

№1 2021



ВЕСТНИК ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ



СЕТЕВОЕ ИЗДАНИЕ
ISSN 2782-1692

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:



ЦЕНТР
ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЫ

Научное издание

Междисциплинарная научно-практическая конференция

«Боль в руке и шее: актуальные вопросы и решения»

Сборник тезисов

Материалы публикуются в авторской редакции

© ООО «Центр доказательной медицины», составление, оформление, 2021

© Коллектив авторов, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

- 4 **ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА У КЛИЕНТОВ С ВЕРХНИМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ СИНДРОМОМ**
Бегидова Т. П., Васильев В. А.
- 6 **СКОЛИОТИЧЕСКИЕ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА КАК ПРИЧИНА МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА**
Васильев В. А., Бегидова Т. П.
- 8 **МЕТОДЫ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ШЕЕ И ОБЛАСТИ ПЛЕЧА**
Васильев В. А., Жигалина В. Д.
- 10 **КОРРЕКЦИЯ ОСНОВНЫХ ВИДОВ ДВИЖЕНИЙ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА, ИМЕЮЩИХ АТЛАНТООСЕВУЮ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ**
Волина О. И., Горобий А. Ю., Королев П. Ю.
- 12 **ПОДХОДЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В ШЕЕ**
Михайлюк И. Г.
- 15 **ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПРАКТИКА ПИЛАТЕС КАК МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА**
Пушкин С. А., Васильев В. А.

ОСНОВЫ ПОСТРОЕНИЯ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА У КЛИЕНТОВ С ВЕРХНИМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ СИНДРОМОМ

Бегидова Тамара Павловна, Васильев Виктор Андреевич

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный институт физической культуры», г. Воронеж

Под верхним перекрестным синдромом принято понимать устойчивое нарушение осанки, вызванное устойчивым нарушением физиологического мышечного баланса. При этом функциональные биомеханические нарушения в мышцах шеи влияют на жевательный комплекс, состояние глазодвигательных мышц, когнитивные способности и развитие миофасциального болевого синдрома. Кроме того, нарушение статики в шейном отделе позвоночника нередко вызывает компрессию нервных корешков, изменяя иннервацию верхних и нижних конечностей, а ухудшение мозгового кровообращения служит источником головной боли [3:70-72].

В лечении верхнего перекрестного синдрома медикаментозная терапия в сочетании с курсами массажа дает кратковременный эффект, что актуализирует необходимость реализации комплексного подхода.

Доказано, что результатом применения междисциплинарного подхода является достоверное снижение рецидивов миофасциального болевого синдрома.

При планировании тренировок с лицами, имеющими верхний перекрестный синдром, необходимо учитывать особенности данной дисфункции опорно-двигательного аппарата.

За флексию шейного отдела отвечают глубокие и поверхностные сгибатели. К глубоким сгибателям относят длинную мышцу головы, длинную мышцу шеи (верхняя косая часть, нижняя косая часть и медиально-вертикальная часть), пере-

дную прямую мышцу головы и латеральную прямую мышцу головы. При верхнем перекрестном синдроме отмечается снижение их активности.

К поверхностным сгибателям шеи относят грудино-ключично-сосцевидную мышцу и лестничные мышцы (переднюю, среднюю и заднюю). Параллельно со снижением активности глубоких сгибателей поверхностные сгибатели значительно увеличивают свою активность [1:32-33].

За экстензию шейного отдела отвечают поверхностные и глубокие экстензоры шеи. К поверхностным мышцам относят мышцу, поднимающую лопатку, верхнюю порцию трапецевидной мышцы, ременную мышцу головы, ременную мышцу шеи, полуостистую мышцу головы и полуостистую мышцу шеи. Эти мышцы совместно с глубокими сгибателями шеи значительно снижают активность при верхнем перекрестном синдроме.

К глубоким разгибателям шейного отдела (подзатылочные мышцы) относят большую заднюю прямую мышцу головы, малую заднюю прямую мышцу головы, верхнюю косую мышцу головы и нижнюю косую мышцу головы.

В реализации программы реабилитации на первом этапе необходима активация глубоких сгибателей с применением мануальных техник и формированием статического удержания. В физической терапии это движение получило название краниоцервикальное сгибание. Затем проводится активация поверхностных разгибателей, проводимая как в динамическом режиме,

так и со статическим удержанием.

На втором этапе необходимо добавлять нагрузку для увеличения выносливости и силы мышц шеи.

Третий этап предполагает выполнение силовых упражнений и повседневных движений с сохранением двигательного

контроля [3: 112-115].

Показателем эффективности реабилитации является способность исследуемых к равномерному использованию мышц шеи как при повседневной деятельности, так и при физических нагрузках [2: 69 - 70].

ЛИТЕРАТУРА

1. Стефаниди, А. В. Мышечно-фасциальная боль / А.В.Стефаниди. – Иркутск: Издательство Иркутского государственного медицинского университета, 2003. – 144 с. 5-94521-006-4 ISBN: 5-94521-006-4.
2. Москвитин, А. В. Новый взгляд на патогенез синдрома передней лестничной мышцы / А. В. Москвитин, А. В. Стефаниди, Н. В. Балабанова, И. М. Духовникова, Е. А. Кайгородцева. Сборник научных трудов 8-ой международной научной конференции «Восстановительная и профилактическая медицина» – Иркутск, ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, 2007. – С. 67–71.
3. Page, P. Assessment and treatment of muscle imbalance / P. Page, C. Frank, R. Lardner – Champaign, IL: Human Kinetics; 2014. – 312 p. ISBN: 9781492573258.

СКОЛИОТИЧЕСКИЕ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА КАК ПРИЧИНА МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Васильев Виктор Андреевич, Бегидова Тамара Павловна

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный институт физической культуры», г. Воронеж

Боли в шее являются распространенной проблемой современного общества. Сидячий образ жизни, провоцирующий развитие гиподинамии, приводит к нарушениям осанки, ослаблению мышечного корсета. Отсутствие адекватной стабилизации со стороны мышечной системы ведет к повышенной нагрузке на кости и образуемые ими суставы, преждевременным дегенеративно-дистрофическим изменениям, деформациям и, как итог, к возникновению острых и хронических болей. Сколиотические деформации являются фактором, усугубляющим негативное влияние гиподинамии, однако могут представлять собой и самостоятельную причину развития болевой симптоматики [2: 13-14].

Сколиоз представляет собой заболевание опорно-двигательного аппарата, характеризующее отклонением позвоночника латерально во фронтальной оси, дополненное осевой ротацией позвонков и нарушением сагиттального индекса позвоночника. Это заболевание часто имеет идиопатический характер и его эффективное лечение в обязательном порядке должно включать в себя правильно подобранные физические упражнения, нацеленные на улучшение стабилизации и постурального контроля.

В странах постсоветского пространства наблюдается активный рост случаев развития сколиоза или сколиотической болезни. По различным данным, сколиотическая деформация затрагивает от 3 до 5% населения. Сколиотическая дуга, отклоняясь от естественной оси позвоночника, спосо-

бствует неравномерному перераспределению осевой нагрузки на тела позвонков, межпозвоночные диски и фасеточные суставы позвоночника [1: 2-3].

Болевую симптоматику может вызывать сколиоз шейного отдела в случаях, когда сколиотическая дуга сформирована в шейном отделе с вершиной на уровне 3-4 шейных позвонков, и сколиоз шейно-грудного отдела, когда вершина сколиотической дуги формируется на уровне 7 шейного или 1-2 грудных позвонков.

Организация физической реабилитации лиц со сколиотической дугой шейного отдела позвоночника может осуществляться с применением современных методик консервативного лечения сколиоза, но в силу хорошей мобильности шейного отдела позвоночника, традиционные методики лечебной физкультуры и асимметричные упражнения показывают достаточно высокую эффективность.

Поскольку прогрессия сколиоза на уровне шейно-грудного отдела позвоночника развивается достаточно редко, то основной проблемой становится боль в этой области, нередко распространяющаяся на область проекции дельтовидной мышцы и всего плеча [3: 8-9].

Аналогичный подход к реабилитации лиц со сколиотическими деформациями шейно-грудного отдела на практике показывает себя не столь эффективным. Это связано со слабой мобильностью позвоночника в нижней части шейного и верхней части грудного отдела. Купирование миофасциального болевого синдрома в таком

случае становится возможным при реализации коррекции в сочетании с асимметричным дыханием по методике Шрот. Кроме того, эффективностью обладает двигательная терапия от Gray institute, когда мобильность шейно-грудного отдела позвоночника осуществляется созданием миофасциальной цепной реакции, начинающейся от головы (верхней части шейного отдела) или нижней части грудного отдела. Применение данной методики содействует

выполнению движения на уровне 5 шейного – 4 грудного позвонков, что способствует улучшению трофики тканей, нормализации мышечного тонуса и снижению болевого синдрома.

Практика показывает, что реализация программ физической реабилитации обнаруживает высокую эффективность уже в первые месяцы реализации, достигая максимального эффекта через 6 месяцев [1: 3-4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев, В. А. Цериквогенная головная боль как фактор снижения работоспособности студенток со сколиотической деформацией II–III степени / В. А. Васильев, Т. П. Бегидова. – Физическая культура и спорт в XXI веке: актуальные проблемы и их решения: Сборник материалов Всероссийской с международным участием научно-практической конференции (онлайн-формат, 21-22 октября 2020 года). – Том 2 / под общей ред. Горбачевой В. В., Борисенко Е. Г. – Волгоград: ФГБОУ ВО «ВГАФК», 2020 – С. 155–159.
2. Bogduk, N. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment / N. Bogduk, J Govind // *Lancet Neurol.* 2009 Oct;8(10):959-68. doi: 10.1016/S1474-4422(09)70209-1.
3. Frese, A. Biological markers of cervicogenic headache/ A.Frese S. Evers// *Cephalalgia.* 2008 Jul;28 Suppl 1:21-3 DOI: 10.1111/j.1468-2982.2008.01613.x

МЕТОДЫ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ШЕЕ И ОБЛАСТИ ПЛЕЧА

Васильев Виктор Андреевич, Жигалина Виктория Дмитриевна

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Воронежский государственный институт физической культуры», г. Воронеж

Интервенционные методы лечения боли – это малоинвазивные хирургические технологии, позволяющие точно доставить необходимую дозу желаемого препарата в проблемную зону и устранить проявления боли, не повреждая окружающие ткани.

Эффективность такого метода лечения заключается в длительном терапевтическом эффекте даже в тех областях, в которых использование консервативных препаратов неэффективно или невозможно. Одним из преимуществ интервенционного лечения является небольшой объем вмешательств, который позволяет пациентам легко их переносить: госпитализация в подавляющем большинстве случаев не требуется, пациент сразу же после процедуры уходит домой [1, с. 16-19].

Типичными методами интервенционных вмешательств являются:

1. Лечебно-диагностические блокады – помогают выявить источник боли;
2. Нейроабляция – прерывание передачи боли хирургическим, химическим или термическим методами;
3. Нейромодуляция – подавление путей передачи боли в результате интраспинального или интравентрикулярного введения опиоидов, либо посредством электростимуляции.

В настоящее время для интервенционных вмешательств используется аппаратура, которая позволяет правильно ввести иглу в пораженный участок, предотвращая тем самым различные виды осложнений.

Современная навигация интервенции:

- 1) компьютерная томография (КТ);

- 2) рентгенография;
- 3) ультразвуковое исследование (УЗИ);
- 4) электромиография;
- 5) нейростимуляция.

Главным принципом интервенционных методов является доставка лекарственного средства непосредственно к месту патологии [2, с.11-14].

Требования к лечебным агентам:

- 1) эффективность:
 - быстрое наступление обезболивания;
 - длительность действия;
 - доказанность эффективности;
- 2) безопасность:
 - отсутствие системных побочных эффектов;
 - отсутствие локальной нейротоксичности, приводящей к некрозу ткани;
- 3) переносимость.

Как и любая другая процедура, малоинвазивные вмешательства не являются полностью безопасными. Использование ультразвука или рентгеновских лучей для визуализации иглы может значительно снизить риск осложнений и повысить терапевтический эффект. Правильный выбор вмешательства, грамотное выполнение методики позволяет купировать болевой синдром и снизить частоту оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баринов, А. Н. Вопросы эффективности и безопасности интервенционной терапии болевых синдромов в неврологии. / А. Н. Баринов, Д. О. Рожков, К. А. Махино. // Медицинский алфавит. 2016. Т. 4. № 26 (с. 289).*
2. *Гаманович, А. И. Лечебные медикаментозные блокады при вертеброгенных заболеваниях периферической нервной системы и туннельных синдромах: учеб.-метод. пособие / А. И. Гаманович, С. М. Зубрицкий, В. Г. Логинов, А. С. Федулов. – Минск: БГМУ, 2011. – 88 с.*

КОРРЕКЦИЯ ОСНОВНЫХ ВИДОВ ДВИЖЕНИЙ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА, ИМЕЮЩИХ АТЛАНТООСЕВУЮ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ

Волина Ольга Игоревна, Горобий Алевтина Юрьевна, Королев Павел Юрьевич

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный институт физической культуры», г. Воронеж

В течение последних лет наблюдается тенденция увеличения количества детей с хромосомными патологиями. Наиболее распространенный тип хромосомной аномалии называется трисомией [1: 15-16]. Синдром Дауна – одно из наиболее распространенных отклонений, диагностируемое примерно у 1 из 800 младенцев. Люди с синдромом Дауна имеют различную степень умственного развития, характерные черты лица, отставание физического развития и очень часто врожденные аномалии ортопедического характера. В связи с этим появилась необходимость целенаправленной коррекции физического развития детей с синдромом Дауна.

Среди ортопедической патологии, распространенной при трисомии-21, выделяется атлантоаксиальная нестабильность – патологическая подвижность в суставах 1 (атлант – С1) и 2 (аксис – СII) шейных позвонков, которая может выражаться либо в увеличении амплитуды нормальных движений, либо в возникновении нехарактерных для нормы новых степеней свободы движений [3: 24-28].

Нами был разработан и включен в структуру занятия основной гимнастикой экспериментальный комплекс гимнастических упражнений, подобранный с учетом возрастных особенностей данного синдрома и состояния атлантоосевого сустава. Были исключены кувырки, «глубокие» перекаты, упражнения с компрессионной нагрузкой на мышцы шеи. Занятия проводились квалифицированным специалистом 3 раза в неделю по 40 мин.

Важной особенностью экспериментального комплекса служило то, что все упражнения имели свою ассоциативную направленность с основными движениями, которые дети с синдромом Дауна встречают в повседневной жизни.

Цель исследования: формирование основных двигательных действий детей 6-7 лет с синдромом Дауна, имеющих атлантоосевую нестабильность на занятиях общей гимнастикой.

Проведенные педагогические наблюдения за поведением детей с синдромом Дауна на занятиях общей гимнастикой выявили их быструю утомляемость, недостатки концентрации внимания, волевой регуляции, колебания настроения, недисциплинированность. Все это приводило к снижению моторной плотности занятий, увеличению количества организационных мероприятий [2: 120-125].

Благодаря имитационно-подражательной составляющей разработанного комплекса специальных гимнастических упражнений и сочетанию физической и умственной работы, удалось добиться увеличения уровня концентрации внимания и интереса на всей продолжительности занятия.

В комплекс вошли специальные гимнастические упражнения в движении и на месте из различных исходных положений. Наиболее эффективными были выбраны следующие исходные положения: лежа на спине, лежа на животе, в упоре стоя на коленях, в стойке ноги врозь. Были исключены резкие движения шеей, кувырки,

«глубокие» перекаты, упражнения с компрессионной нагрузкой позвоночника.

Анализ показателей уровня физического развития и формирования основных движений испытуемых опытных групп, имеющих атланта-аксиальную нестабильность, в конце педагогического эксперимента выявил более существенный прирост контрольных показателей у детей с синдромом Дауна экспериментальной группы.

Разница конечных результатов оказалась статистически достоверной и выражается в следующих величинах:

– в экспериментальной группе показатели пробы Ромберга увеличились до 5,2 с., в контрольной – до 4,8 с., разница составила 6,7% ($P < 0,05$);

– показатели времени ходьбы по линии в экспериментальной группе уменьшились до 2,4 с, в контрольной – до 3,8 с., разница составила 29% ($P < 0,05$);

– расстояние прыжка с места увеличи-

лось в контрольной группе до 104 см, а в экспериментальной – до 116,7 см, разница составила 18,3% ($P < 0,05$);

– время бега на 30 м, в контрольной группе увеличилось до 13,1 с, а в экспериментальной группе уменьшилось до 12 с, разница составила 8,4% ($P < 0,05$);

– точность метания мяча, в экспериментальной группе увеличилась до 1,7 попаданий, а в контрольной группе – до 1,4 раз, разница составила 15,1% ($P < 0,05$).

Таким образом, комплекс ассоциативных упражнений доказал свою эффективность в коррекции физического развития детей с синдромом Дауна, имеющих атлантаосевую нестабильность, и рекомендуется к использованию в специальных учреждениях для коррекции физического развития детей с трисомией, не допущенных к занятиям спортивной гимнастикой из-за наличия нехарактерных степеней свободы атлантаосевого сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Исаев, Д. Н. Психопатология детского возраста: учеб. для вузов: учеб. для студентов вузов, обучающихся по специальностям: 031500 – тифлопедагогика, 031600 – сурдопедагогика, 031700 – олигофренопедагогика, 031800 – логопедия, 03190 – спец. психология, 032000 – спец. дошк. педагогика и психология / Д. Н. Исаев. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 462 с.
2. Королев, П. Ю. Социальная адаптация лиц с нарушением интеллекта средствами спортивной гимнастики: дис. канд. пед. наук / П. Ю. Королев. – М., 2009. – 197 с.
3. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: учебное пособие / Н.Л. Литош. – М.: СпортАкадемПресс, 2002. – С. 91 – 99.

ПОДХОДЫ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В ШЕЕ

Михайлюк Игорь Геннадьевич

Общество с ограниченной ответственностью «Центр доказательной медицины»,
г. Ярославль

Боль в области шеи является чрезвычайно распространенной проблемой – от 10% до 20% людей постоянно испытывают боль в данном регионе, а 54% имели хотя бы один эпизод боли в течение последних шести месяцев [1]. В отечественной неврологии широко распространена практика использования термина «остеохондроз» в качестве клинического диагноза у таких пациентов. Однако в настоящий момент установлено, что дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, обозначаемые при помощи термина «остеохондроз» являются естественными признаками старения позвоночника и не коррелируют с наличием и выраженностью болевого синдрома [2, 3]. Попытки ухода от диагноза «остеохондроз» к обозначению конкретной анатомической структуры, ответственной за появление боли, также потерпели неудачу – в большинстве случаев источник боли идентифицировать не удается [4].

Современные рекомендации по ведению пациентов с неспецифической мышечно-скелетной болью отмечают важность физической терапии в процессе лечения. Наиболее важным компонентом физической терапии является лечебная физкультура, пассивные методики, такие как мануальная терапия, показывают свою эффективность только в составе комплексной терапии совместно с упражнениями [5].

Так как лечебная физкультура и мануальная терапия включают в себя большое количество различных техник и подходов, а жалобы пациентов являются чрезвычайно

гетерогенными, необходимы четкие алгоритмы, позволяющие подобрать наиболее эффективные в каждой конкретной ситуации методики воздействия. Эти задачи решает классификация боли в шее, основанная на подходах к терапии, предложенная Childs M. J. с соавторами в 2004 году [5, 6].

В рамках данной классификации выделяют четыре группы пациентов, характеризующихся следующими признаками:

1. Боль в шее с гипомобильностью.
2. Боль в шее с иррадиацией в верхнюю конечность (цервикобрахиалгия, радикулярная боль).
3. Боль в шее с нарушениями координации движений.
4. Боль в шее с головной болью (цервикокраниалгия).

Для пациентов со сниженной подвижностью основные лечебные воздействия должны быть направлены на восстановление исходного объема движений в шее и грудном отделе позвоночника. Для этого можно использовать методики мануальной терапии с обязательным переходом к упражнениям для улучшения мобильности по мере уменьшения болевого синдрома [7].

При наличии иррадирующей боли в руку акцент делают на стабилизационные упражнения, укрепляющие мышцы шеи, а также специфические мануальные техники – нейродинамические мобилизации и тракционную терапию [8].

В группе пациентов с нарушениями координации движения основную роль в

новлении будут играть корригирующие упражнения, особенно с целенаправленной работой с глубокими сгибателями шейного отдела позвоночника, а также упражнения, направленные на двигательное переобучение [9].

Наиболее эффективной методикой при боли в шее с иррадиацией в голову будут приемы мобилизации с движениями по Маллигану для области шейно-затылочного перехода, которые могут выполняться как в форме мануальной терапии при содействии терапевта, так и в виде самостоятельных упражнений [10].

В связи с тем, что в настоящий момент общепринятой является биопсихосоциальная модель боли, при лечении пациентов необходимо обращать внимание не только на биомеханические нарушения, но и на наличие у пациента психосоциальных факторов риска неблагоприятного исхода проводимой терапии.

Помимо физической реабилитации, крайне важным аспектом ведения пациентов с болью в шее является оценка психосоциальных факторов риска неблагоприятного исхода терапии [11]. Помимо тревоги и депрессии, которые часто сопутствуют хронической боли, важное значение могут иметь стратегии преодоления боли, кото-

рые выбирает пациент. Таким образом, работа психотерапевта должна быть направлена в том числе и на обучение использованию более эффективных стратегий преодоления боли, что в свою очередь значительно повысит активность пациента, мотивацию к занятиям физической терапией и в итоге приведет к улучшению качества жизни и лучшему прогнозу выздоровления [12].

Выводы. В большинстве случаев установить анатомический субстрат боли в шее не представляется возможным. Большое значение в лечении пациентов отводится методам физической реабилитации. Наиболее научно обоснованным методом физической терапии болевых синдромов в области шеи является лечебная физкультура. Мануальная терапия эффективна в составе комплексной терапии. Выбор конкретной методики воздействия должен основываться на типе имеющихся нарушений, выявленных во время осмотра. Так как выбор активных стратегий преодоления боли требуют от пациента большой мотивации, а хроническую боль часто сопровождают тревога и депрессия, важную роль в реабилитационном процессе играет психотерапевт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Childs, J. D., Cleland, J. A., Elliott, J. M., Teyhen, D. S., Wainner, R. S., Whitman, J. M., Sopky, B. J., Godges, J. J., Flynn, T. W., & American Physical Therapy Association (2008). Neck pain: Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 38(9), A1–A34. <https://doi.org/10.2519/jospt.2008.0303>.
2. Эрдес, Ш.Ф., Фоломеева О.М. Остеохондроз – особенности отечественной интерпретации болезни // Научно-практическая ревматология. 2010. №4. С.87–93.
3. Михайлюк, И. Г. Анализ корректности диагностики причин боли в области спины в неврологическом стационаре в соответствии с международной классификацией болезней. *Нервно-мышечные болезни* 2014; 3:20–27.
4. Childs, J. D., Fritz, J. M., Piva, S. R., & Whitman, J. M. (2004). Proposal of a classification system for patients with neck pain. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 34(11), 686–700. <https://doi.org/10.2519/jospt.2004.34.11.686>.
5. Corp, N., Mansell, G., Stynes, S., Wynne-Jones, G., Morsø, L., Hill, J. C., & van der Windt, D. A. (2021). Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic

review of guidelines. *European journal of pain (London, England)*, 25(2), 275–295. <https://doi.org/10.1002/ejp.1679>.

6. Blanpied, P. R., Gross, A. R., Elliott, J. M., Devaney, L. L., Clewley, D., Walton, D. M., Sparks, C., & Robertson, E. K. (2017). Neck Pain: Revision 2017. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 47(7), A1–A83. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.0302>.

7. Gross, A. R., Hoving, J. L., Haines, T. A., Goldsmith, C. H., Kay, T., Aker, P., Bronfort, G., & Cervical overview group (2004). Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD004249. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004249.pub2>.

8. Saal, J. S., Saal, J. A., & Yurth, E. F. (1996). Nonoperative management of herniated cervical intervertebral disc with radiculopathy. *Spine*, 21(16), 1877–1883. <https://doi.org/10.1097/00007632-199608150-00008>.

9. Sterling, M., Jull, G., Vicenzino, B., Kenardy, J., & Darnell, R. (2003). Development of motor system dysfunction following whiplash injury. *Pain*, 103(1-2), 65–73. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(02\)00420-7](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00420-7).

10. Jull, G., Trott, P., Potter, H., Zito, G., Niere, K., Shirley, D., Emberson, J., Marschner, I., & Richardson, C. (2002). A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine*, 27(17), 1835–1843. <https://doi.org/10.1097/00007632-200209010-00004>.

11. Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical therapy*, 91(5), 700–711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>.

12. Осипова, В. В. Психологические аспекты боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2010;2(1):4–9.

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПРАКТИКА ПИЛАТЕС КАК МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТЕРАПИИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Пушкин Сергей Анатольевич, Васильев Виктор Андреевич

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный институт физической культуры», г. Воронеж

Джозеф Пилатес, известный автор методики, родился в 1883 году и с юности страдал от рахита, астмы и рахитической лихорадки. Вынужденные ограничения в состоянии здоровья стимулировали его в создании собственной системы физических упражнений, которые способствовали бы оздоровлению и улучшению функционального состояния.

Изобретенную методику Джозеф назвал контрологией, системой полной координации ума, тела и духа. С ее помощью человек вначале целенаправленно приобретает полный контроль над собственным телом, а затем путем многократных повторений упражнений приобретает естественный ритм и координацию, связанные со всеми сознательными и подсознательными действиями [1: 15-16].

В работе с болью основные принципы пилатеса сводятся к выстраиванию правильного паттерна дыхания, обучению осевому вытяжению позвоночника и его артикуляции, правильной организации головы, шеи и плеч, распределению веса и выравниванию конечностей и интеграции приобретенных навыков в единый двигательный паттерн.

Методика не утрачивает своей актуальности и на сегодняшний день, когда все больше людей в силу сидячего образа жизни обращаются к врачам и тренерам с жалобами на боль в позвоночнике и облас-

ти шеи.

Практика показывает, что 9 из 10 обращающихся по поводу тренировок с болями в области шейного отдела имеют значительные ограничения мобильности позвоночно-двигательных сегментов, сочетанные с плохой координацией и мышечной слабостью [3: 44-46]. Традиционные занятия в бассейне и системы лечебной физкультуры не всегда дают желаемый эффект, что связано в основном с недостатком двигательного контроля. В таких случаях оптимальным оказывается применение методики Дж. Пилатеса. Шейный отдел является самым слабым звеном в позвоночнике, этому способствует и большая амплитуда движений в трех плоскостях и сравнительно небольшие тела позвонков и межпозвоночных дисков. Таким образом, даже незначительные протрузии и грыжи дисков могут приводить как к стенозированию спинномозгового канала, так и к компрессии нервных корешков.

Метод Дж. Пилатеса в терапии болей в шейном отделе позвоночника отличается комплексным подходом. Первоначальное переобучение паттерну дыхания с переходом от привычного для многих людей поверхностного дыхания к глубокому диафрагмальному. Это способствует не только улучшению оксигенации мягких тканей, но и расслаблению дыхательных

мышц, в первую очередь лестничных мышц, верхней порции трапециевидной и грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Активность этих мышц способствуют нарушению баланса шейного отдела в сторону избыточной флексии, что часто способствует не только нарушению трофики позвоночника, но и снижению мозгового кровообращения [2: 3-4].

Осевое вытяжение позвоночника способствует снижению компрессионной нагрузки на межпозвоночные диски и нервные корешки, значительно улучшая состояние исследуемых в краткие сроки.

Формирование правильной организа-

ции головы и шеи в статике и динамике значительно снижает риск обострений болевого синдрома в будущем.

После обучения выстраиванию позвоночника с контролем всех физиологических изгибов приходит черед упражнений. Основная масса упражнений пилатеса сводится к подконтрольному выполнению сгибаний, разгибаний, боковых сгибаний и ротаций в позвоночнике. Выполнение прогрессий данных движений способствует укреплению паравертебральных мышц, улучшает трофику позвоночного столба и приводит к снижению болевой симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Paterson, J. *Teaching pilates for postural faults illness and injury*/ J. Paterson/ Butterworth Henemann Elsevier, 2009. – 256 p. – ISBN: 978-0-7506-5647-4
2. Pilates, J. H. *Return to Life Through Contrology*/ J. H. Pilates, W. J. Miller// Martino Fine Books, 2014. – 84p. – ISBN 978-161-4277-12-5.
3. Пилатес, Д. Х. *Твое здоровье*/ Д. Х. Пилатес/ М.: Саммит книга, 2017. – 160 с. – ISBN: 978-617-7504-03-9.

Сетевое издание «Вестник доказательной медицины»
ООО «Центр доказательной медицины»

150000, Ярославская область, г. Ярославль,
ул. Большая Октябрьская, д. 32
Телефон: +7 (4852) 70-00-03, 68-44-26
info@cdm.clinic
<https://um.center/journal/vdm/>

Главный редактор: канд. филол. наук Яковлева А.В.
Дизайн, верстка: Раева Е. А.
Гарнитура «Roboto»