатку, задействована в сглаживании шейного лордоза. Трапециевидная мышца вместе с передней зубчатой участвует в стабилизации лопатки. Глубокие мышцы шеи поддерживают голову в положении сгибания в атлантозатылочном суставе.

В свою очередь, поворот головы осуществляется на подзатылочном уровне (C0, C1, C2) при участии мышц, прикрепляющихся к основанию черепа и лопатке на стороне, противоположной стороне поворота, а также на уровне средней части шейного отдела при участии передней группы шейно-грудных мышц контрлатеральной стороны и шейно-лопаточных мышц гомолатеральной стороны. Боковые наклоны головы осуществляются на уровне атлантоокципитального сустава с помощью мышцы, поднимающей лопатку, и лестничных мышц контрлатерально.

Исходя из этого в лечении сочетают медикаментозную и немедикаментозную терапию, которая направлена на восстановление нормальных биомеханических и мышечных показателей, купирование болевого синдрома и улучшение нейрометаболических процессов в мышечных и нервных структурах. Однако есть различия в лечении локальной боли и РМТС. В первом случае назначают нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП), например лорноксикам (Ксефокам, Takeda), и витамины группы В, а также миорелаксанты. При РМТС можно использовать Ксефокам и витамины группы В (в течение 7-10 дней внутримышечно, затем месяц перорально). Проводят мануальную терапию, которая включает биомеханическую коррекцию и мягкие техники, акупунктуру и ЛФК. При туннельных нейропатиях применяют Келтикан (Takeda).



**Продолжил тему болевого синдрома профессор кафедры рефлексотерапии ХМАПО, доктор медицинских наук Александр Анатольевич Ярошевский**, представивший доклад «Ослож-

нения неоптимального двигательного стереотипа плечевого региона».

— Визуальными критериями патобиомеханических изменений являются асимметричное положение и нарушение взаимоперемещения элементов опорно-двигательного аппарата. Различают патогенетические и саногенетические изменения биомеханики. Наиболее характерными вариантами комбинации неоптимальности статики являются дорсальное и латеральное смещение среднего отвеса центров тяжести, составляющее фундаментальную основу т. н. синдрома замороженного плеча (СЗП), который формируется мышцами надплечья, плеча, грудными мышцами и межлопаточной зоной.

СЗП — это дисфункция плечевого сустава с ограничением сгибания, отведения и ротации до половины нормального объема движений. Определяющим критерием является боль, которая наиболее выражена в передней или средней области дельтовидной мышцы и усиливается при движении. Если говорить об изменениях биомеханических паттернов у пациентов с СЗП, то в 100% случаев имеет место смещение центра тяжести. Таким образом, у пациентов наблюдается остановленное падение туловища вперед, назад или в сторону. Асимметрия нижних конечностей и смещение центра тяжести во фронтальной плоскости обнаруживаются в 70% случаев. На втором плане стоят асимметрия плечевого пояса, шейный, грудной и груднопоясничный сколиоз. В связи с нарушением биомеханизма мышц выделяют нарушения осанки, которые проявляются различными патологическими формами спины, такими как прямая, круглая и сутулая, а также антепульсия грудной клетки.

Аномальная биомеханика связана с болью и ограничением движений, частичными и повторными малыми надрывами связок плечевого сустава; чрезмерной нагрузкой на мышцы плеча; ограничениями движений из-за боли, падения на плечо или кисть; иммобилизацией вследствие перелома либо операции. Клинически СЗП проявляется болью в области дельтовидной мышцы с ограничением нормального объема движения. В острой стадии боль диффузная и может ощущаться даже в состоянии покоя. Для больных с данным синдромом характерны асимметрия плечевого пояса, короткая шея, глубокий шейный лордоз и уменьшение расстояния между сосцевидным отростком и надплечьем. Такая укороченная и уплотненная фиброзно-измененная мышца становится причиной хронической миофасциальной боли. Характерно также проявление аномального плечелопаточного ритма.

Синдром соударения плеча и лопатки (синдром сдавления ротаторов плеча, субакромиальный синдром, или импиджмент-синдром) — это боль, которая вызывается при определенном движении. Основное значение имеет миофасциальное поражение подлопаточной и надостной мышц.

В качестве лечения придерживаются определенного алгоритма, который не подлежит изменениям. При этом корригируют или мобилизуют шейно-верхнегрудной отдел позвоночника. Устраняют ограничения разгибания и наклона в сторону пораженного плеча на уровне C7-T1; снимают мышечно-фасциальное напряжение с лестничных, ременных и верхних пучков трапециевидной мышцы; купируют гипертонус подлопаточной, передней зубчатой и переднего края верхних пучков трапециевидной мышцы, прикрепляющихся к ключице. Кроме того, мобилизуют лопатки или плечевую кость относительно суставной впадины. Также необходимо добиться расслабления круглых мышц, трехглавой мышцы плеча и задней части дельтовидной мышцы для восстановления нормального вращения плеча относительно лопатки. Восстановление упругости грудной клетки обеспечивается с помощью манипуляций или мобилизации реберно-позвоночных суставов.

Синдром верхней апертуры грудной клетки (СВАГК) — болевой синдром, поражающий плечевой пояс и свободную верхнюю конечность. Он обусловлен сдавлением сосудисто-нервного пучка, представленного плечевым сплетением и подключичной артерией. Истинный нейрогенный синдром характеризуется очаговым неврологическим нарушением функции нижнего пучка плечевого сплетения, в свою очередь, сосудистый синдром — компрессией подключичной артерии. При этом мышечный синдром отражает боль в области триггерных точек при укорочении лестничных мышц, подтягивающих первое ребро кверху. СВАГК плохо диагностируется, проявляется мышечной контрактурой. Кроме того, формируются статическое напряжение надплечья и структурные нарушения всей ортостатики в целом.

МФБС верхней апертуры грудной клетки проявляется болью, которая возникает как отраженная от триггерных точек в передней и средней лестничных мышцах, подостной, подлопаточной, верхней задней зубчатой мышцах и, особенно, широчайшей мышце спины. Возникает мышечная слабость, связанная с моторным ингибированием мышц, имеющих триггерные точки, однако отсутствуют атрофии и неврологические расстройства.

Дифференциальную диагностику проводят с острым поражением плечевого сплетения (синдром Персейджа-Тернера), шейным спондилезом, синдромом запястного канала, добавочным шейным ребром, травмами плеча с разрывом ротаторной манжетки.

Терапия направлена на увеличение верхней апертуры грудной клетки путем нормализации взаимоположения между первым ребром и ключицей, а также на восстановление нормальной подвижности за счет декомпрессии триггерных точек, локального растяжения мышц и устранения миофасциального напряжения. Применяют биомеханическую коррекцию, рефлексотерапию, ЛФК и медикаментозную терапию. Для купирования болевого синдрома используют НПВП Ксефокам (Takeda), с целью воздействия на метаболизм нервных структур — Келтикан (Takeda) и витамины группы В.

Подготовила Мария Бобришева

XEFO-PUB-042015-063

