

ПАТОБІОМЕХАНІЧНІ АСПЕКТИ ГОЛОВНОГО БОЛЮ НАПРУГИ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ ШИЙНО-ПЛЕЧОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

О.Г.Морозова, О.А.Ярошевський, А.О.Ярошевська

Морозова Ольга Григорівна
доктор медичних наук, професор,
зав.кафедри неврології та рефлексотерапії
Національний технічний університет
«Харківський політехнічний інститут»,
м.Харків, Україна

ORCID 0000-0002-3088-624X

Ярошевський Олександр Анатолійович
доктор медичних наук, професор,
професор кафедри неврології та
рефлексотерапії
Національний технічний університет
«Харківський політехнічний інститут»,
м.Харків, Україна

ORCID 0000-0002-2720-9985

Ярошевська Анна Олександрівна

Студентка

Харківський національний медичний
університет
м.Харків, Україна

Міофасціальний больовий синдром (МФБС) являє собою хронічний больовий синдром, що виникає з одного або декількох тригерних пунктів (ТП) в одному або декількох м'язах. Це синдром, походження якого пов'язане з розвитком тонічної напруги м'язів (захисного м'язового спазму), яка виникає у відповідь на больову імпульсацію, що походить із різних джерел (внутрішні органи, хребет та структури, що пов'язані із ним, суглоби, зв'язочний апарат та ін.) [1,2].

Відносно нещодавно почала формуватися думка про те, що МФБС є наслідком функціональних біомеханічних порушень рухової системи [2-5]. Це пов'язано з тим, що м'язово-фасціальна система є частиною постуральної системи, що забезпечує надскладну задачу – збереження стійкої вертикальної пози людини в умовах різноманітних рухів рук, ніг, голови та тулубу.

Тому для дезорганізації постуральної системи найбільш значущою буде дисфункція тих м'язів, в яких вище концентрація м'язових веретен, рецептори яких є основними пропріорецепторами [3]. Найбільш високою щільність м'язових веретен (на 1 г ваги) є в підпотиличних м'язах, окорухових м'язах,

жувальних м'язів – в 20 – 50 разів вище, ніж у найширшому спинному м'язі та трапецієвидному м'язі. Ймовірно, саме це і зумовлює частоту розвитку м'язово – тонічних синдромів у м'язах шиї та плечового пояса. Клінічний досвід свідчить про те, що у пацієнтів з м'язово – скелетним болем виявляються порушення статури, ходи та деякі конституціональні невідповідності (сколіоз, що поєднується з кіфотичною деформацією грудної клітини та синдромом короткої ноги, плоскостопість, асиметрія кісток таза та т.п.) [4-7]. Але в практичній діяльності питанням візуальної діагностики та порушень біомеханічного рухового стереотипу не приділяється належної уваги.

Мета дослідження: виявлення та систематизація патобіомеханічних порушень хребта та рухових патернів, при МФБС в області шиї та плечового поясу, які виявляються при візуальній діагностиці і мануальному тестуванні. Обстежено 159 пацієнтів з міофасціальними больовими синдромами в області шиї і плечового пояса. Середній вік склав 32 роки (від 18 до 45 років). Пацієнтам проведено клініко-неврологічне дослідження та специфічна мануально-терапевтична діагностика. Візуальна діагностика проводилась у відповідності з координаторно – площинним методом, що дозволяє оцінювати статичну складову рухового стереотипу в вихідному положенні стоячи, деформації в сагітальній, фронтальній та горизонтальній площинах. При функціональному дослідженні оцінювали стан кінцівок, несправжню або істинну їх асиметрію, обсяг активних і пасивних рухів, послідовність і паралельність включення моторних патернів у рух [2, 3].

Аналіз клінічних особливостей цервікалгії, а також статичних та динамічних факторів, які посилюють і зменшують виразність болю, дозволив виділити наступні основні особливості виникнення больового синдрому: біль з'являється (посилюється) при певному русі в шиї (флексія, екстензія, латерофлексія, ротація) – 45% обстежених; біль з'являється (посилюється) після статичного навантаження в сидячому або стоячому положеннях – 20%; біль зменшується під час руху – 15%; біль постійний, посилюється вночі – 10%. На підставі результатів візуально – пальпаторної діагностики статичної складової рухового стереотипу встановлено, що 100% пацієнтів мають рефлексорний постуральний дисбаланс м'язів не тільки в області шиї, але й в плечелопаточній області. В 60,8% випадків були виявлені візуальні критерії функціональної слабкості трапецієподібного та грудино-ключично-соскоподібного м'язу з одного боку, що було непрямою ознакою дисфункції *m. accessorius*.

Патобіомеханічний патерн м'язів плечового пояса характеризувався укороченням переважно м'язів – флексорів (драбинчастих) та привідних м'язів плеча, а також великих і малих грудних м'язів. Розвиток міофасціальної дисфункції у зазначених м'язах сприяло формуванню кіфотичної установки грудної клітини з внутрішньою ротацією плечових суглобів та одночасно елевацією структур верхньої апертури грудної клітини (ключиць, лопаток). У даному випадку одночасно виявлялося розслаблення розгиначів тулуба – трапецієподібних, найширших м'язів спини та м'язів, що відводять плече – дельтоподібного та триголового. Дисфункція згаданих м'язів поєднувалась з

функціональними блокадами в шийно-грудному відділі хребта. При цьому обмеження флексії поєднувалося з обмеженням бокового нахилу та ротації в однойменну сторону (при наявності флексійного функціонального блоку). Всі пацієнти з локалізацією міофасціального болю в шийно-плечовій ділянці мали патобіомеханічні порушення, що полягають у зсуві центру ваги та деформації контурів тіла в сагітальній площині при збереженні симетричності довжини нижніх кінцівок і формуванні косоного та косо-скрученого тазу при асиметрії ніг. Таким чином, аналіз патобіомеханічних порушень, виявлених під час візуальної діагностики, мануального тестування продемонстрував, що всі пацієнти з болем у шийній та плечовій областях мали неоптимальний руховий стереотип, що потребує відповідної біомеханічної корекції.

Список використаних джерел:

1. Мачерет Є.Л. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів / Є.Л. Мачерет, Г.М. Чуприна, О.Г. Морозова та ін. // Х.: ВПЦ Контракт. – 2006. – 168 с.
2. Рефлексотерапія: національний підручник (I – III том) / О.Г. Морозова, Н.К. Свиридова та ін. // Національний підручник; за ред. Н.К. Свиридової, О.Г. Морозової. – К.: «СІК ГРУП Україна», 2017. – 1168 с.
3. Тревелл Дж. Г. Міофасціальний біль (в двох томах) / Тревелл Дж. Г., Симонс Д. Г.; пер. с англ. – 2008.
4. O. Jaroshevskiy Features of pathobiomechanical patterns in patients with myofascial pain syndromes of the cervicobrachial region & Acta Balneologica. – Т. LVIII, №1 (143) /2016. – P. 8 – 12.
5. O. Jaroshevskiy. Nonspecific symptoms of myofascial pain syndromes of cervicobrachial localization and their dynamics under the influence of non-pharmacological treatment, SCOPUS. Wiadomosci Lekarskie. – Т. LXIX, №1 /2016. – P. 10 – 13.
6. Yaroshevskiy O.A. Evaluation of the effectiveness of multimodal approach to the management of cervical vertigo / O.A. Yaroshevskiy, O.S. Payenok, A.V. Logvinenko // Wiadomosci Lekarskie. – Т. LXX, №3, P.2. – 2017. – P. 571 – 573.
7. O. Jaroshevskiy, O. Morozova. Non-pharmacological treatment of chronic neck–shoulder myofascial pain in patients with forward head posture SCOPUS ISSN 0043-5147 Wiadomosci Lekarskie. – №1. – 2019. – P. 84 – 88.