

Несколько слов о терминологии...

По мнению Г.А. Иваничева и Н.Г. Старосельцевой (2002), в отечественной литературе существует более 25 определений болевых синдромов с локализацией в мышцах, фасциях и связочном аппарате, что создает определенную путаницу в терминологии данного состояния. В этой связи предпочтительным кажется определение, представленное в терминологическом словаре Дж. Тревелла и Д. Симмонса одноименной монографии (1989) «Миофасциальный синдром»: «Боль и/или вегетативные симптомы, отраженные из активных миофасциальных триггерных точек (ТТ), с проявлением дисфункции». В то же время МФБС, по мнению авторов, представляет синоним миофасциального синдрома.

В соответствии с определением МФБС основную роль в возникновении боли играют миофасциальные триггерные точки, участки повышенной раздражимости (обычно в пределах напряженных пучков скелетных мышц или мышечной фасции). Они болезненны при надавливании и могут отражать в характерных для нее зонах боль, повышенную чувствительность и вегетативные проявления (по Дж. Тревеллу и Д. Симмонсу, 1989).

СТАДИИ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА (по Г.А. Иваничеву и Н.Г. Старосельцевой, 2002)

I степень (латентный миогенный триггерный пункт) — местная боль в покое отсутствует, провоцируется давлением или растяжением мышцы, отраженная боль не вызывается. Поперечная пальпация не сопровождается локальным судорожным ответом. Мышца, в составе которой имеется гипертонус, при пальпации обычной консистенции не укорочена. Местные вегетативные реакции в покое не выражены, могут быть спровоцированы энергичной пальпацией.

II степень (активный триггерный пункт с регионарными мышечно-тоническими реакциями) — спонтанная тянущая боль испытывается во всей мышце, в составе которой имеется локальный мышечный гипертонус. Пальпация вызывает типичную отраженную боль в соседних участках, часто по ходу мышцы. Определяется повышение тонуса всей мышцы или группы мышц-агонистов, вызывается локальный судорожный ответ.

III степень (активный триггерный пункт с генерализованными мышечно-тоническими реакциями) — диффузная выраженная боль в группе мышц в покое, усиливающаяся при любом движении. Пальпация мышцы сопровождается генерализацией болезненности и резким повышением тонуса не только мышц-агонистов, но и антагонистов. Определение локального мышечного тонуса затруднено из-за повышенного тонуса исследуемой мышцы. Поперечная пальпация мышцы невозможна.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Для правильной диагностики МФБС необходимо учитывать:

- 1) историю появления первых болевых ощущений (внезапно после интенсивной физической нагрузки или постепенно в результате повседневной работы, вызвавшей переутомление);
- 2) описание болевого рисунка (характер распределения боли, отраженной от активной миофасциальной ТТ).

♦ Особые характеристики миофасциальной боли (отраженный характер, специфичность и воспроизводимость для каждой мышцы):

- ♦ боль имеет собственный паттерн распределения (специфический рисунок) и не соответствует дерматомному, миотомному или склеротомному распределениям иннервации;
- ♦ боль, отраженная от миофасциальных триггерных точек, носит несегментарный характер;
- ♦ боль локализуется в глубине мышечных тканей;
- ♦ боль может быть различной по характеру интенсивности;
- ♦ боль может возникать в покое или только при движениях;
- ♦ боль усиливается при выполнении теста на ишемическую компрессию или при пункции триггерной точки инъекционной иглой;
- ♦ боль может появиться внезапно в результате явного мышечного напряжения или постепенно — при хронической перегрузке мышцы.

- ♦ Наличие плотного пальпируемого мышечного тяжа — это области в мышечной ткани, которые ощущаются на ощупь как уплотнения, связанные с миофасциальной ТТ.
- ♦ Наличие локального судорожного ответа — это преходящее сокращение тех мышечных волокон тугого тяжа, которые непосредственно связаны с миофасциальной ТТ. Обычно вызывается поперечной щипковой пальпацией или прикосновением к миофасциальной ТТ кончиком иглы. Иногда проявляется в виде судорожной волны или ряби на кожной поверхности вблизи прикрепления мышечных волокон.
- ♦ Наличие «симптома прыжка» — при надавливании на миофасциальную ТТ у пациента возникают непроизвольное движение (вздрагивание) тела и «алгическая» гримаса. Симптом прыжка воспроизводится при повторных надавливаниях.
- ♦ Кожные проявления МФБС — панникулёз (характеризуется наличием обширного участка плоского утолщения подкожной ткани, которое ощущается при пальпации как грубое гранулярное уплотнение).
- ♦ Эмоциональные проявления — коморбидные депрессивно-тревожные расстройства, особенно при хроническом течении МФБС.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Большие критерии (не менее пяти):

- 1) жалобы на регионарную боль;
- 2) пальпируемый «тугой» тяж в мышце;
- 3) участок повышенной чувствительности в области «тугого» тяжа;
- 4) характерный паттерн отраженной боли или чувствительных расстройств;
- 5) ограничение объема движений.

Малые критерии (не менее одного из трех):

- 1) воспроизводимость боли или чувствительных нарушений при пальпации миофасциальной ТТ;
- 2) локальное сокращение заинтересованной мышцы при пальпации миофасциальной ТТ или ее инъекции;
- 3) уменьшение боли при растяжении мышцы или лечебной блокаде.

ОПРОС ПАЦИЕНТА С МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ



- При опросе пациент должен находиться в удобной позе.
- Ноги больного должны опираться на пол или специальную подставку.
- Руки должны покоиться на подлокотниках, а сиденье необходимо подобрать без бокового наклона тела.
- Для сохранения поясничного лордоза подкладывают небольшой валик под спину.

В процессе опроса можно использовать специальное «коленное кресло».

ОСМОТР ПАЦИЕНТА С МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

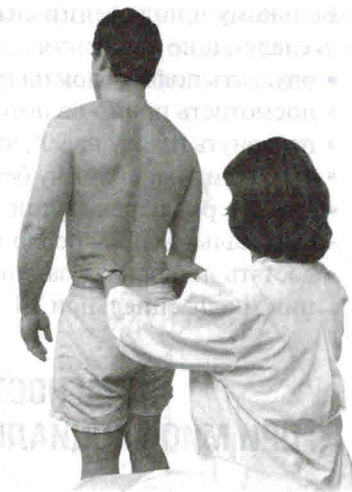


Проводится оценка подвижности и позы больного.

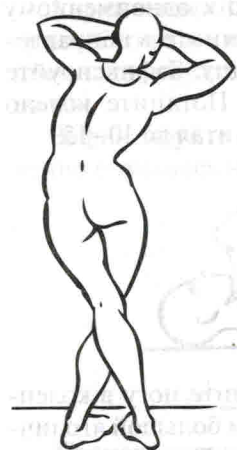
- Использует ли больной подвижность рук в полном объеме.
- Поворачивает ли больной голову или весь торс при осматривании окружающей обстановки.
- Как больной сидит (прямо или согнувшись, при этом опустив одно плечо).
- Симметрично ли лицо пациента.
- Выполняет ли больной спонтанные растягивающие движения для уменьшения боли и какие мышцы при этом он растягивает.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С МИОФАСЦИАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

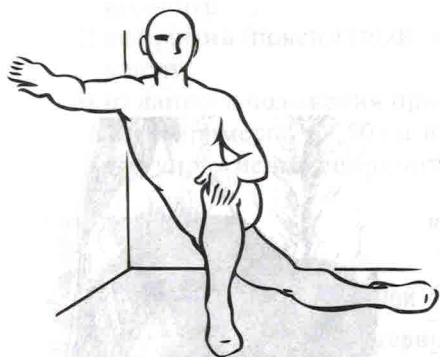
1. При наличии активных миофасциальных ТТ активное или пассивное растяжение пораженной мышцы вызывает усиление боли.
2. Движение, связанное с растяжением пораженной мышцы, ограничено. При попытке увеличить амплитуду этого движения появляется сильная боль.
3. Максимальная сократительная сила пораженной мышцы ослаблена.
4. В зоне отраженной от миофасциальных ТТ боли наблюдаются глубокая болезненность и нарушение чувствительности.
5. При пальпации выявляется напряженность мышечных волокон, находящихся в непосредственной близости от миофасциальной ТТ (пальпируемые мышечные тяжи).
6. Миофасциальная ТТ при пальпации ощущается как четко ограниченная область с острой болезненностью, которая значительно менее выражена в нескольких миллиметрах от границы этой точки.
7. Нажатие пальцем на активную миофасциальную ТТ обычно вызывает «симптом прыжка».
8. Щипковая пальпация вызывает локальный судорожный ответ.
9. Умеренное непрерывное давление на активную миофасциальную ТТ вызывает или усиливает боль в отраженной области.
10. У некоторых больных с МФБС выявляются кожные изменения — выраженный дермографизм или признаки панникулита.
11. У больных, особенно страдающих хроническим МФБС, отмечаются коморбидные депрессивно-тревожные расстройства.



Для пациентов



Упражнение 1. Скрестите ноги так, чтобы пострадавшая нога находилась сзади, и перенесите на нее массу тела. Поднимите руки над головой, обхватив запястье на пострадавшей стороне другой рукой. Согните туловище в неповрежденную сторону. Зафиксируйте позу, считая до 10–15.



Упражнение 2. Поддерживайте равновесие, опираясь на стол или стену. Скрестите ноги, поставив назад пострадавшую. Возьмитесь за колено неповрежденной ноги и присядьте на нее так, чтобы пострадавшая нога скользила по полу в противоположную сторону, стараясь прижать голень к полу. Зафиксируйте позу, считая до 10–15.

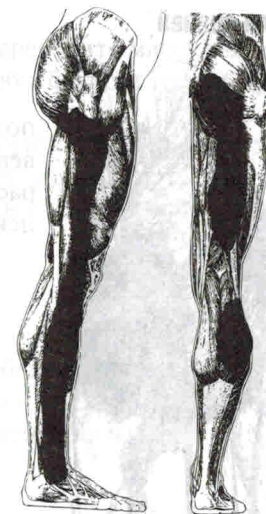
Промежуточные укрепляющие упражнения:

- 1) примите коленно-локтевое положение, перенесите массу тела на колено неповрежденной стороны так, чтобы бедро и голень другой стороны могли свободно двигаться;
- 2) держа колено пострадавшей стороны согнутым, отведите эту ногу в сторону, до принятия внутренней поверхностью бедра горизонтального положения. Вернитесь в исходное положение. Повторите 5–10 раз.

Для врачей

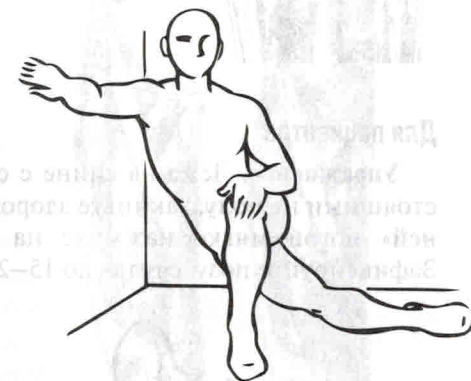
Триггерные точки — малая ягодичная мышца.

Отраженная боль локализуется в нижней латеральной части ягодицы, латеральной поверхности бедра и колена, а также в латеральной поверхности голени, вплоть до лодыжки. Иногда боль имеет локализацию в глубине ягодицы, задней поверхности бедра и голени, а также сзади колена.



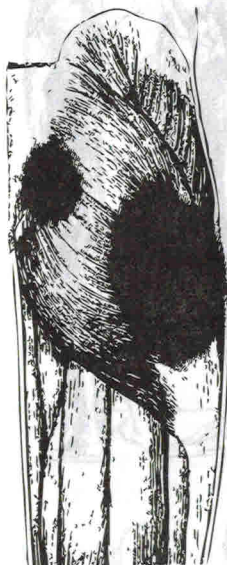
Для пациентов

Упражнение. Поддерживайте равновесие, опираясь на стол или стену. Скрестите ноги, поставив назад пострадавшую сторону. Возьмитесь за колено неповрежденной ноги и присядьте на нее так, чтобы пострадавшая нога скользила по полу в противоположную сторону, стараясь прижать голень к полу. Зафиксируйте позу, считая до 10–15.



Промежуточные укрепляющие упражнения:

- 1) примите коленно-локтевое положение, перенесите массу тела на колено неповрежденной стороны так, чтобы бедро и голень другой стороны могли свободно двигаться;
- 2) держа колено пострадавшей стороны согнутым, отведите эту ногу в сторону до принятия внутренней поверхностью бедра горизонтального положения. Вернитесь в исходное положение. Повторите 5–10 раз.

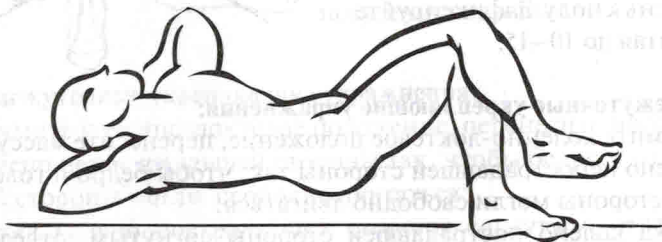
Для врачей

Триггерные точки — грушевидная мышца.

Отраженная боль локализуется в крестцово-подвздошной области, в ягодице, по задней поверхности тазобедренного сустава. Иногда боль распространяется в проксимальные отделы задней части бедра.

Для пациентов

Упражнение. Лежа на спине с согнутыми коленями и ступнями, стоящими на полу, закиньте здоровую ногу на больную. Затем «верхней» ногой мягко нажмите на «нижнюю», опуская ее к полу. Зафиксируйте позу, считая до 15–20.

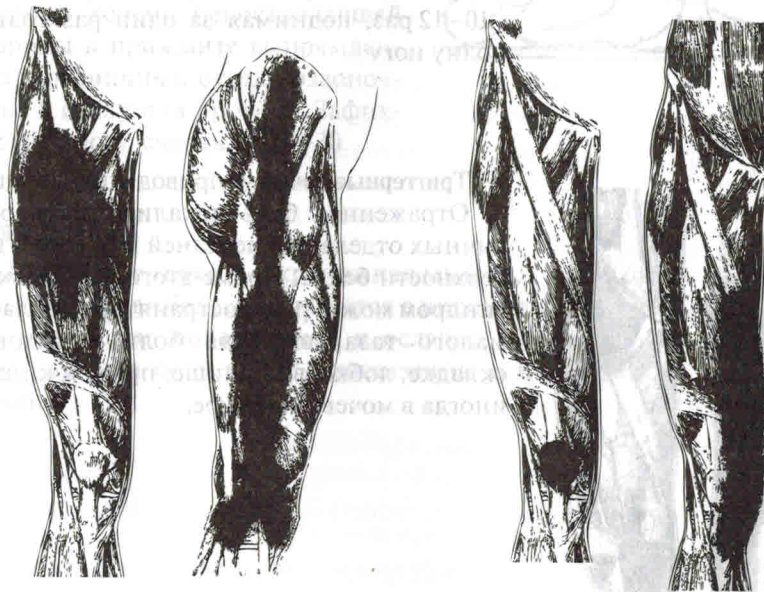
**Промежуточные укрепляющие упражнения:**

- 1) примите коленно-локтевое положение, перенесите массу тела на колено не пострадавшей стороны так, чтобы бедро и голень другой стороны могли свободно двигаться;
- 2) держа колено пострадавшей стороны согнутым, отведите эту ногу в сторону, до принятия внутренней поверхностью бедра горизонтального положения. Вернитесь в исходное положение. Повторите 5–10 раз.

Для врачей

Триггерные точки — четырехглавая мышца бедра.

Отраженная боль локализуется в различных отделах по передней и боковой поверхности бедра, вплоть до надколенника и подколенной ямки.



Телесно ориентированная психотерапия миофасциального болевого синдрома, или метод М. Фильденкрайза

ВВЕДЕНИЕ

На протяжении всей своей научной деятельности инженер, основоположник системы развития человеческого потенциала, основанной на самосознании и понимании себя в процессе работы над движением тела, М. Фильденкрайз занимался проблемой исследования целостного подхода к функционированию организма. Он утверждал, что организм функционирует как единое целое и мышечная система при этом играет одну из ведущих ролей в данной интеграции.

Полноценный контроль над деятельностью мышц невозможен, поскольку мы осознаем лишь свои мотивы и окончательный результат, а сам процесс нами неосознаваем.

Проблемы возникают, когда условия жизни требуют от человека иной деятельности, а привычные действия не приводят к желаемому результату.

М. Фильденкрайз полагал, что нарушение функций организма имеет не только психологическую природу. Тело человека привыкло совершать действия, не приводящие к желаемому результату: в процессе деятельности мы совершаем много лишних движений, препятствующих «целостному действию», в результате чего выполняем и действие, и противодействие одновременно, а это приводит к развитию МФБС.

М. Фильденкрайз считал: человеку необходимо принять большую ответственность за себя, понять, как действует его тело, научиться жить в соответствии с естественной конституцией и своими способностями. Он говорил, что для изменения привычного способа действия необходимо много сил, так как сила привычки велика. Многие части тела человек не осознает и, следовательно, не может включить их в новое действие, так как оно требует осознания.

По М. Фильденкрайзу, «полный образ себя» — осознание всех связей, скелетной мускулатуры и всей поверхности тела. Это идеальное, редко встречающееся состояние. Человек действует в соответствии со своим субъективным образом. Его способность держать плечи, голову, живот, способ передвигаться, говорить и многое другое основываются на образе себя. Но, по мнению М. Фильденкрайза, этот образ может быть искажен или раздут в соответствии с той маской, которую человек хочет показать другим, и через это формирует асимметричную походку, осанку, все то, что мы называем функциональной неконгруэнтностью тела. Это, в свою очередь, приводит к формированию МФБС, а через некоторое время к его хронизации в тех частях тела, где неконгруэнтность мышц наиболее выражена.

Далее предлагаем информацию для пациентов.

УРОК 1. ЧТО ТАКОЕ ХОРОШАЯ ПОЗА

Раскачивание стоя

Встаньте и попробуйте дать своему телу легко раскачиваться из стороны в сторону, как будто это дерево на ветру. Обратите внимание на движения позвоночника и головы. Сделайте 10–15 таких небольших и спокойных покачиваний, пока не заметите связи между этими движениями и вашим дыханием. Затем попробуйте такие же действия выполнить вперед-назад. Вы скоро заметите, что движения на-

зад легче и больше, чем вперед, во время которых чувствуется некоторое напряжение в лодыжках.

Впрочем, точки напряжения могут быть весьма индивидуальными. Лишь в редких случаях встречается столь совершенная организация мышц груди, плеч, ключиц, затылка, ребер и диафрагмы, что удастся почувствовать постоянную связь между раскачиванием вперед-назад и процессом дыхания, как в предыдущем раскачивании из стороны в сторону. Теперь раскачивайте тело так, чтобы верхушка головы очерчивала горизонтальные круги. Продолжайте, пока не почувствуете, что вся работа совершается нижней частью ног и все движение может быть осознанным в лодыжках. Попробуйте теперь снова покачаться из стороны в сторону, потом вперед-назад, потом снова кругами, в ту и другую сторону, — но теперь массу тела перенесите на правую ногу, в то время как левая касается пола лишь большим пальцем и не принимает участия в движении, кроме помощи в поддержании равновесия, для точности движений и отсутствия помех дыханию. Повторите движения с переносом массы тела на левую ногу. Повторите каждое движение от 20 до 30 раз, пока они не будут выполняться максимально плавно и удобно.

Движения сидя

Сядьте на край стула. Ноги поставьте на пол, на достаточном расстоянии друг от друга и расслабьте мышцы ног настолько, чтобы колени могли двигаться из стороны в сторону и вперед легким движением лодыжек. В этом положении раскачивайте туловище из стороны в сторону, пока не установится легкое покачивающееся движение, координированное со столь же плавным дыханием. После паузы начните такие же движения вперед-назад, пока не почувствуете движения тазобедренных суставов и таза, движения коленей вперед-назад.

Теперь вращайте туловище так, чтобы верхушка головы описывала круг, причем голова держится на позвоночнике как на палочке. Не должно быть изменений в положениях позвонков относительно друг друга; позвоночник движется так, будто снизу он прикреплен к стулу, а голова покачивается на верхнем конце; голова очерчивает круги, как будто это конус, поставленный на основание, а голова — конец вращающегося отрезка. Прodelайте то же движение в противоположном направлении, пока прекратятся все препятствия и движение станет непрерывным, текучим и плавным.

Поставьте домашние весы под ноги, когда вы сидите, прежде чем выполнить следующее упражнение. Затем встаньте так, как привыкли вставать. Когда вы поставили ноги на весы, они отметили примерно четверть вашей массы тела — это масса наших ног. Когда вы встаете, заметьте движение стрелки: она качнется гораздо дальше отметки вашей массы, затем вернется к более низкой массе, будет двигаться туда и обратно, пока, наконец, не остановится на точке вашей массы тела.

Когда вы решите, что научились вставать лучше (как будет рассказано дальше), проверьте себя опять с помощью весов. Если движение теперь эффективно, стрелка будет постепенно двигаться к отметке вашей массы, параллельно вашему вставанию, и не перейдет этот показатель. Это означает, что движение не содержит ненужного ускорения. Если вы попытаетесь подсчитать, как много усилий сэкономили, то увидите, как мало сил нужно, чтобы правильно подняться.

Теперь снова сядьте на край стула и дайте своему телу раскачиваться вперед и назад, причем движения должны становиться все более широкими, но без внезапного увеличения усилий в какой-либо точке. Избегайте прямого намерения встать, потому что это приведет к незаметному возвращению вашего привычного вставания. В действительности, для того чтобы встать, не нужно усилия большего, чем нужно для раскачивания. Как это делается? Вот несколько подсказок, каждую из которых стоит попробовать, даже если вам удастся первый вариант.

1. **Избегайте сознательной мобилизации мышц ног.** Во время движения вперед думайте о поднимании коленей и ступней от пола, чтобы качание вперед не заставляло вас напрягать мышцы бедра, функция которых — выпрямить ноги. Напряжение этих мышц создает возрастающее давление ступней на пол. Таз может теперь оставить стул без всякого дополнительного усилия, и сидячее положение перейдет в стоячее.
2. **Избегайте сознательной мобилизации мышц шеи.** Во время раскачивания вперед-назад возьмите себя за волосы на макушке в направлении по линии шейного отдела позвоночника, чтобы почувствовать, напряжены ли шейные мышцы. Если нет напряжения затылочных мышц при качании вперед, не будет внезапного излишнего давления на ступни, и движение вперед после нескольких попыток приведет тело в стоячее положение без всякого изменения в дыхании. Повторите это упражнение, ис-

пользуя левую руку для держания волос. Обычно бывают различия в действии рук.

3. **Остановите намерение подняться.** Движение вперед должно быть продолжено до точки, в которой почувствуется усилие в ногах и дыхательном аппарате, т.е. когда ритмическое движение прекращено и возрастает мышечное усилие. В этой точке вставание — не продолжение предыдущего движения, а внезапное «выдергивание» вверх с помощью усилия. Остановите здесь дальнейшее движение и замрите в положении, раскачивающая сила прекращается. Остановите намерение встать и посмотрите, какая часть тела в результате этого уменьшит усилие, которое излишне для правильного вставания. Это нелегко, и понадобится пристальное внимание, чтобы обнаружить лишнее напряжение. Если вы остановите усилие встать, положение, в котором вы замерли, сразу становится столь же удобным, как просто сидение, и вам уже одинаково легко как завершить движение вставанием, так и сесть снова.

4. **Ритмичные движения колен.** Сядьте на кончик стула. Поставьте ноги удобно на пол далеко друг от друга. Начните двигать коленями, соединяя и разделяя их, пока движения не станут ритмичными, регулярными и легкими. Возьмите себя за волосы на макушке и поднимите себя со стула, не прерывая движение коленей. Если тело недостаточно организовано, движение коленей прервется хоть на мгновение или вы попытаетесь встать в тот момент, когда колени находятся в одном из концов движения — наибольшем удалении либо наибольшем сближении. В любом из этих положений колени могут незаметно остановить движение.

5. **Отделение действия от намерения.** Одно из требований совершенствования движений — отделение действий от намерений, как в следующем упражнении, которое является одновременно помощью в овладении и средством проверки качества выполняемого действия.

Сядьте на стул, поставьте перед собой спинку другого. Положите руки на спинку переднего стула и подумайте о том, чтобы поднять свои ягодицы, но в то же время встаньте. Когда вы стоите, положите руки на стул перед вами и, вместо того чтобы думать о том, чтобы сесть, подумайте о том, чтобы вновь опустить ваши ягодицы на стул, и совершите движение, думая об этом.

УРОК 2. НЕКОТОРЫЕ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ДВИЖЕНИЯ

В этом уроке мы научимся распознавать некоторые фундаментальные свойства управляющего механизма произвольных мышц. Вы обнаружите, что достаточно тридцати медленных, легких и коротких движений, чтобы изменить фундаментальный тонус мышц, т.е. состояние их напряжения перед их волевой активацией. Изменение тонуса, возникнув в определенном месте, распространяется по той половине тела, часть которой задействована. Движение становится легко выполнимым и плавным, когда крупные мышцы центра тела делают основную работу, а конечности только направляют кости к цели усилия.

Рассмотрите состояние своего тела

Лягте на спину. Ноги удобно расположите врозь. Вытяните руки над головой, несколько врозь, чтобы левая рука приблизительно составляла прямую линию с правой ногой, а правая рука — с левой ногой.

Закройте глаза и попробуйте прочувствовать участки тела, соприкасающиеся с полом. Обратите внимание, как лежат на полу пятки, одинаково ли давление на них и одинаковы ли точки их соприкосновения с полом. Таким же образом прочувствуйте соприкосновение с полом икр, тыла коленей, бедер, ложных ребер, верхних ребер, лопаток. Обратите внимание на расстояние между плечами, локтями, запястьями на полу.

Несколько минут изучения покажут вам, что между сторонами тела имеется существенная разница в плечах, локтях, ребрах и т.д. Многие обнаружат, что в таком положении локти не касаются пола, а висят. Руки не покоятся на полу, и их трудно удерживать в этом положении до конца рассмотрения.

Начинать каждое движение заново

Лягте на спину, выпрямите руки и ноги, как раньше. Может быть, теперь хотя бы тыльная сторона кистей рук будет касаться пола, а может быть, даже локти и верхняя часть рук. Теперь поднимите правое предплечье движением плеча настолько, чтобы тыльная сторона кисти оторвалась от пола, делая медленное, бесконечно малое движе-