

Возможности остеопатической коррекции постинсультной периартропатии плечевого сустава

Н. С. Козлова, невролог, врач-osteопат

Госпиталь для ветеранов войн. 191144, Санкт-Петербург, ул. Старорусская, д. 3

Институт остеопатии. 191024, Санкт-Петербург, ул. Дегтярная, д. 1 А

Введение. Инсульты являются одной из ведущих причин инвалидизации у взрослых. Часто встречаемое осложнение данного заболевания — постинсультная периартропатия плечевого сустава. Изучение возможности использования остеопатической коррекции как метода, снижающего лекарственную нагрузку, при лечении и реабилитации пациентов с данным заболеванием является своевременным и актуальным.

Цель исследования — изучение возможности применения остеопатических методов коррекции в комплексной реабилитации пациентов с постинсультной периартропатией.

Материалы и методы. Под наблюдением находились две группы пациентов с диагнозом постинсультной периартропатии плечевого сустава: 1-я (контрольная) — 22 пациента, получавших медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение и лечебную физкультуру; 2-я (основная) — 20 человек, получавших такой же комплекс процедур и дополнительно остеопатическую помощь. В динамике на фоне лечения оценивали остеопатический статус, интенсивность болевого синдрома с использованием шкалы ВАШ.

Результаты. Остеопатическая коррекция в комплексной терапии пациентов с постинсультной периартропатией приводит к снижению частоты региональных и локальных соматических дисфункций. Катамнестическая оценка показала, что снижение интенсивности болевого синдрома в основной группе сохраняется до полугода в отличие от контрольной группы, в которой оно было отмечено только сразу после завершения терапии.

Заключение. Целесообразно рекомендовать включение остеопатических методов коррекции в программу комплексной реабилитации пациентов с постинсультной периартропатией.

Ключевые слова: постинсультная периартропатия, острые нарушения мозгового кровообращения, замороженное плечо, осложнения инсульта, остеопатическая коррекция

Possibilities of osteopathic correction of post-stroke periarthropathy of shoulder joint

N. S. Kozlova, neurologist, osteopathic physician

Hospital for Veterans of War. 3, ul. Starorusskaya, St. Petersburg, 1911443

Institute of Osteopathy. 1A, ul. Degtyarnaya, St. Petersburg, 191024

Introduction. Strokes of various etiologies are the leading cause of disability in adults. Post-stroke periarthropathy of the shoulder joint is a frequent complication of this disease. Thus, it is relevant to study the possibility of use of osteopathic correction, as a method allowing to reduce the amount of medications in treatment and rehabilitation of patients with this disease.

Goal of research — to study the possibility of use of osteopathic treatment in complex rehabilitation therapy of patients with post-stroke periarthropathy.

Materials and methods. 22 patients with post-stroke periarthropathy of the shoulder joint were divided into 2 groups. The first group received medications, physiotherapy and exercise therapy. The second group received osteopathic treatment together with the same set of procedures. In the course of treatment the osteopathic status and the intensity of pain syndrome according to the VAS were assessed. The intensity of the pain syndrome was evaluated immediately after the treatment and after 6 months.

Results. As a result of osteopathic treatment some regional and local somatic dysfunctions disappeared, or their intensity decreased. Reduction in intensity of pain in patients who received osteopathic treatment was recorded

up to six months after the treatment, whereas the control group showed good reduction in pain immediately after medical and physiotherapeutic treatment.

Conclusion. There are grounds to use osteopathic treatment in a complex rehabilitation therapy of patients with post-stroke periartropathy

Key words: *post-stroke periartropathy, acute disorder in cerebral circulation, frozen shoulder, stroke complications, osteopathic correction*

Введение

По данным ВОЗ, заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения за последние 10 лет возросла практически в 5 раз. Летальность при данной патологии занимает третье место после заболеваний сердца и опухолей различных локализаций. Инсульты различной этиологии являются ведущей причиной инвалидизации у взрослых. Помимо многочисленных неврологических проявлений, острое нарушение мозгового кровообращения приводит к разным коморбидным расстройствам и осложнениям. Одно из часто встречающихся осложнений — постинсультная периартропатия плечевого сустава, также именуемая «замороженное плечо». Хельсингборгская декларация по ведению больных с инсультом в Европе (1995 г.) отнесла это осложнение к ключевым оценочным показателям ведения больного с инсультом [1–6]. Использование остеопатической коррекции в комплексной терапии и реабилитации больных с постинсультной периартропатией плечевого сустава потенциально позволило бы снизить лекарственную нагрузку и ускорить сроки восстановления. Однако в доступной научной литературе не представлено результатов научных исследований, посвященных данной проблеме.

Цель исследования — изучение возможности применения остеопатических методов коррекции в комплексной реабилитации пациентов с постинсультной периартропатией.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 42 пациента с диагнозом постинсультной периартропатии плечевого сустава. Все пациенты были отобраны на добровольной основе. Участники исследования были рандомизированы на две группы: 1-я (контрольная) — 22 пациента, получавших медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение и лечебную физкультуру; 2-я (основная) — 20 пациентов, которым проводили такой же комплекс процедур и дополнительно остеопатическую коррекцию. Статистически значимых различий по возрасту, полу и выраженности болевого синдрома в исследуемых группах не было.

Критерии включения пациентов в исследование:

- полушарный инфаркт головного мозга давностью более 6 мес;
- наличие болевого синдрома в области плеча (10–6 баллов по визуальной аналоговой шкале боли — ВАШ);
- ограничение повседневной активности, обусловленное болевым синдромом в плече (0–3 балла по шкале SST (simpleshouldertest)), низкий балл по ULCA;
- наличие нейропатической боли по опроснику DN4;
- дегенеративные изменения в плечевых суставах нетравматического характера, выявленные с помощью рентгенологического исследования, компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии.

Критериями исключения являлись:

- атрофия воспалительного характера с явлениями синовита;
- травматические повреждения сустава;
- выраженная сердечно-сосудистая, почечная, печеночная недостаточность;
- онкологические заболевания;

- наличие афазии, неглекта, деменции;
- тяжелый остеопороз.

Каждый пациент проходил остеопатическое обследование с определением соматических дисфункций на глобальном, региональном и локальном уровнях до и после лечения в соответствии с методологией клинического остеопатического обследования [1]. Интенсивность болевого синдрома оценивали с использованием ВАШ.

Исследование проведено в соответствии с Хельсинской декларацией (принята в июне 1964 г., пересмотрена в октябре 2000 г.) и одобрено этическим комитетом ЧОУ ДПО «Институт остеопатии». От каждого пациента получено информированное согласие.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов остеопатической диагностики показал, что у 100 % пациентов имеется глобальное ритмогенное нарушение средней и сильной степени выраженности. Чаще всего определяемыми соматическими дисфункциями (СД) регионального уровня оказались СД региона шеи (структуральная составляющая), которые были выявлены у всех пациентов. На втором месте оказались СД региона твердой мозговой оболочки (ТМО), которые определялись у 95 % обследованных, и региона таза (висцеральная и структуральная составляющие) — 90 и 80 % пациентов соответственно. Частота встречаемости остальных СД регионального уровня оказалась ниже 50 % (табл. 1).

Анализ результатов остеопатической коррекции позволил установить, что количество СД регионального уровня у пациентов 2-й группы снизилось в среднем на 10–15 %, больше всего — региона головы (на 35 %) и таза (висцеральная составляющая, 40 %), однако показатели данных изменений оказались статистически незначимыми. Обращает на себя внимание тот факт, что на

Таблица 1

Динамика частоты выявления региональных соматических дисфункций у пациентов обеих групп до и после лечения

Регион	1-я группа, n=22				2-я группа, n=20			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Голова	16	72,73	16	72,73	18	90	11	55
Шея висцера сома	9	40,91	9	40,91	7	35	4	20
	22	100	22	100	20	100	17	85
Верхние конечности	9	40,91	8	36,36	9	45	6	30
Грудной висцера сома	11	50	11	50	10	50	10	50
	6	27,27	6	27,27	7	35	2	10
Поясничный висцера сома	7	31,82	7	31,82	8	40	5	25
	9	40,91	9	40,91	10	50	5	25
Таза висцера сома	19	86,36	19	86,36	18	90	10	50
	20	90,91	20	90,91	15	75	10	50
Нижние конечности	9	40,91	8	36,36	9	45	6	30
Твердая мозговая оболочка	21	95,45	21	95,45	19	95	19	95

фоне остеопатической коррекции не изменилось число СД региона ТМО. У больных 1-й группы число соматических дисфункций не изменилось.

Анализ выраженности региональных соматических дисфункций показывает ее снижение у пациентов обеих групп (табл. 2).

У пациентов 1-й группы, реабилитация которых проходила по комплексной программе без остеопатической коррекции, с высокой степенью достоверности снизилась выраженность СД региона головы, шеи (структуральная составляющая), верхних конечностей и ТМО. Однако данные изменения не были статистически значимыми. У пациентов 2-й группы после остеопатической коррекции с высокой степенью статистической достоверности снизилась выраженность СД региона головы, шеи (структуральная составляющая), ТМО. Также статистически значимым оказалось снижение степени выраженности СД региона шеи (висцеральная составляющая), таза (висцеральная

Таблица 2

**Динамика выраженности региональных соматических дисфункций
у пациентов обеих групп до и после лечения, баллы**

Регион	1-я группа, n=22 (p>0,05)				2-я группа, n=20				
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения		p
	среднее	ошибка среднего	среднее	ошибка среднего	среднее	ошибка среднего	среднее	ошибка среднего	
Голова	2,5	0,27	2,13	0,23	2,33	0,24	1,27	0,22	<0,01
Шея висцера сома	1,56	0,28	1,56	0,28	1,86	0,37	1,00	0,21	>0,05
	2,45	0,11	2,23	0,16	2,50	0,11	1,41	0,19	<0,01
Верхние конечности	1,33	0,25	1,13	0,21	1,44	0,27	1,17	0,24	>0,05
Грудной висцера сома	1,18	0,20	1,18	0,20	1,40	0,25	1,10	0,19	>0,05
	1,33	0,27	1,33	0,27	1,29	0,26	1,00	0,22	>0,05
Поясничный висцера сома	1,29	0,25	1,29	0,25	1,38	0,27	1,00	0,20	>0,05
	1,78	0,34	1,78	0,34	1,70	0,31	1,00	0,20	>0,05
Таза висцера сома	1,84	0,21	1,84	0,21	1,67	0,21	1,10	0,19	>0,05
	1,75	0,20	1,75	0,20	1,60	0,23	1,20	0,22	>0,05
Нижние конечности	1,33	0,25	1,13	0,21	1,44	0,27	1,17	0,24	>0,05
Твердая мозговая оболочка	1,62	0,17	1,43	0,13	1,79	0,18	1,11	0,09	<0,01

составляющая). Выраженность остальных СД регионального уровня в результате остеопатической коррекции значимо не изменилась.

Изучение остеопатического статуса пациентов показало, что у них имеется множество различных СД локального уровня. Динамика частоты выявления чаще всего встречающихся локальных СД представлена в табл. 3. Как видно из этих данных, локальные СД головки плечевой кости, ключицы и первого ребра можно считать характерными для данной категории больных, поскольку определяются у подавляющего большинства обследованных.

Таблица 3

**Динамика частоты выявления локальных соматических дисфункций
у пациентов обеих групп до и после лечения**

Локализация соматической дисфункции	1-я группа, n=22				2-я группа, n=20			
	до лечения		после лечения		до лечения		после лечения	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Головка плечевой кости	22	100	22	100	20	100	20	100
Ключица	19	86,36	19	86,36	16	80	13	65
Первое ребро	19	86,36	19	86,36	16	80	7	35

Таблица 4

**Динамика интенсивности болевого синдрома у пациентов
обеих групп до и после лечения, баллы**

Группа	До лечения		После лечения			Через 6 мес после лечения		
	<i>M</i>	<i>m</i>	<i>M</i>	<i>m</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	<i>m</i>	<i>p</i>
1-я, n=22	7,41	0,20	4,41	0,24	<0,01	7,18	0,19	>0,05
2-я, n=20	7,40	0,22	4,1	0,26	<0,01	4,25	0,10	<0,01

Анализ данных табл. 3 позволяет предположить, что локальные СД корректируются только при остеопатической коррекции, но при этом не все из них можно устранить в связи с выраженным органическим поражением тканей у данной категории больных.

Интенсивность болевого синдрома сразу после лечения и через 6 мес представлена в табл. 4.

Как видно из данных таблицы, интенсивность болевого синдрома, измеренного по шкале ВАШ, у пациентов исследуемых групп одинаково снижается независимо от характера лечения. Показатели ВАШ у пациентов основной и контрольной групп сразу после лечения практически неотличимы — различия недостоверны ($p>0,05$). Следовательно, краткосрочные результаты не зависят от типа лечения. Однако, когда речь идет о долгосрочной реабилитации пациента после инсульта и возможности восстановления его самостоятельной нормальной жизнедеятельности, интересно проследить отдаленные результаты. Сравнение значений ВАШ через полгода дает совсем иные результаты: у больных, не получавших остеопатическую помощь, показатели ВАШ возвращаются к исходным, а у пациентов, получавших в дополнение к базовой терапии остеопатическую коррекцию, показатели ВАШ через 6 мес после лечения статистически значимо ниже исходных, они также имеют статистические различия с показателями ВАШ у пациентов контрольной группы через полгода.

Заключение

После остеопатического воздействия отмечено уменьшение частоты отдельных региональных и локальных соматических дисфункций у пациентов с постинсультной периартропатией. Также установлено снижение степени выраженности соматических дисфункций, статистически значимо снизилась выраженность самых частых дисфункций. Стоит отметить снижение интенсивности болевого синдрома, измеренного по шкале ВАШ, у пациентов, получивших остеопатическое по-

собою, и то, что данные результаты сохраняются в течение полугода, в отличие от больных, получивших только медикаментозное и физиотерапевтическое лечение с лечебной физкультурой, у которых интенсивность болевого синдрома снижалась ненадолго.

Целесообразно рекомендовать включение остеопатических методов коррекции в программу комплексной реабилитации пациентов с постинсультной периартропатией.

Исследование не финансировалось каким-либо источником, конфликт интересов отсутствует.

Литература / References

1. Белаш В.О., Мохов Д.Е. Методология клинического остеопатического обследования: Учеб. пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова; 2015; 64 с. Belash V.O., Mohov D.E. *Metodologiya klinicheskogo osteopaticeskogo obsledovaniya: Ucheb. posobie* [Methodology of clinical osteopathic examination: Study guide]. St. Petersburg: Izd-vo SZGMU. I. I. Mechnikova; 2015; 64 p.
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. Неврология: Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009; 1035 с. Gusev E.I., Konovalov A.N., Skvortsova V.I., Geht A.B. *Nevrologiya: Natsionalnoe rukovodstvo* [Neurology: National leadership]. Moscow: GEOTAR-Media; 2009; 1035 p.
3. Широков В.А. Боль в плече: патогенез, диагностика, лечение. М.: МЕДпресс-информ; 2012; 239 с. Shirokov V.A. *Bol v pleche: patogenez, diagnostika, lechenie* [A pain in the shoulder: pathogenesis, diagnosis, treatment]. Moscow: MEDpress-inform; 2012; 239 p.
4. Широков В.А., Кудрявцева М.С. Болевые синдромы плечевого пояса: диагностика и лечение. Эффективная фармакотерапия. Неврология и Психиатрия 2013; 1: 46–54. Shirokov V.A., Kudryavtseva M.S. Painful syndromes of the shoulder girdle: diagnosis and treatment. *Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i Psihiatriya* 2013; 1: 46–54.
5. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: Миклош; 2003; 176 с. Kadyikov A.S. *Reabilitatsiya posle insulta* [Rehabilitation after a stroke]. Moscow: Miklosh; 2003; 176 p.
6. Кадыков А.С., Сашина М.Б., Черникова Л.А. Постинсультные болевые синдромы. Атмосфера. Нервные болезни 2004; 3: 25–27. Kadyikov A.S., Sashina M.B., Chernikova L.A. Post-stroke pain syndromes. *Atmosfera. Nervnye bolezni* 2004; 3: 25–27.

Дата поступления 11.03.2018

Контактная информация:

Наталия Сергеевна Козлова

e-mail: natin@list.ru

Козлова Н.С. Возможности остеопатической коррекции постинсультной периартропатии плечевого сустава. *Российский остеопатический журнал* 2018; 1–2 (40–41): 100–105. Kozlova N.S. Possibilities of osteopathic correction of post-stroke periartropathy of shoulder joint. *Russian osteopathic journal* 2018; 1–2 (40–41): 100–105.