

## ДО ПИТАНЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

Віталій ОСПОВ

*Бердянський державний педагогічний університет*

**Метою** нашого дослідження є вивчення і теоретичний аналіз літературних джерел, які торкаються питань фізичної реабілітації пацієнтів різного віку з міофасціальним болем в спині та шиї.

**Методи дослідження:** аналіз і узагальнення даних літературних джерел.

**Анотація.** Однією із важливих проблем реабілітації є надання допомоги і удосконалення відновлювальних заходів для пацієнтів з гострим і хронічним болем у спині та шиї. Дане дослідження проведене з метою розв'язання цих проблем і пошуку більш досконалих способів їх вирішення.

У статті розглядаються питання значення засобів фізичної реабілітації для відновлення працездатності пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом. А також відображений досвід застосування мануальної терапії в реабілітації пацієнтів різного віку, які страждають на біль в спині та шиї. Обґрунтована доцільність і безпека застосування мануальної терапії в комплексному лікуванні хворих з даною патологією.

**Ключові слова:** пацієнт, больовий синдром, хребет, м'яз, мануальна терапія, реабілітація.

**Актуальність.** Синдроми локального болю, такого, як біль у спині – це важлива медична проблема, оскільки вона пов'язана з високою захворюваністю населення. Згідно розрахункам від 80 до 100% дорослого населення хоча б раз в житті відчували біль в спині (Auchinclos S., 1983; Roland M., 1983). У віці до 45 років проблеми зі спиною – найчастіша причина тимчасової втрати працездатності або навіть інвалідності, а в старших 45 років – вони займають третє місце після серцево-судинних захворювань та артриту (Kelsey J.L., Cunningham L., 1984).

За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я, в розвинутих країнах біль в спині досягає розмірів пандемії і є серйозною медичною та соціально-економічною проблемою. У США та країнах Західної Європи розповсюдженість больового синдрому є другою за частотою (після респіраторних захворювань) причиною звернення до лікарів і третьою – госпіталізації [8, 9, 10].

**Аналіз наукової літератури** свідчить, що проблема болю в спині досліджувалася у працях багатьох авторів як вітчизняних, так і зарубіжних) [1, 2].

Розробка та експериментальне обґрунтування нових методів реабілітації є необхідним і впровадженим, тому, що застосування різних засобів консервативного лікування, частіше однотипного не завжди призводить до бажаного результату [3, 5].

Складовими лікувально-реабілітаційних заходів є різні методи кінезотерапії, фізіотерапії та гідробальнеотерапії [2, 6].

Слід врахувати, що кінезотерапія є основним методом функціональної терапії. Як самостійний метод, так і в комплексі з іншими засобами фізичної реабілітації вона позитивно впливає на результати та прогноз лікування. Практика показує, що мануальна терапія, як один із методів кінезотерапії є патологічно обґрунтованим і ефективним методом реабілітації пацієнтів з болем в спині, який зумовлений блокадою сегментів суглобів хребта, обмеженням рухомості та рефлекторним спазмом м'язів [1, 2, 3, 7].

Незважаючи на наявність значної кількості досліджень проблема болю в спині актуальна і на сьогоднішній день. Біль у спині увійшов до переліку захворювань та патологічних станів, які на думку зарубіжних експертів, мають найбільше медико [9].

Все це зумовлює необхідність продовження досліджень, спрямованих на пошуки науково-обґрунтованих форм лікувально-реабілітаційних заходів для вказаного контингенту пацієнтів.

**Метою** нашого дослідження є вивчення і теоретичний аналіз літературних джерел, які торкаються питань фізичної реабілітації пацієнтів різного віку з міофасціальним болем в спині та шиї.

**Результати досліджень.** М'язовий біль – проблема, яка на сьогоднішній день, актуальна для реабілітологів, оскільки є однією із найбільш поширених скарг пацієнтів, що нерідко призводить до значного обмеження рухової активності і тривалої та стійкої втрати працездатності.

Дані обставини викликали інтерес багатьох дослідників до м'язово-скелетних дисфункцій. Визначилося досить широке коло патологічних станів в організмі людини, при яких біль в м'язах, зв'язках і сухожиллях стає провідним в емоційному сприйнятті і клінічному перебігу.

Різні тлумачення причин і патогенезу цього болю призвели до існування більш дев'яноста термінів. Міогелези Шаде, Ланге, шнури Міллера, міозит, міалгія, фіброміалгія, фіброміозит, міофіброз, локальний м'язовий гіпертонус – це далеко не повний перелік найбільш часто вживаних термінів [6, 10].

Походження м'язового болю також зв'язують з іритацією рецепторного апарату в ділянці ураженого хрецово-рухового сегмента та з реакціями на це м'язів як хребта, так і кінцівок. Основним структурним елементом хребта є хребцево-руховий сегмент: два тіла хребців, з'єднаних між собою міжхребцевим диском, зв'язковим апаратом. Джерелом болю можуть бути зв'язки та м'язи, окістя відростків, фіброзне кільце, синовіальні оболонки фасеткових суглобів.

Cole A.J. и Herring S.A., запропонували наступні характеристики болю у спині та шиї:

1. Гострий біль – біль, який спостерігається менше трьох місяців, пов'язаний із пошкодженням або захворюванням.
2. Підгострий біль – біль, який спостерігається впродовж 3-6 місяців після пошкодження або захворювання.
3. Хронічний біль – біль, який спостерігається більше 6 місяців після пошкодження або захворювання.

Синдром хронічного болю – біль та пов'язані з ним функціональні порушення (втрата працездатності) при пошкодженні, які зберігаються більше 6 місяців, характеризується: дратівливістю, тривожністю, депресією, порушенням сну, працездатності, взаємостосунків із людьми та ін. [3, 5, 6].

Наш практичний досвід реабілітації осіб з м'язовим болем вказує на те, що його причиною може бути переохолодження, яке призводить до запалення м'язів, в результаті чого виникає виділення рідини в міжклітинний простір. З часом під дією лікування рідина розсмоктується, залишаючи спайки між групами м'язів і епіневрієм нервів, що проходять поряд. Таким чином виникають болючі м'язові ущільнення.

Будь-який подразник прямо або рефлекторно викликає скорочення м'яза для досягнення якогось рухового акту. Цей подразник збуджує мотонейрони через аференти центральної нервової системи: екстрацептивний (температурний, больовий, тактильний), інтрацептивний (больовий, реперкусивний), пропріоцептивний (больовий, іритативний, травматичний). В цьому ж напрямку можуть діяти психічні фактори – тривога, напруженість, в результаті чого може з'явитися м'язове напруження в окремих групах м'язів, а перенапруження може призвести до тривалого болю в м'язах спини та шиї.

Чинники ризику больового синдрому в м'язах спини та шиї можна розділити на кориговані і некориговані.

Кориговані чинники:

- виробничі статико-динамічні перевантаження, особливо в незручних позах, з вібрацією та дією несприятливих метеорологічних чинників; незнання елементарних ергономічно обґрунтованих прийомів виробничих операцій, а також правил гігієни поз та рухів у побуті.
- відсутність регулярної фізичної активності (занять фізкультурою), малорухомий спосіб життя.
- епізодичні великі фізичні навантаження в осіб, що ведуть малорухомий спосіб життя, а також спортивні перевантаження.
- порушення постави (сколіоз, сутулість).
- наявність різких перепадів у фізичних навантаженнях.
- часті простудні захворювання, а також ожиріння, захворювання внутрішніх органів.

Некориговані чинники: спадковість, вік та стать.

Несприятлива спадковість може реалізуватися в особливостях соматогенної, психогенної, гормональної, імунологічної, біохімічної конституції, в тому числі й сполучної тканини. Успадковуються центральні та периферичні механізми побудови рухового акту.

Нами проведений аналіз літературних даних щодо частоти й вираженості больового синдрому в різних відділах хребта у пацієнтів різного віку. Найбільш виражений біль у спині був у віковій групі 50-64 роки і зустрічався частіше у жінок, ніж у чоловіків [5, 9].

Sedgwick вважає, що больовий синдром в спині пов'язаний з віком і статтю. Вперше біль у спині з'являється як у чоловіків, так і у жінок переважно у віці 20-30 років і найчастіше локалізований у шийному та поперековому відділі хребта. У жінок біль частіше локалізується в області шиї і плечових суглобів. Відзначено, що хронічний біль у шийному відділі хребта є найхарактернішим симптомом у жінок у період після менопаузи, і зустрічається у 25% жінок цієї категорії [5, 6, 8, 9].

З'ясування патогенетичних механізмів розвитку різних больових синдромів, особливо вертеброгенного генезу, дозволило розробити нові реабілітаційні комплекси. Клінічний досвід показує, що найбільш ефективними являються лікувально-реабілітаційні комплекси з використанням нефармакологічних методик лікування, зокрема мануальної терапії [1, 2, 3].

Найбільш наукове обґрунтування мануальна терапія отримала в працях чеського вченого К. Lewit (1966, 1972, 1978) і його учнів. Ними розроблена теорія функціональної блокади хребцево-рухового сегмента з розвитком подальших функціональних порушень, аналогічно «контрактури» сегмента. Слід відзначити, що в основу теорії К. Lewit покладені дослідження І.П. Павлова і А.Д. Сперанського [5, 6].

Прийоми мануальної терапії направлені на відновлення нормальної біомеханіки опорно-рухового апарату, ліквідацію функціональних блоків і корекцію м'язового тону, а в комплексі з кінезотерапією – на збільшення їхньої сили і витривалості.

Розроблені методики мануальної терапії, які включають в себе спеціальні прийоми ручної дії (масаж, мобілізація, маніпуляція, корекція функціонального взаємовідношення м'язів і т.д.), спрямовані на ліквідацію патобіомеханічних проявів і відновлення нормальної рухливості опорно-рухового апарату і перебудову рухового стереотипу.

Слід підкреслити ефективність мануальної терапії в лікуванні больового синдрому, що може бути використано реабілітологами в амбулаторно-поліклінічній практиці. Оволодівши достатнім запасом знань і практичних навиків, можна швидко і ефективно зняти біль або зменшити ступінь його прояву що дозволить обійтися без госпіталізації хворого в стаціонар і швидко, ефективно відновити його працездатність.

Підвищений м'язовий тонус, неправильне положення тіла і патологічні рухові моделі постійно викликають трофічні зміни в суглобах, порушення циркуляції крові, обміну речовин, а також призводять до укорочення м'язів, зв'язок і сухожилів. Все це зумовлює обмеження рухливості суглобів, формуванні в них функціональних блокад та больового синдрому.

Функціональні блокади, в свою чергу, посилюють трофічні порушення, гемоциркуляторні, вегетативні, нейрогенні і інші патологічні зміни. Це викликає вторинні зміни зі сторони нервової системи. Таким чином формується своєрідне замкнене коло. В основі системи реабілітації цих патологічних станів являються різносторонні методи впливу на пацієнта. Дія одних методик доповнює і закріплює інші.

Основний комплекс лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів з даною патологією включає: біомеханічну корекцію хребта, мобілізацію суглобів кінцівок, мобілізуючу гімнастику, спеціальну систему масажу, механотерапію.

Біомеханічна корекція хребта направлена на ліквідацію функціональних блокад хребцево-рухових сегментів і відновлення нормальної рухливості суглобів хребта, що дозволить усунути дизрегуляцію центральної нервової системи.

Мобілізація суглобів кінцівок дозволить відновити рухомість суглобів, корекцію м'язово-суглобного дисбалансу, покращити трофіку і створити передумови формування нових рухів.

Мобілізуюча гімнастика направлена на удосконалення існуючих і формування нових моторних функцій, досягнення більш досконалих форм переміщення і засвоєння важливих для

повсякденного життя вмінь. Вона базується на основних класичних методиках кінезотерапії з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Засвоєння нових моторних актів виникає по принципу «від пасивних рухів через пасивно-активні – до активних» і «від простих рухів – до складних».

Кожне заняття включає: дихальну гімнастику, вправи для "мобілізації суглобів", спрямовані на підвищення мобільності суглобів хребта і кінцівок і вправи для зміцнення м'язово-суглобового апарату.

Спеціальна система масажу направлена на релаксацію спазмованих м'язів і дію на міофасціальні тригерні зони м'язів, включаючи прийоми класичного, сегментарного і періостального масажу в поєднанні з елементами постізометричної релаксації.

Засоби механотерапії використовуються для розвитку сили м'язів, покращення координації рухів і формування правильного рухового стереотипу. Тренування м'язів проводиться на апаратах блочного типу, шляхом підбору довжини важіля, ваги обтяження і кількості повторів забезпечується оптимальний тренувальний режим. Для формування правильного стереотипу рухів і покращення координації проводяться заняття на біговій доріжці і велотренажері.

Правильний підбір вправ і дотримання техніки їх виконання дають можливість створити такий руховий стереотип, при якому поступово коригується постава, а рівень розвитку м'язів забезпечує надійну стабілізацію хребта.

### Висновки

Аналіз науково-методичної літератури дозволив нам одержати дані щодо особливостей застосування засобів фізичної реабілітації, зокрема мануальної терапії в реабілітації пацієнтів з міофасціальним болем в спині та шії, які будуть враховані нами при складанні експериментальної реабілітаційної програми для відновлення функціонального стану рухової системи і працездатності пацієнтів з даними проблемами.

Подальші дослідження передбачають більш глибоке вивчення і проведення реабілітаційних заходів для корекції і відновлення функціонального стану хворих з міофасціальним больовим синдромом.

### Література

1. Белова А.М. Нейрореабілітація. – М.: Медицина, 2000. – 360 с.
2. Веселовский В.П. Практическая вертебрология и мануальная терапия. – Рига: Зинатне, 1991. – 344 с.
3. Клименко А.В. Лікувально-реабілітаційні заходи для хворих з неврологічними проявами остеохондрозу. – Запоріжжя: РІО "ИЗДАТЕЛЬ", 1991. – 40 с.
4. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2000. – 422 с.
5. Поворознюк В.В. Біль у нижній частині спини //Журнал практичного лікаря. – 2005. – №6 – С. 24 – 30.
6. Стояновський Д.М. Біль у ділянці спини та шії. – К.: Здоров'я, 2002. – 392 с.
7. Физическая реабилитация. Учебник для академий и институтов физической культуры / Под ред. Попова С.Н. – Ростов: Феникс, 1999. – 608 с.
8. Auchinclos S. The Painful Back: Practical Aspects of Management //Medecine Publishing Foundation – Oxford, 1983. – P. 43.
9. Deyo R.A. Bed rest for acute low back pain //M.I.V. Jayson, R.L. Swezey, J. Knoplich, A. Hubault (Eds.) Back Pain, Painful Syndromes and Muscle Spasm. – 1990. – P. 107 – 116.
10. Kelsey J.L. Cunnigham Epidemiologic aspects of disability from rheumatic disease //R.C. Lawrence, L.E. Shuman (Eds.). Epidemiology of the Rheumatic Diseases. – Vol. 42. Gower, NY, 1984. – P. 302 – 311.

## К ВОПРОСАМ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ МИОФАСЦИАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

Виталий ОСИПОВ

*Бердянский государственный педагогический университет*

**Целью** нашего исследования является изучение и теоретический анализ литературных источников по проблеме физической реабилитации пациентов разного возраста с миофасциальной болью в спине и шее.

**Методы исследования:** анализ и обобщение данных литературных источников.

**Аннотация.** Одной из важных проблем реабилитации является предоставление помощи и усовершенствование восстановительных мероприятий для пациентов с острой и хронической болью в спине и шее. В целях решения этих проблем и поиска более совершенных способов их реализации и проведено данное исследование.

В статье рассматриваются вопросы значения средств физической реабилитации для возобновления работоспособности пациентов с миофасциальным болевым синдромом. А также отображен опыт применения мануальной терапии в реабилитации пациентов разного возраста, которые страдают на боль в спине и шее. Обоснованная целесообразность и безопасность применения мануальной терапии в комплексном лечении больных с данной патологией.

**Ключевые слова:** пациент, болевой синдром, позвоночник, мышца, мануальная терапия, реабилитация.

## THE PROBLEM OF PHYSICAL REHABILITATION AT THE MIOFASTSIALNOM PAIN SYNDROME

Vitaly OSIPOV

*Berdyansk pedagogical university*

**Aim of the research** is a study and theoretical analysis of literary sources on the problem of physical rehabilitation of patients of different age with the miofastsialnoy pain in back and neck.

**Task** of research: to analyze the special literature and existent experience, which touches the physical rehabilitation of patients with the miofastsialnim pain syndrome.

**Abstract.** In obedience to the task we studied accessible home and foreign literature, exposing actuality of vibranoy theme, necessity of development of method of restoration medical treatment and control of efficiency of medical-rehabilitation measures at pains in back and neck.

Modern reabilitologiya attained considerable successes with grant of effective help in the rehabilitation of neurological patients. To grant the help and improvement of restoration measures for patients with the sharp and chronic pain in spin and neck is one of important problems of rehabilitation. To decide these problems and search of more perfect methods of their realization is the main task of the research.

Questions of value of facilities of physical rehabilitation for renewal of capacity of patients with the miofastsialnim pain syndrome are considered in article. And also experience of application of manualnoy therapy in the rehabilitation of patients of different age, which suffer on pain in back and neck is represented.

**Key words:** patient, pain syndrome, spine, muscle, manualnaya therapy, rehabilitation.