DOI: 10.17117/na.2017.01.03.171

<http://ucom.ru/doc/na.2017.01.03.171.pdf>

Поступила (Received): 31.01.2017

**Бобунов Д.Н., Попов А.Б., Попова Д.Б., Комиссаров Д.А.,
Бабарина А.Н., Алферова С.В., Москалев М.А., Зыбина Ю.О.**

**Реабилитационное лечение мышечно-тонического
синдрома трапецевидной мышцы приемами
массажа и техниками мануальной терапии**

**Bobunov D.N., Popov A.B., Popova D.B., Komissarov D.A.,
Babarina A.N., Alferova S.V., Moskalyov M.A. Zybina Yu.O.
Rehabilitation treatment of muscular-tonic syndrome of a trapezoid
muscle methods of massage and techniques of manual therapy**

Реабилитационное лечение мышечно-тонического синдрома трапецевидной мышцы массажными приемами и мануальными техниками является неотъемлемой частью комплексной терапии данной патологии, а нередко, может быть и единственно применяемой и высокоэффективной. При подготовке к реабилитации существует необходимость соблюдения ряда последовательных этапов. Важно обратить внимание, что лечение проводится больному, клиническая картина которого отдифференцирована от прочих нозологических форм, имеющих мышечно-тонический синдром как сопутствующий симптом другого заболевания

Rehabilitation treatment of a musculotonic syndrome of a trapezoid muscle massage receptions and manual techniques is an integral part of complex therapy of this pathology, and is frequent, maybe only applied and high performance. By preparation for rehabilitation there is a need of keeping of a number of serial stages. It is important to pay an attention that treatment is carried out to the patient, which clinical picture of an ottdifferentsirovan from the other nosological forms having a musculotonic syndrome as the accompanying symptom of other disease

Ключевые слова: мышечно-тонический синдром, массаж, мануальная терапия

Key words: muscular-tonic syndrome, massage, manual therapy

Бобунов Дмитрий Николаевич

Кандидат медицинских наук, ассистент,
руководитель центра
Северо-западный государственный университет
им. И.И. Мечникова

Bobunov Dmitry Nikolaevich

Candidate of Medical Sciences, Assistant, Head of
center
North-Western state medical university named I.I.
Mechnikov

Попов Андрей Борисович

Магистрант
Национальный государственный университет
физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф.
Лесгафта
г. Санкт-Петербург, ул. Декабристов, 35

Popov Andrey Borisovich

Master
National state university of physical culture, sport
and health named P.F. Lesgaft
St. Petersburg, Dekabristov st., 35

Попова Диана Борисовна

Студент

Северо-западный государственный университет
им. И.И. Мечникова

Popova Diana Borisovna

Student

North-Western state medical university named I.I.
Mechnikov

Комиссаров Дмитрий Алексеевич

Врач-невролог, мануальный терапевт

Медикал Он Груп-Санкт-Петербург Юг
г. Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, 52

Komissarov Dmitry Aleksandrovich

Neurologist, manual therapist

Medikal On Group-St. Petersburg South
St. Petersburg, Veteranov ave., 52

Бабарина Анастасия Николаевна

Студент

Северо-западный государственный университет
им. И.И. Мечникова

Babarina Anastasia Nikolaevna

Student

North-Western state medical university named I.I.
Mechnikov

Алферова Светлана Викторовна

Студент

Северо-западный государственный университет
им. И.И. Мечникова

Alferova Svetlana Viktorovna

Student

North-Western state medical university named I.I.
Mechnikov

Москалев Михаил Александрович

Студент

Северо-западный государственный университет
им. И.И. Мечникова

Moskalyov Mikhail Aleksandrovich

Student

North-Western state medical university named I.I.
Mechnikov

Зыбина Юлия Олеговна

Студент

Северо-западный государственный университет
им. И.И. Мечникова

Zybina Yulia Olegovna

Student

North-Western state medical university named I.I.
Mechnikov

Реабилитационное лечение мышечно-тонического синдрома трапециевидной мышцы массажными приемами и мануальными техниками является неотъемлемой частью комплексной терапии данной патологии, а нередко, может быть и единственно применяемой и высокоэффективной.

При подготовке к непосредственной реабилитации существует необходимость соблюдения ряда последовательных этапов. Важно обратить внимание, что лечение проводится тому больному, клиническая картина состояния которого четко отдифференцирована от прочих нозологических форм, имеющих мышечно-тонический синдром как сопутствующий симптом другого основного заболевания. Стоит учитывать, что объектом реабилитационного лечения при мышечно-тоническом синдроме, зачастую в одиночку, выступает именно мышца и покрывающая ее фасция, а многообразие и широта клинических проявлений мышечно-тонического синдрома. В особенности для трапециевидных мышц, симптомы для больного могут быть не всегда понятными, ведь боли иррадиируют в голову, в лицо, челюсть, глаза, плечо и т.д. Одним из методов мануального реабилитационного лечения будут выступать техники, направленные на растяжение мышцы. При растяжении мышцы, в связи с наличием в ней активных миофасциальных триггерных точек, будет, отчасти, осуществляться инактивация этих триггерных точек. В связи с тем, что данная процедура зачастую сопряжена с некоторой болезненностью для больного, необходимо в общих чертах объяснить пациенту механизм возникновения и распространения

боли. К примеру, воспроизвести жалобы и боли можно посредством легкого сдавления обнаруженной триггерной точки в мышце пациента, что может служить ему демонстрацией нахождения истинного первоисточника боли. Так же большое внимание стоит уделить температуре воздуха в помещении, а именно конечности пациента не должны быть холодными, в противном случае используют некий горячий компресс и располагают его под животом больного для обеспечения рефлекторной периферической вазодилатации. Так же вегетативный статус и психотип пациента может определять готовность пациента к предстоящей процедуре, важно наладить контакт заблаговременно, чтобы избежать вегетативных реакций и прочих проявлений эмоциональной лабильности. Необходимо выяснить наличие сахарного диабета у больного, определить, когда был последний прием пищи, т.к. гипогликемия может потенцировать активацию триггерных точек.

Производится оценка амплитуды движений по плоскостям. Сгибание и разгибание, наклоны и повороты вправо и влево головой, пожимание плечами, вращательные движения в плечевых суставах. Оценивается амплитуда в каждом из движений и фиксируется отрезок движения, выполняемый в амплитуде без боли. Соответственно, и врач, и пациент фиксирует точку ограничения. В зависимости от уровня поражения мышцы, а именно локализации наиболее морфологически точно определенного уровня мышцы с расположенной в ней триггерной точкой, делается вывод о тактике действий.

Крайне важным является занимаемая пациентом поза. Она должна отвечать принципам полной релаксации мышцы с триггерной точкой и всего позвоночно-двигательного сегмента, к которому она относится. Дыхание пациента должно быть спокойным и ровным. Если по каким-то причинам пациент не может расслабиться, то ему рекомендуют дышать животом.

Первоочередным пособием, выполняемым мануально при мышечно-тоническом синдроме задней группы мышц шеи и надплечий, является пассивное растяжение мышц. Это пособие, так или иначе, является определяющим при мануальных техниках, т.к. неуклонно приводит к инактивации триггерных точек и расслаблению. Правда, стоит заметить, крайне редко удастся выполнить это пособие, предварительно не сделав ряд подготовительных мануальных этапов.

Этапы.

1) Подготовительный массаж

Сразу стоит определиться с уровнем активности триггерных зон в укороченной гипертоничной мышце. В случае со свехраздражимыми триггерными точками в мышце, можно утверждать, что любые техники интенсивного массажа будут вызвать острейшую боль, в силу чего предпочтение сводится к приемам поглаживания, растирания. Целью этих приёмов является смещение более поверхностно расположенных слоев тканей относительно нижерасположенных для усиления кровообращения, местного метаболизма и увеличения амплитуды подвижности этих слоев. Williams и Elkins рекомендуют начинать массаж с легких поколачиваний, едва вовлекающих мышцы, с постепенным усилением воздействия на них. После подготовительного массажа можно переходить к линейному массажу. Пациент должен сидеть в удобной позе на стуле с

подлокотниками, опираясь на спинку, что позволяет добиться умеренного растяжения трапецевидной мышцы и зафиксировать плечи. Кожа над мышцами смазывается маслом, и врач своими большими пальцами кистей обеих рук погружается в толщу мышцы и движется от дистального участка непосредственно в сторону триггерной точки, выполняя некое умеренное давящее движение. Скорость движения стоит держать сверхмедленной, приблизительно в 2-3 раза медленнее, чем при выполнении обычного массажа. От раза к разу некоторая интенсивность давления постепенно нарастает до тех пор, пока врач не начинает пальпировать тяж или уплотненный участок, который и является триггерной точкой. Работая в этой области скользящими медленными движениями, врач может заметить уменьшение уплотнения, а иногда, при несильной активности триггерной точки и вовсе полную инактивацию ее. Такой вариант массажного приема можно считать наиболее эффективным, однако оправдано и циркулярное разминание, и приемы накатывания мышечного слоя в районе данной триггерной точки, равномерно нарастающие по интенсивности.

2) Ишемическая компрессия.

Данный прием наиболее оправдан в случае локализации триггерной точки в непосредственной близости к месту прикрепления мышцы. Ишемическая компрессия представляет собой выраженное локальное длительное давление на триггерную точку, что в дальнейшем приводит к её инактивации. Характерным является компенсаторная постишемическая гиперемия, возникающая после своеобразного ишемического побледнения вследствие компрессии. Принцип метода заключается в изменении гемодинамики в мелких и средних капиллярных сетях в мышце, компенсаторной выраженной вазодилатации в ответ на ишемию, что приводит к реактивным репаративным изменениям в мышце и заключенной в ней триггерной точке. Замечено, что метод ишемической компрессии зарекомендовал себя более чем достойно, особенно при возникновении новых триггерных точек, пока еще средней степени активности, когда даже однократное применение данного приема в большинстве случаев оказывает полную их инактивацию. При выполнении приема на трапецевидной мышце, необходимо её растянуть посредством наклона головы в противоположную от триггерной точки сторону (триггерная точка слева – наклон головы вправо) и заведением руки соответствующей стороны либо за спину, либо необходимо, чтобы пациент ухватился ей за сиденье стула. Растяжка выполняется по мере отсутствия болей, а именно до появления жалоб. Целесообразно начинать сдавление тканей методом щипка, либо сразу двумя большими пальцами обеих кистей, до начала появления первых болей. По мере выполнения давления боли будут ослабевать, это означает, что стоит усилить оказываемое воздействие на триггерную точку. Весь процесс длится до 90 секунд. Если не наступает облегчения, значит возникает необходимость в дополнительном разогреве мышцы. Ишемическая компрессия не оказывает эффекта в случае, если: 1) триггерная точка чрезмерно раздражима; 2) врач ослабил оказываемое давление вместо положенного плавного усиления; 3) врач без подготовки сразу оказал сверхсильное давление, что таким образом вызывает выраженный болевой синдром и рефлекторное мышечное укорочение и компенсаторный ответный гипертонус; 4)

сохраняются факторы риска, постоянно провоцирующие сверхвозбудимость триггерных точек.

3) Этапное стабилизирование.

Направлено на наращивание амплитуды того движения, при выполнении которого происходит растяжение пораженной мышцы. Техника применима практически для любой скелетной мышцы. Пациент выполняет по команде чередуемое сокращение агонистов и антагонистов, в то время как врач оказывает сопротивление выполняемым в результате сокращений движениям, что и обеспечивает изометрическую работы мышц. Попеременное сокращение агонистов и антагонистов приводит к нарастающему увеличению длины пораженной мышцы с триггерной точкой. Такой тормозной механизм обусловлен работой принципа реципрокности.

4) Пособие по Lewit (постизометрическая релаксация).

Постизометрическая релаксация представляет собой пособие, которое включает элементы пассивного мышечного растяжение и этапного стабилизирования. Стоит иметь в виду, что данный метод выполняется исключительно в пределах эластических мышечных барьеров, т.е. манипуляции выполняются только в той амплитуде, торможение внутри которой не вызвано механическим торможением, а именно структуральным сопротивлением. Иными словами, пассивное растяжение выполняется в случае, если врач отчетливо уверен, что дальнейшее увеличение амплитуды растяжения является невозможным исключительно из-за мышечного укорочения, а не из-за суставно-связочного структурального блока и сопротивления. Принципы техники метода: врач выполняет пассивное мышечное растяжение до момента возникновения сопротивления или до начала боли. Вслед за этим, продолжая удерживать растянутое состояние мышцы, врач просит пациента выполнять сокращение мышцы "в отместку" сопротивлению врача как минимум 7 секунд. В этот момент происходит фаза активного изометрического сокращения мышцы, после которой пациента просят прекратить сокращение, сделать глубокий плавный вдох и выдох. Далее следует дополнительное пассивное растяжение мышцы врачом на этот раз до нового уровня сопротивления на новой для этой мышцы амплитуде. Предстоящий этап повторной изометрической работы мышцы выполняет уже на несколько удлиненной мышце. Эту процедуру постизометрической релаксации производят от 3 до 5 раз до момента, пока удлинение мышцы не прекратится при ее растяжении. Важным техническим нюансом является то, что вектор выполнения должен быть направлен на участки трапециевидной (или любой другой) мышцы, которые обеспечивают ее патологическое укорочение и в которых залегает активная триггерная точка.

Пошаговая инструкция постизометрической релаксации трапециевидной мышцы.

Горизонтально направленные волокна (рис.1).

1) Исходное положение пациента – сидя спиной к врачу. Исходное положение врача – за пациентом, корпус врача плотно прижимается с корпусом больного. Врач располагает руки крестообразно, причем одна рука находится на

надплечье пациента и фиксирует его, а другая находится на той же стороне головы непосредственно возле уха, не сдавливая его.

2) Выполняя вдох, пациент наклоняет голову в сторону одноименного плеча ("в отместку" упору руки врача). Далее пациент слегка приподнимает данное плечо, в то время как врач оказывает сопротивление. Такое одновременное фиксационное положение продолжается в среднем 7-10 секунд.

3) Пациент делает выдох и одновременно расслабляется, в то время как врач оказывает плавное пассивное растяжение мышцы, выполняя давление на голову пациента.

Необходимо повторить прием от 3 до 5 раз.

Рис. 1

Рис. 2

Вертикально направленные волокна (рис.2).

1) Исходное положение пациента – сидя спиной к врачу, руки пациента сложены друг с другом в замок на затылке. Исходное положение врача – за пациентом, причем руки врача располагаются на уровне средней трети предплечий.

Обеспечивается пассивное растяжение мышцы, которое нужно осуществлять до начала умеренных болевых ощущений.

2) Выполняя вдох, пациент разгибает шейный и грудной отделы позвоночника, пытаясь устремить свой взгляд вверх, в то время как врач оказывает сопротивление. Такое фиксационное положение в среднем продолжается 7-10с.

3) Пациент делает выдох и одновременно расслабляется, устремляя взгляд вниз. В это время врач оказывает плавное пассивное растяжение мышцы, надавливая на предплечья. Таким образом, происходит рост амплитуды флексии в позвоночно-двигательных сегментах шейного и грудного отделов.

Необходимо повторить прием от 3 до 5 раз.

Данный метод постизометрической релаксации оправдан в случаях, когда не удастся быстро справиться с мышечно-тоническим синдромом методами массажа и ишемической компрессией, а также, когда наблюдаются частые рецидивы. Метод позволяет увеличить уверенность пациента в эффективности выполняемых совместно с врачом действий, избежать пассивного перерастяжения, способствует более продуктивной релаксации посредством самостоятельной работы пациента в фазе активного сокращения мышцы.

Любая процедура растяжения требует от врача предельного внимания, усидчивости, мануальных и пальпаторных навыков, осторожности и неспешности, а также умения наладить доверительный контакт с пациентом.

Список используемых источников:

1. Лиев А.А. Мануальная терапия миофасциальных болевых синдромов. Постизометрическая релаксация. Днепропетровск: ОТИП Днепротекна, 1993. 143 с.
2. Тревелл Дж. Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. В 2 т., т 1. М.: Медицина, 1989. 256 с.
3. Zohn D.A., Mennel J. McM. Musculoskeletal Pain. Little, Brown and Company, Boston, 1976.
4. Prudden B. Pain Erasure. The Bonnie Prudden Way. M. Evans and Co. New York 1980.

© 2017, Бобунов Д.Н., Попов А.Б., Попова Д.Б.,
Комиссаров Д.А., Бабарина А.Н., Алферова С.В.,
Москалев М.А., Зыбина Ю.О.

Реабилитационное лечение мышечно-тонического
синдрома трапецевидной мышцы приемами
массажа и техниками мануальной терапии

© 2017, Bobunov D.N., Popov A.B., Popova D.B.,
Komissarov D.A., Babarina A.N., Alferova S.V.,
Moskalyov M.A. Zybina Yu.O.

Rehabilitation treatment of muscular-tonic syndrome
of a trapezoid muscle methods of massage and
techniques of manual therapy