

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

ОСІПОВ ВІТАЛІЙ МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 796.035:615.825

**КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЧОЛОВІКІВ
ЗРІЛОГО ВІКУ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ
СИНДРОМОМ**

24.00.03 – фізична реабілітація

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата наук з фізичного виховання та спорту



Львів – 2010

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Національному педагогічному університеті імені М. П. Драгоманова Міністерства освіти і науки України.

Науковий керівник – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент
МЕРЗЛІКІНА ОЛЬГА АНАТОЛІЇВНА,
Національний педагогічний університет
імені М.П. Драгоманова,
доцент кафедри фізичної реабілітації.

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор
БАШКІН ІГОР МИКОЛАЙОВИЧ,
Відкритий міжнародний університет розвитку людини
«Україна», завідувач кафедри реабілітації;

кандидат медичних наук, професор
МУХІН ВОЛОДИМИР МИКОЛАЙОВИЧ,
Львівський державний університет фізичної культури,
професор кафедри валеології і спортивної медицини.

Захист відбудеться 24 грудня 2010 року о 13.00 на засіданні спеціалізованої вченої ради К.35.829.01 Львівського державного університету фізичної культури за адресою: 79000, м. Львів, вул. Костюшка, 11.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Львівського державного університету фізичної культури (79000, м. Львів, вул. Костюшка, 11).

Автореферат розіслано 22 листопада 2010 року.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради



А.С. Вовканич

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Погіршення суспільного здоров'я, яке спостерігається сьогодні, визначає актуальність розвитку реабілітаційного напрямку в медицині. Поряд із проблемою відновлення здоров'я й особистісного статусу інвалідів особливого значення набувають питання вдосконалення реабілітації хворих з тривалою тимчасовою втратою працездатності та попередження інвалідизації (В.І. Дубровський, 2001; І.З. Самосюк, 2004; О.К. Марченко, 2006; К.Д. Бабов, 2006; В.А. Епіфанов, 2006; С.М. Попов, 2009; В.М. Мухін, 2009).

Найчастіше звертаються за медичною допомогою та потребують фізичної реабілітації у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, пацієнти з хронічними локальними м'язовими синдромами в ділянці спини та шиї, серед яких дві третини страждають на міофасціальний больовий синдром (Д.Н. Стояновський, 2004; В.В. Поворознюк, 2005; І.М. Башкін, 2005; А.В. Стефаніді, 2009; Н.В. Балабанова, 2009). Причому серед усіх вікових категорій переважають пацієнти віком від 30 до 59 років, які становлять 75% (В.А. Карлов, 1996; Я.Ю. Попелянський, 1999; А.А. Ярошевський, 2005). Тобто міофасціальний больовий синдром є не тільки медичною, але й соціальною проблемою.

Міофасціальний больовий синдром (МФБС) – складний психофізіологічний процес, що проявляється болями, зумовленими неспецифічним ураженням скелетних м'язів із формуванням у напружених м'язах тригерних точок, які стають генераторами патологічної рефлекторної системи (В.М. Шевага, 1994, 2009; О.М. Вейн, 1997; А.А. Ярошевський, 2005; Дж.Г. Травел, Д.Г. Сімонс, 2005). Біль, набуваючи хронічного характеру, стає не тільки одним із симптомів захворювання, але й включається в його патогенез, змінюючи функціональний стан центральної нервової системи та викликаючи психофізіологічну активацію з посиленням м'язового напруження і відповідно болю. Тобто формується патологічне коло, аспекти якого недостатньо враховують лікарі практичної охорони здоров'я. Крім того, з одного боку, існує гіпердіагностика остеохондрозу хребта як причини міофасцікулярного болю (А.А. Скоромець, 2000; В.А. Карлов, 2000; Д.Н. Стояновський, 2002 та ін.), а з другого – частота больових синдромів пов'язана із вираженістю стресу та особливостями емоційної сфери у хворих з хронічним болем у спині (А.Б. Смулевич, 2000; С.А. Парценяк, 2002; М.Л. Кукушкін, 2004; В.Н. Григор'єва, 2004).

Незважаючи на наявність значної кількості досліджень, проблема болю в спині актуальна й дотепер. Біль у спині ввійшов до переліку захворювань та патологічних станів, які, на думку експертів, мають вагоме медико-соціальне значення та викликають найбільші економічні витрати суспільства. Тому, згідно із рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), біль у спині оголошено пріоритетним напрямком дослідження у структурі захворювань кісток, м'язів та суглобів на 2000–2010 рр. Проблема гострого і хронічного м'язового болю настільки актуальна, що в багатьох високорозвинених країнах створюються асоціації фахівців з м'язово-скелетної терапії, випускаються спеціальні журнали й монографії.

Сьогодні методики відновного лікування хворих з міофасціальним больовим синдромом розроблені для гострого періоду захворювання і базуються переважно на застосуванні медикаментозної терапії, тракційної терапії та вправ на зміцнення “м’язового корсету” тулуба. Водночас багато питань практичного проведення фізичної реабілітації для цих хворих, особливо на поліклінічному етапі, потребують деталізації, вивчення й уточнення. Беручи до уваги аналіз публікацій з фізичної реабілітації хворих з МФБС, деякі автори рекомендують застосовувати комплексні корекційні програми, які включають лікувальну фізкультуру (ЛФК), лікувальний масаж, фізіотерапію та рефлексотерапію (В.І. Дубровський, 2001; І.З. Самосюк, 2004; О.К. Марченко, 2006). Проте практично не висвітлене питання про застосування в тематичних хворих, у комплексі фізичної реабілітації, специфічних методів скелетно-м’язової терапії та не розроблено чітких критеріїв підбору фізичних вправ у відповідності до генезису міофасціальної дисфункції. У зв’язку з цим, модернізація відомих і пошук нових підходів до фізичної реабілітації хворих з міофасціальними больовими синдромами є актуальними й потребують науково-методичного обґрунтування.

Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційну роботу виконано згідно з планом науково-дослідної роботи кафедри фізичного виховання Бердянського державного педагогічного університету “Фізіологічні основи системи особистого фізичного вдосконалення та оздоровлення” (2006–2011 рр.).

Роль автора у виконанні цієї теми полягала в аналізі сучасного стану фізичної реабілітації, визначенні психологічного стану хворих та фізичного стану опорно-рухового апарату пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом, розробці та апробації програми комплексної фізичної реабілітації для пацієнтів з цією патологією.

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити та апробувати програму комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом.

Завдання дослідження:

1. Узагальнити досвід використання засобів фізичної реабілітації в комплексному відновленні хворих з міофасціальним больовим синдромом.
2. Визначити функціональний стан опорно-рухового апарату та психологічний стан чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом у ділянці шиї та плечового пояса.
3. Розробити та апробувати програму комплексної фізичної реабілітації для чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом на поліклінічному етапі.
4. Перевірити ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації для чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом та розробити практичні рекомендації для її використання.

Об’єкт дослідження – фізична реабілітація осіб з міофасціальним больовим синдромом.

Предмет дослідження – засоби й методи фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом.

Методи дослідження: теоретичний аналіз науково-методичної літератури; *педагогічні:* педагогічне спостереження, педагогічний експеримент; *медико-біологічні:* візуальна діагностика рухового стереотипу, пальпація (визначення локалізації тригерних пунктів), визначення амплітуди рухів за допомогою сантиметрової стрічки, оцінювання болю (шкала ВАШ, опитувальник Мак-Гіла), електроміографія (ЕМГ), біохімічне дослідження добової порції сечі хворих; *психологічні:* тестування стану вегетативної нервової системи (анкета Вейна), тест САН (самопочуття, активність, настрої), тест якості життя SF-36; методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів:

– *уперше* науково обґрунтовано і розроблено програму комплексної фізичної реабілітації для чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом на поліклінічному етапі. Вона відрізняється комплексним підходом та передбачає диференційований підбір засобів для вирішення рухових проблем пацієнтів відповідно до етапів генезису міофасціальної дисфункції.

– *розширено* теоретичні уявлення про вплив запропонованих засобів і методів фізичної реабілітації на стан опорно-рухового апарату та психологічної сфери хворих на підставі оцінки їх ефективності.

– *доповнено* існуючі програми реабілітації хворих з міофасціальною дисфункцією специфічними засобами для інактивації міофасціальних тригерних пунктів (мануальний масаж, ішемічна компресія, вправи постізометричної релаксації м'язів).

Практичне значення одержаних результатів роботи:

– укладено зміст картки реабілітаційного обстеження хворих на міофасціальний больовий синдром, що дозволяє уніфікувати оцінювання вираженості фізичної і психосоціальної дизадаптації хворих названої категорії на всіх етапах відновного лікування і визначати ефективність реабілітаційних заходів;

– використані в дослідженні методи реабілітаційного обстеження хворих з міофасціальним больовим синдромом не потребують спеціальних умов і дорогих коштів на обладнання, що дозволяє широко застосовувати запропоновані методики в лікувальних закладах;

– основні положення програми комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку викладено в методичних рекомендаціях “Лікувально-реабілітаційні заходи для хворих з міофасціальним больовим синдромом” (2008);

– практичний ефект роботи підтверджено актом впровадження авторської програми комплексної фізичної реабілітації в практику проведення реабілітаційних заходів для хворих з міофасціальним больовим синдромом у Куйбишевській центральній районній лікарні смт Куйбишево Запорізької області (акт від 20.07.2009 р.); у навчальному процесі студентів Бердянського медичного коледжу (акт від 30.09.2009 р.), Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова (акт від 04.02. 2010 р.) та Бердянського державного педагогічного університету (акт від 17.03.2010 р.).

Розроблена програма комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом може бути рекомендована фахівцям фізичної реабілітації для роботи з пацієнтами цієї категорії, а також у системі професійної підготовки студентів спеціалізованих вищих навчальних закладів з курсу «Фізична реабілітація при порушенні діяльності опорно-рухового апарату».

Особистий внесок здобувача полягає у виборі напряму дослідження; в аналізі літературних джерел; у формулюванні мети і завдань дослідження; у накопиченні експериментального матеріалу; в розробці програми комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом; в узагальненні отриманих результатів; у формулюванні висновків та практичних рекомендацій; в оформленні дисертаційної роботи.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри фізичної реабілітації Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, кафедри фізичного виховання Бердянського державного педагогічного університету, оприлюднені в доповідях на наукових конференціях, а саме: *міжнародних* – “Молода спортивна наука” (Львів, 2007), “Актуальні проблеми фізичної культури, спорту та туризму в сучасних соціально-економічних і екологічних умовах” (Запоріжжя, 2007); “Молода спортивна наука” (Львів, 2008), “Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві” (Луцьк, 2008); “Основні напрямки розвитку фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації” (Дніпропетровськ, 2008); “Здоров’я і освіта: проблеми та перспективи” (2008); “Проблеми здоров’я і перспективи розвитку спорту, фізичного виховання молоді у сучасному світі” (Бердянськ, 2009); *всеукраїнських* – “Фізичне виховання та спорт у вищій школі. За здоровий спосіб життя” (Запоріжжя, 2007); “Інноваційні технології оздоровчої спрямованості фізичного виховання студентської молоді та їх впровадження в систему Європейської інтеграції України” (Бердянськ, 2007); “Фізична та фізіотерапевтична реабілітація. Реабілітаційні СПА-технології” (Севастополь, 2009).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 11 наукових праць, з них 9 – одноосібних у фахових виданнях, затверджених ВАК України, одну виконано у співавторстві та методичні рекомендації.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається з переліку умовних позначень, вступу, шести розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, практичних рекомендацій, додатків і списку використаних джерел. Матеріали дослідження викладені на 214 сторінках основного тексту, містять 22 таблиці, 22 рисунки. У дисертації використано 260 наукових джерел, з яких 82 – іноземні.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

У **вступі** обґрунтовано актуальність обраної теми, мету і завдання роботи, предмет та об’єкт дослідження, наукову новизну одержаних результатів та їх практичне значення, зазначено апробацію результатів дослідження та кількість публікацій, подано структуру й обсяг дисертації.

У першому розділі **“Сучасні підходи фізичної реабілітації до проблеми міофасціального больового синдрому”** подано інформацію про характеристику міофасціального больового синдрому та клініко-біомеханічні особливості міофасціального больового синдрому в ділянці шії, висвітлено сучасні підходи до фізичної реабілітації хворих з міофасціальним больовим синдромом.

Аналіз фахових літературних джерел засвідчує, що проблема хронічного міофасціального болю залишається дискусійною, як зарубіжні, так і вітчизняні фахівці до цього часу не дійшли згоди щодо етіології та патогенезу МФБС, що викликає термінологічні й класифікаційні розбіжності в діагностичних формулюваннях. Більшість авторів схиляються до думки, що позитивний результат відновлювального лікування при міофасціальному больовому синдромі, в цілому, залежить від використання широкого арсеналу засобів і методів фізичної реабілітації. Тим часом у науковій літературі вони ж наводять суперечливі й деколи прямо протилежні твердження щодо використання засобів фізичної реабілітації, часто не доведені біомеханічними дослідженнями рухового апарату, науково обґрунтованими рекомендаціями з добору фізичних вправ, зважаючи на характер, стадію захворювання, стать хворого. Тому запропоновані на сьогодні програми медичної та фізичної реабілітації хворих з МФБС не дозволяють досягти стійкої ремісії захворювання і спонукають до пошуку нових наукових підходів у фізичній реабілітації, до комплексного використання засобів і методів, які дозволять удосконалити відомі програми реабілітації та прискорити процеси відновлення пацієнтів цієї категорії.

У другому розділі **“Методи та організація дослідження”** розкрито систему методів дослідження, відповідних до мети й завдань дисертаційної роботи, подано організацію дослідження.

Базою дослідження було поліклінічне відділення Куйбишевської центральної районної лікарні в Запорізькій області. Досліджувалися чоловіки зрілого віку, в яких спостерігався міофасціальний больовий синдром у ділянці шії та плечового пояса. Всього в експерименті було задіяно 30 хворих віком від 35 до 50 років. Усі пацієнти були обстежені за допомогою спеціально розробленої формалізованої картки обстеження, в яку були введені: візуально-аналогова шкала болю (ВАШ), за якою інтенсивність больового синдрому пацієнти оцінювали за десятибальною шкалою (0 – біль відсутній, 10 – біль нестерпний); русифікований опитувальник про характер больових відчуттів Мак-Гіла (А.Н. Белова, 2002); анкета О.М. Вейна (1999) для оцінювання функціонального стану вегетативної нервової системи; результати візуальної діагностики порушень рухового стереотипу (В.П. Веселовський, 1991; Л.Ф. Васильєва, 1999); результати кінестезичної пальпаторної діагностики методом пошарової пальпації (К.Левіт, 1997; Г.А. Іванічев, 2002); наявність і вираженість локальних гіпертонусів, міофасціальних тригерних пунктів (Дж. Г. Травел, Д.Г. Сімонс, 2005); мануальне м'язове тестування за п'ятибальною шкалою оцінювання сили м'язів (А.А. Скоромець, 2000); результати визначення амплітуди рухів шийного відділу хребта сантиметровою стрічкою (В.А. Епіфанов, 1997; 2005). Для об'єктивнішого оцінювання стану задньошийних і трапецієподібних м'язів з обох сторін (з метою

визначення вираженості м'язово-тонічних порушень) було проведено поверхневу електроміографію.

Завдання пропонованої дисертаційної роботи розв'язувалися трьома взаємопов'язаними етапами.

Перший етап (2006 – 2007 рр.) присвячений вивченню та теоретичному узагальненню відомостей щодо визначення основних напрямків, методів, засобів фізичної реабілітації пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом. Аналіз спеціальних наукових джерел з проблеми дослідження дозволив обґрунтувати його мету, визначити об'єкт, предмет та основні завдання, розробити індивідуальний план роботи.

На другому етапі (2007 – 2008 рр.) було проведено експериментальне дослідження на базі Куйбишевської центральної районної лікарні (КЦРЛ) в Запорізькій області. В дослідженні взяли участь 30 чоловіків зрілого віку з діагнозом міофасціальний больовий синдром шиї та плечолопаткової ділянки. За допомогою довільного розподілу сформувавши основну та порівняльну групу.

Пацієнтам групи порівняння пропонували займатися за традиційною програмою лікування, прийнятою в КЦРЛ, що складалася з фізіотерапевтичних процедур, лікувального масажу та лікувальної фізкультури. Пацієнтам основної групи запропонували займатися за розробленою авторською програмою, що містила, окрім лікувальної фізичної культури, методику ішемічної компресії міофасціальних тригерних пунктів (МФТП), лікувальний масаж, постізометричну релаксацію м'язів (ППРМ), психорелаксацію. Програма також передбачала реабілітаційне обстеження, планування та проведення реабілітаційних заходів і контроль за їх проведенням. Курс фізичної реабілітації становив 15 занять упродовж трьох тижнів, які проводилися щоденно, окрім вихідних днів.

Проведене реабілітаційне обстеження дозволило нам визначити функціональні зміни в руховій сфері пацієнтів, оцінити та порівняти їх із показниками норми. На основі результатів реабілітаційного обстеження, а також урахувавши основні аспекти генезису міофасціальної дисфункції та етап реабілітації, було розроблено та апробовано авторську програму фізичної реабілітації для чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом на поліклінічному етапі.

На третьому етапі (2008 – 2009 рр.) проведено ґрунтовний аналіз результатів дослідження з використанням сучасних комп'ютерних технологій та статистичної обробки даних. Визначено ефективність авторської програми фізичної реабілітації для чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом. Апробовано основні положення дисертаційної роботи на наукових конференціях. Викладено основні результати дослідження в наукових публікаціях. Здійснено впровадження результатів дослідження в клінічну практику та в навчальний процес студентів вищих навчальних закладів.

У третьому розділі **“Комплексне реабілітаційне обстеження чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом”** подано результати обстеження чоловіків зрілого віку з больовими синдромами у ділянці шиї та плечолопаткової ділянки. Аналіз карток обстеження пацієнтів показав, що всі хворі з міофасціальним больовим синдромом були у віковій групі 35–50 років. За

характером трудової діяльності пацієнти розподілилися так: особи, які займаються фізичною працею, – 77,2%, службовці – 22,8%; тобто професійна діяльність більшості хворих пов'язана з фізичним перенапруженням, що спричинило появу больових відчуттів та порушення функціонування опорно-рухового апарату й організму в цілому.

Результати візуально-пальпаторної діагностики показали, що функціональний стан ОРА пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом значно відрізнявся від показників норми. За аналізом особливостей больового синдрому, статичних і динамічних навантажень, які посилювали біль, виділили чотири клінічні варіанти МФБС. I варіант: біль посилювався при активних рухах у шиї – 10 пацієнтів (33,33%); II варіант: біль посилювався при рухах у плечовому суглобі – 8 пацієнтів (26,67%); III варіант: біль посилювався після статичного навантаження у положенні сидячи або стоячи – 8 пацієнтів (26,67%); IV варіант: біль посилювався при будь-якому (активному чи пасивному) русі у шиї – 4 пацієнти (13,33%). При пальпаторному оцінюванні уражених м'язів визначили значно підвищений ступінь м'язового напруження у всіх обстежених пацієнтів. У цих м'язах та зонах больової реакції у хворих було виявлено активні міофасціальні тригерні пункти та зниження м'язової сили при ізометричному скороченні на 1-2 бали, а також запізніле включення цього м'яза в рух, де він є агоністом. Ступінь напруження м'язів (за Коганом О.Г., 1989) на 1 бал було виявлено у 6,7% хворих; на 2 бали – у 66,7% хворих; на 3 бали – у 26,6% хворих як основної групи, так і групи порівняння.

Виявлено зменшення амплітуди рухів шийного відділу хребта у пацієнтів з МФБС у ділянці шиї та плечей порівняно з показниками фізіологічної норми: згинання в шийному відділі хребта в основній групі становило 61,7% від показника норми, а в групі порівняння – 60%; розгинання – 65% в основній групі та 65,8% – у групі порівняння; нахил голови вліво в основній групі – 56,7%, а в групі порівняння – 58,3%; нахил голови вправо в основній групі – 55,5%, а в групі порівняння – 55%; поворот праворуч в основній групі – 66,6%, а в групі порівняння – 65%; поворот ліворуч в основній групі – 68,4%, а в групі порівняння – 66,6% ($p > 0,05$).

За електроміографічними показниками в усіх пацієнтів спостерігалось порушення рефлекторної збудливості нейромоторного апарату та потужностей спектральних компонентів електроміограми. Низькочастотні коливання ЕМГ становили в основній групі – до $697,0 \pm 0,8$ мкВ, групі порівняння – до $700,0 \pm 0,8$ мкВ; середньочастотні коливання ЕМГ становили в основній групі – до $248,0 \pm 1,2$ мкВ, групі порівняння – до $246,0 \pm 0,8$ мкВ; високочастотні коливання ЕМГ становили в основній групі – до $163,0 \pm 1,1$ мкВ, групі порівняння – до $160,0 \pm 0,6$ мкВ.

При лабораторному дослідженні сечі хворих було виявлено підвищений вміст уронових кислот у 2 рази порівняно з нормою (в основній групі – $8,36 \pm 0,28$ мг/добу; групі порівняння – $8,33 \pm 0,39$ мг/добу ($p > 0,05$)). Це загалом характерно для початкових дегенеративно-дистрофічних змін сполучної тканини та порушення амплітуди рухів у суглобах і хребті.

За даними опитувальника Мак-Гіла, пацієнти виокремлювали такі характеристики болю: при визначеному активному русі в шиї характерним було, для всіх пацієнтів, відчуття скутості й обмеження рухів (100%), стискальний (10%) і тупий (10%) біль; пацієнти з болем після статичного навантаження частіше використовували для описування болю такі характеристики як відчуття важкості (82%), скутості (24%), тягучий (18%) і ниючий (14%) біль. За шкалою ВАШ він становив в основній групі в середньому $5,47 \pm 0,5$ бала, а в групі порівняння — $5,53 \pm 0,39$ бала ($p > 0,05$); статистично ці показники не відрізнялися між собою.

При психологічному дослідженні пацієнтів з МФБС за тестом САН та анкетною Вейна встановлено високу частоту хронічного емоційного напруження у хворих, що свідчить про нестійкість психоемоційного стану і значну схильність до дії різних психологічних факторів. За анкетною якості життя Sf-36, профіль оцінки ЯЖ мав підйоми за шкалами психічне здоров'я (ПЗ) і соціальна активність (СА) та дещо знижені показники за шкалами роль фізичних проблем (РФ), життєва активність (ЖА), больовий синдром (БС), фізична активність (ФА) та роль емоційних проблем (РЕ).

Отримані результати функціонального стану деяких показників опорно-рухового апарату та психологічного стану хворих з МФБС дозволили визначити найважливіші проблеми, які виникали в пацієнтів цієї категорії, та однорідність груп. Вони стали основою для розробки програми комплексної фізичної реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей кожного, а також завдань, які ставляться перед фізичною реабілітацією на поліклінічному етапі.

У четвертому розділі **“Програма комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом”** подано зміст розробленої програми комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом.

Важливою складовою програми комплексної фізичної реабілітації було реабілітаційне обстеження, яке проводилося для визначення рівня рухових порушень та обмежень у пацієнтів, їх психологічного стану та якості життя. Одержані результати дозволили індивідуалізувати подальші реабілітаційні заходи.

Основні завдання фізичної реабілітації хворих з МФБС – це поліпшення якості життя хворих і повернення їх до суспільно активного життя. Для цього поставили низку спеціальних завдань:

- зниження міофасцікулярного гіпертонусу;
- зменшення больового синдрому;
- інактивація міофасціальних тригерних пунктів;
- усунення нейром'язової дисфункції;
- відновлення амплітуди рухів та сили уражених м'язів;
- поліпшення лімфо- та кровообігу, трофічних процесів;
- відновлення оптимального динамічного стереотипу;
- поліпшення психологічного стану.

Враховуючи виявлені порушення та основні аспекти генезису міофасціальної дисфункції, визначили три етапи реабілітаційного втручання –

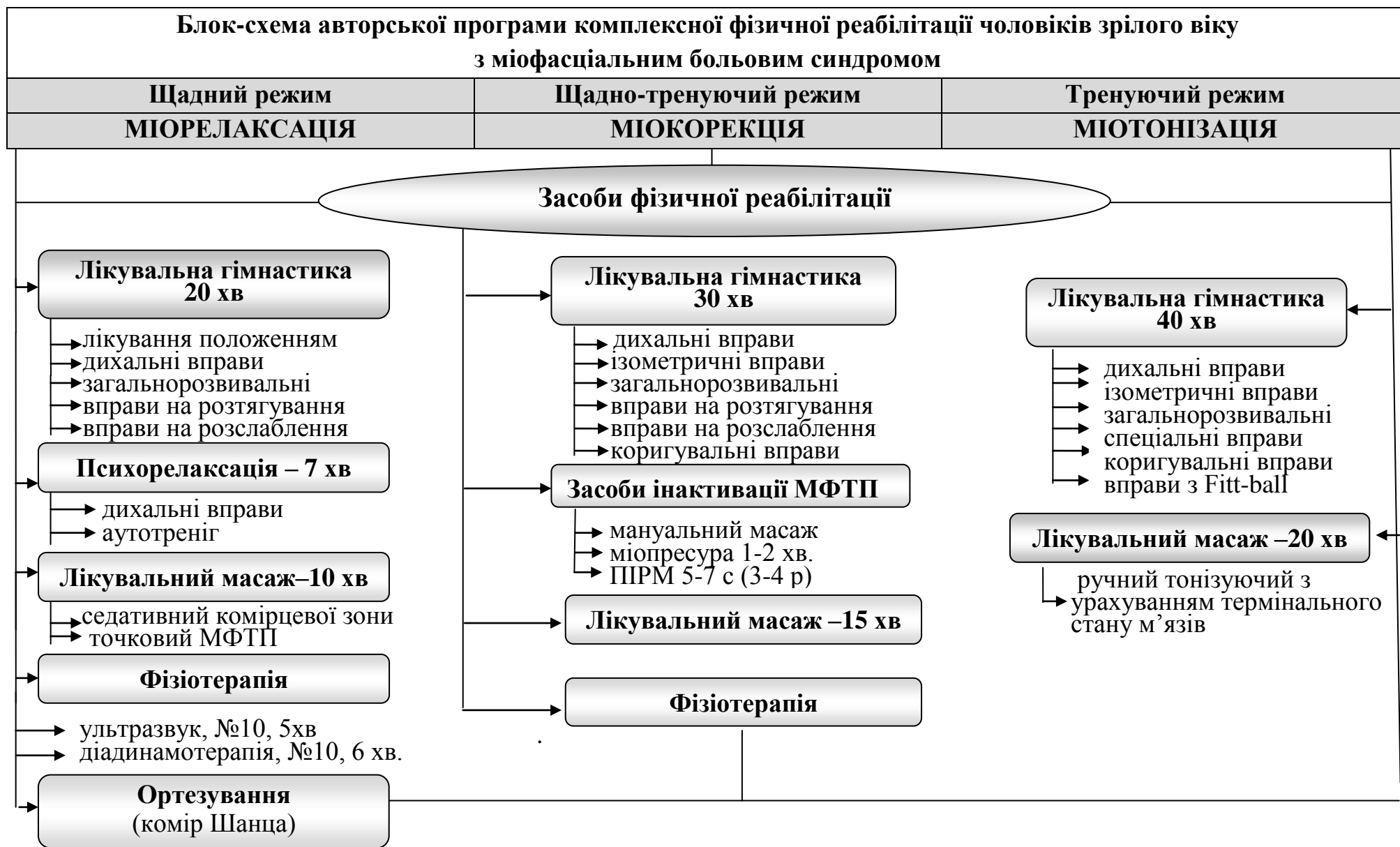


Рис. 1. Блок-схема авторської програми комплексної фізичної реабілітації

міорелаксація, міокорекція, міотонізація, які проводилися відповідно до режимів рухової активності для умов амбулаторно-поліклінічного лікування (рис. 1).

Фізична реабілітація в щадному режимі передбачала міорелаксацію, зниження больових відчуттів та попередню підготовку м'язово-зв'язкового апарату до фізичного навантаження. Для зменшення патологічної больової імпульсації, вирівнювання тону та релаксації спазмованих м'язів застосовувалися дихальні вправи, загальнорозвивальні, вправи на розтягування та довільне розслаблення м'язів, лікувальний масаж за седативною методикою, ортезування та фізіотерапія.

Седативний масаж проводили для психорелаксації в ділянці комірцевої зони за заспокійливою методикою в положенні пацієнта сидячи. Масаж не передбачав різкі рухи і прийоми переривчастої вібрації. Тривалість процедури становила 5–7 хв.

Щадно-тренуючий режим передбачав міокорекцію і був спрямований на інактивацію міофасціальних тригерних пунктів і створення оптимального рухового стереотипу. Завданнями цього етапу були відновлення нормального крово- і лімфообігу в ділянці патологічного вогнища, стимуляція регенеративно-репаративних процесів, усунення патобіомеханічних змін хребта і зміцнення м'язів. Засобами фізичної реабілітації на зазначеному етапі були фізичні вправи різного спрямування (загальнорозвивальні, на релаксацію, ізометричні, ізотонічні, коригувальні), лікувальний масаж, вправи постізометричної релаксації (ППР), ішемічна компресія з точковим масажем МФТП, фізіотерапія.

Тренуючий режим (міотонізація) стосувався закріплення нових статокінематичних установок. Завданнями цього етапу було – подальше зміцнення уражених м'язів для стабілізації хребта й відновлення оптимального динамічного стереотипу. До засобів фізичної реабілітації додавалися спеціальні фізичні вправи з дозованим опором і обтяженнями, з гімнастичними предметами, коригувальні вправи, вправи на Fitt-ball.

Окрім проведення фізичної реабілітації в лікарні, пацієнтам рекомендували виконувати спеціальний комплекс вправ під час самостійних занять удома чи на робочому місці, що доповнювало основні процедури та сприяло закріпленню їхнього ефекту.

У п'ятому розділі **“Результати впровадження програми комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом”** проаналізовано ефективність запропонованої програми комплексної фізичної реабілітації при повторному комплексному реабілітаційному обстеженні.

Порівнюючи середні арифметичні значення амплітуди рухів у шії пацієнтів обох груп протягом дослідження, ми отримали такі результати (табл.1): в основній групі та групі порівняння згинання в шийному відділі хребта становило $3,87 \pm 0,23$ см та $3,13 \pm 0,23$ см ($p < 0,05$) відбулися статистично вірогідні зміни; розгинання – $7,33 \pm 0,44$ см та $5,8 \pm 0,53$ см ($p < 0,05$); нахил голови вправо – $5,47 \pm 0,49$ см та $3,87 \pm 0,58$ см ($p < 0,05$); нахил голови вліво – $5,4 \pm 0,48$ см та $4,07 \pm 0,5$ см ($p < 0,05$); поворот голови праворуч – $7,33 \pm 0,53$ см та $5,8 \pm 0,32$ см; поворот голови ліворуч – $7,47 \pm 0,57$ см та $5,93 \pm 0,62$ см ($p < 0,05$). Загалом упродовж дослідження в основній групі та в групі порівняння результати амплітуди рухів шийного відділу хребта збільшились: у згинанні – на 3 5% та 18,2%; розгинанні – на 26,6% та 6,7%;

нахилі голови вправо – на 35,6% та 9,5%; нахилі голови вліво – на 33,3% та 9,5%; повороті голови праворуч – на 25% та 7,5%; повороті голови ліворуч – на 25% та 7,5%.

Таблиця 1

Результати зміни показників амплітуди рухів шийного відділу хребта пацієнтів основної групи і групи порівняння впродовж дослідження

Рух	Група	Результати вимірювань				Різниця між ГО і ГП	
		До реабіліт.	Після реабіліт.	t	P	t	P
		M±m	M±m				
Згинання голови	ОГ	2,47±0,49	3,87±0,23	8,8	< 0,05	6,2	< 0,05
	ГП	2,4 ± 0,48	3,13±0,23	4,9	< 0,05		
Розгинання голови	ОГ	5,2 ± 0,64	7,33±0,44	9,3	< 0,05	7,3	< 0,05
	ГП	5,27±0,68	5,8 ± 0,53	2,0	< 0,05		
Нахил голови вправо	ОГ	3,33±0,53	5,47±0,49	10,7	< 0,05	7,0	< 0,05
	ГП	3,3 ± 0,59	3,87±0,58	2,3	> 0,05		
Нахил голови вліво	ОГ	3,4 ± 0,48	5,4±0,48	11,1	< 0,05	6,0	< 0,05
	ГП	3,5 ± 0,49	4,07 ± 0,5	2,5	> 0,05		
Поворот голови праворуч	ОГ	5,33±0,93	7,33±0,53	9,1	< 0,05	8,1	< 0,05
	ГП	5,2 ± 0,53	5,8 ± 0,32	3,0	< 0,05		
Поворот голови ліворуч	ОГ	5,47±0,57	7,47±0,57	8,7	< 0,05	5,9	< 0,05
	ГП	5,33±0,93	5,93±0,62	1,8	> 0,05		

Аналіз показників тону м'язів, відображених на рис. 2, показав, що після проведеного курсу фізичної реабілітації постуральний дисбаланс тону м'язів, характерний для пацієнтів з МФБС, у хворих основної групи і групи порівняння статистично достовірно ($p < 0,05$) зменшився.

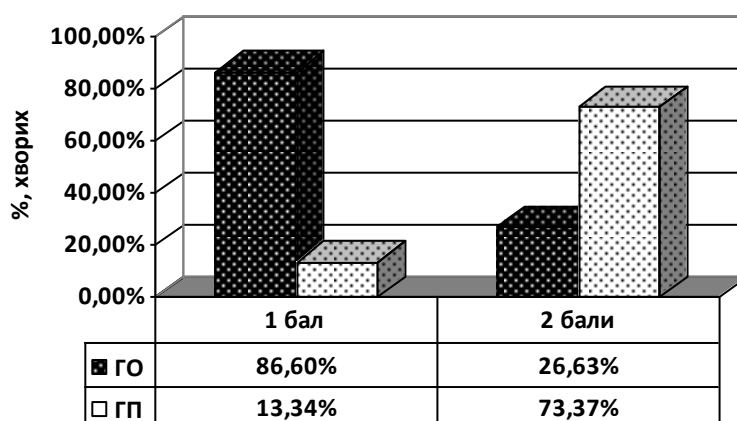


Рис.2. Зміна показників м'язового напруження при пальпації в пацієнтів основної групи (n=15) і групи порівняння (n=15) після фізичної реабілітації

Зменшення дисбалансу тону м'язів було інтенсивнішим у представників основної групи, де у більшості пацієнтів (86,6%) пальпувалися м'які й еластичні м'язи, що, за шкалою О.Г. Когана, відповідало 1 балові. У представників групи порівняння, які лікувалися за традиційною схемою, цей показник спостерігався лише у 13,34% хворих. Таке поліпшення показників тону м'язів у пацієнтів основної групи пов'язано з використанням у програмі комплексної фізичної реабілітації специфічних методик інактивації міофасціальних тригерних пунктів, що дало можливість ефективно зменшити постуральний дисбаланс тону м'язів уражених ділянок тіла і нормалізувати функцію м'язової системи хворих.

За період фізичної реабілітації інактивація міофасціальних тригерних точок була досягнута в хворих основної групи в дещо більшому відсотку (71,4%), ніж у пацієнтів групи порівняння (35,7%). Це свідчить про ефективність використаної авторської реабілітаційної програми та специфічних її засобів для усунення регіонального м'язового дисбалансу і міофасцикулярного гіпертону (рис. 3).

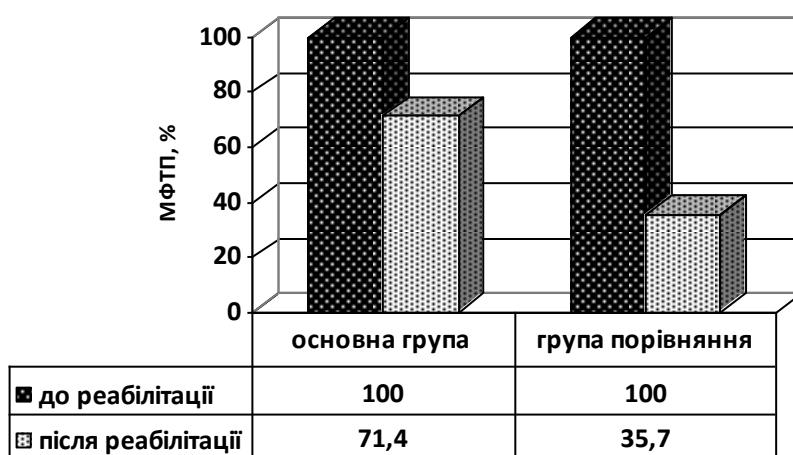


Рис. 3. Динаміка наявності МФТП у пацієнтів основної групи (n=15) і групи порівняння (n=15)

Проаналізувавши динаміку повторно отриманих спектральних показників електроміографії м'язів ший в пацієнтів обох груп, що проходили реабілітацію, було зазначено деяку різницю потужності спектральних компонентів ЕМГ. У пацієнтів основної групи з міофасціальним больовим синдромом спостерігалися суттєвіші зміни спектральних компонентів у бік нормалізації порівняно з хворими групи порівняння ($p < 0,05$), де спостерігалася більш виражена спонтанна тонічна активність м'язів, що вказувало на залучення у процес рухових аксонів спинномозкових корінців (тобто тонічна активність була ознакою явищ денервації, що свідчить про тривалий патологічний процес та елементи порушення нервової регуляції м'язової діяльності).

Статистичний аналіз біохімічних показників сечі у хворих після реабілітаційних заходів показав, що вміст уронових кислот зменшився в основній групі на 79,2%: з $8,36 \pm 0,28$ мг/добу до $4,7 \pm 0,16$ мг/добу; у пацієнтів групи порівняння – лише на 47,2%: з $8,33 \pm 0,39$ мг/добу до $5,7 \pm 0,49$ мг/добу ($p < 0,05$). Рівень фосфору в основній і в контрольній групах не змінювався, але вміст кальцію

в контрольній групі мав тенденцію до зростання порівняно з даними на початку реабілітації. У пацієнтів основної групи вміст кальцію зріс зі $182,6 \pm 2,45$ мг/добу до $229,6 \pm 2,0$ мг/добу; у пацієнтів групи порівняння – зі $186,8 \pm 5,14$ мг/добу до $227,4 \pm 1,31$ мг/добу, що пов'язано з розсмоктуванням остеоміофіброзу та відкладенням надлишків кальційфосфатних солей у тканинах опорно-рухового апарату, зокрема в м'язах та фасціях. Проте вміст кальцію за межі референтної норми не виходив, оскільки поліпшився стан сполучної тканини і відповідно амплітуда рухів у хребцево-рухових сегментах шийного відділу хребта.

За час дослідження в основній групі біль зменшився на 78%, з $5,47 \pm 0,5$ бала до $1,2 \pm 0,32$ бала, а в групі порівняння – лише на 42%, з $5,53 \pm 0,39$ бала до $3,2 \pm 0,53$ бала (рис. 4).

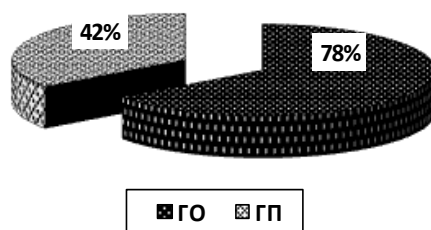


Рис. 4. Зміна показників больового синдрому за ВАШ у пацієнтів основної групи (n=15) та групи порівняння (n=15)

Оцінювання болю за шкалою Мак-Гіла показало, що в пацієнтів основної групи сенсорна складова больового синдрому знизилася на 56%, а в пацієнтів групи порівняння – лише на 36%; афективна складова болю в пацієнтів основної групи знизилася на 53%, а в пацієнтів групи порівняння – лише на 25%.

Аналіз результатів психологічного тестування свідчить про те, що показники САН у хворих основної групи істотно поліпшилися ($p < 0,01$), а у хворих групи порівняння спостерігався лише суттєвий результат за показником активності ($p < 0,05$). Після проведених реабілітаційних заходів за всіма показниками шкали САН (самопочуття, активність, настрій) статична різниця між групою порівняння та основною групою була достовірною ($p < 0,01$) (табл. 2).

Таблиця 2

Результати психологічного тестування за шкалою САН у хворих основної групи та групи порівняння

Тест	Групи	N	Результати тестування (в балах)			
			До реаб.	Після реаб.	UMW	P
			медіана	медіана		
Шкала САН (самопочуття)	ГО	15	3,0	5,2	0	< 0,01
	ГП	15	3,2	3,7	15,0	< 0,05
Шкала САН (активність)	ГО	15	3,1	5,1	0	< 0,01
	ГП	15	3,2	4,2	1,0	< 0,01
Шкала САН (настрій)	ГО	15	3,1	5,2	0	< 0,01
	ГП	15	3,3	3,9	46,5	< 0,05

У процесі фізичної реабілітації хворих з МФБС виявлено також суттєве зниження частоти вегетативних порушень у пацієнтів основної групи за анкетною Вейна. Аналіз отриманих показників після впровадження експериментальної програми фізичної реабілітації хворих з МФБС виявив, що вегетативні розлади у хворих основної групи істотно досягли межі норми (середні значення за шкалою Вейна до реабілітації – 23 бали, після – 7 балів, $p < 0,01$), на відміну від хворих групи порівняння, де вони залишилися на достатньо високому рівні (середні значення за цією шкалою до реабілітації – 23 бали, після – 15 балів, $p < 0,05$).

Застосування засобів фізичної реабілітації за авторською програмою сприяло вірогідно більшому поліпшенню рівня якості життя за опитувальником SF-36. Як видно з рис.5, під час повторного обстеження ми виявили, що ступінь порушення психологічного компоненту здоров'я у пацієнтів основної групи зменшився до 37,77%, у групі порівняння – до 52,7% ($p < 0,05$); ступінь порушення фізичного компоненту здоров'я у пацієнтів основної групи зменшився до 45,54%, у групі порівняння – до 59,21% ($p < 0,05$).

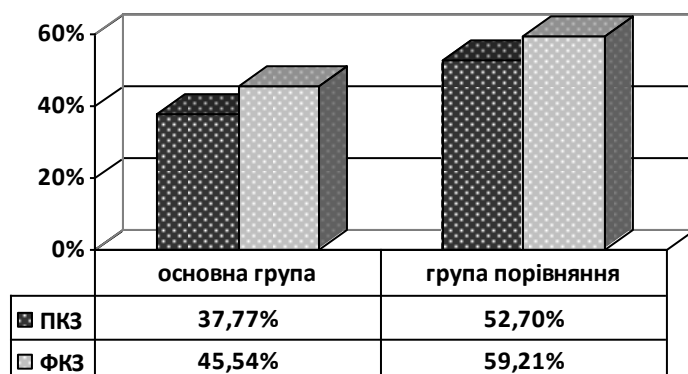


Рис.5. Порівняння показників якості життя хворих обох груп після фізичної реабілітації за опитувальником SF-36

Примітка. ПКЗ – психологічний компонент здоров'я, ФКЗ – фізичний компонент здоров'я.

Отже, зменшення болю, усунення регіонального м'язового дисбалансу та інактивація міофасціальних тригерних пунктів, відновлення рухових можливостей шийного відділу хребта і поліпшення психологічного стану пацієнтів після застосування авторської програми комплексної фізичної реабілітації стали основними ознаками клінічного одужування пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом. Цей факт свідчить про те, що відновлення працездатності пацієнтів, повернення їх до професійної та побутової діяльності в основній групі майже вдвічі більше, ніж у групі порівняння. Це результат, якого ми намагалися досягти, запропонувавши авторську програму фізичної реабілітації.

У шостому розділі “**Обговорення результатів дослідження**” проаналізовано три групи отриманих результатів: підтверджувальні дані; результати, що доповнюють наявні розробки; нові результати щодо проблематики, яка вивчалася.

Результати наших досліджень *підтверджують* дані Д.М. Стояновського (2000), Г.А. Іванічева (2002), В.А. Епіфанова (2005), В.В. Поворознюка (2005), В.М. Шеваги (2009) про те, що найбільша кількість пацієнтів з міофасціальними больовими синдромами в ділянці спини та шиї належить до найбільш соціально-

активної вікової групи 35–50 років.

Підтверджено дані А.М. Вейна (1999), Г.А. Іванічева (2002), Дж.Г. Травел, Д.Г. Сімонса (2005), А.В. Стефаніді (2009), що головну роль у виникненні больового синдрому в різних ділянках тіла відіграють міофасціальні тригерні пункти – зони підвищеної чутливості в межах напружених пучків скелетних м'язів або фасції, які супроводжуються вегетативними розладами.

Підтверджено дані А.А. Ярошевського (2004), Г.К. Голямалі (2005), Л.М. Ціж (2007), С.М. Попова (2009), Н.В. Балабанової (2009) щодо локалізації захворювання, функціонального стану опорно-рухового апарату осіб з міофасціальними больовими синдромами, що зумовлено передусім наявністю болю. Больові відчуття, обмеження рухливості уражених ділянок тіла, регіональний м'язовий дисбаланс і вегетативні й психологічні порушення є основними клінічними проявами, що погіршують якість життя хворих цієї категорії, які ми виявили під час реабілітаційного обстеження.

Результати дослідження підтверджують висновки, наведені у працях деяких авторів, стосовно позитивного впливу заходів фізичної реабілітації на функціональний стан опорно-рухового апарату ортопедичних та вертеброневрологічних хворих (В.А. Епіфанов, 2005; І.М. Башкін, 2005; О.К. Марченко, 2006; В.Я. Фіщенко, І.В. Рой, 2007; В.М. Мухін, 2009).

Доповнено відомості про особливості зміни функціонального стану опорно-рухового апарату та психологічного стану пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом у шії й плечолопатковій ділянці, які виникають під впливом фізичних навантажень (К. Lewit, 1993; М. Kankanra, S. Talmela, 1999; W. Hanten, S. Olsen, 2000; М. Krause, 2000; І.З. Самосюк, 2004; В.А. Челноков, 2005; Г.К. Голямалі, 2005; С.М. Попов, 2009). Зокрема, застосування лікування положенням, психорелаксації, ішемічної компресії, постізометричної релаксації м'язів, лікувальної гімнастики сприяло зменшенню больових відчуттів, ригідності м'язів, психологічної тривоги та збільшенню амплітуди рухів у шії.

Доповнено результати, які отримали Ю.Л. Шевченко (2000), А.Н. Бєлова, О.М. Щепетов (2002), В.Н. Григорьєва (2004), О.В. Стефаніді (2009), про взаємозв'язок між емоційною дезадаптацією, клінічними проявами захворювання та обмеженням життєдіяльності пацієнтів з різними міофасціальними больовими синдромами та про введення в лікувально-реабілітаційні комплекси для хворих цієї категорії відновних психорелаксаційних засобів.

Уперше розроблено авторську програму комплексної фізичної реабілітації для чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом, яка спрямована на оптимізацію різних ланок системи регуляції рухів сучасними засобами для міорелаксації, міокорекції та міотонізації локомоторної системи.

Обґрунтовано послідовність здійснення заходів реабілітаційного процесу, що передбачає добір відповідних методів обстеження для виявлення наявних порушень та обмежень функціонального стану пацієнта, визначення завдань та добір засобів фізичної реабілітації, що забезпечує індивідуалізацію реабілітаційного процесу, відповідно до характеру захворювання та загального стану пацієнта, проведення реабілітаційних заходів та оцінювання ефективності програми.

Результати дослідження засвідчили ефективність упровадженої авторської програми комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом, що дає підставу рекомендувати її до застосування у практичній роботі лікувально-профілактичних закладів відповідного профілю.

Перспективу подальшого дослідження вбачаємо у розробці програми фізичної реабілітації для відновлення працездатності спортсменів при міофасціальній дисфункції.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз спеціальної літератури та узагальнення досвіду фізичної реабілітації у відновному лікуванні хворих з міофасціальною дисфункцією дозволили зробити висновок про те, що більшість дослідників схиляється до думки про застосування комплексної фізичної реабілітації з використанням різноманітних засобів, які сприяють зменшенню болю, м'язового спазму, розвантаженню хребта та усуненню рухових дисфункцій. Не менш важливою для хворих цієї категорії є розробка комплексної диференційованої програми реабілітації відповідно до особливостей генезису міофасціальної дисфункції, що включає: спеціальні фізичні вправи, специфічні засоби інактивації міофасціальних тригерних пунктів, лікувальний масаж, фізіотерапевтичні процедури, ортопедичні засоби. Комплексне застосування яких не мало повного відображення в досліджуваних публікаціях, що й визначає актуальність дисертаційної роботи.

2. Проведені дослідження окремих показників функціонального стану опорно-рухового апарату хворих з міофасціальним больовим синдромом показали, що достовірної різниці між ними в основній і порівняльній групах не було виявлено. У всіх 30 хворих спостерігалися порушення регуляції діяльності м'язів голови, шиї й плечового поясу, внаслідок порушення аферентації із тригерних пунктів, що приводило до активації больових рецепторів і патологічної активності міотонічного рефлексу, функціональної слабкості уражених м'язів і порушення амплітуди рухів у шийному відділі хребта. Показники болю становили в середньому $5,47 \pm 0,5$ балів у основній групі та $5,53 \pm 0,39$ балів у групі порівняння за візуально-аналоговою шкалою. Згинання в шийному відділі хребта було обмежене на 60% ; розгинання – на 65%; нахил голови вліво – на 58%; нахил голови вправо – на 55%; поворот голови праворуч – на 66%; поворот голови ліворуч – на 68% від показників норми. Результати психологічного дослідження за тестом САН (самопочуття, активність, настрій) та анкетною Вейна показали високу частоту хронічного емоційного напруження у хворих обох груп, що свідчило про нестійкість їхнього психоемоційного стану і значну схильність до дії різних психологічних факторів. Дослідження рівня якості життя за опитувальником Sf-36 свідчило про відхилення від норми в різних сферах життєдіяльності людини, які складають психологічний та фізичний компоненти здоров'я. В основній групі ступінь порушення психологічного компоненту здоров'я становив 55,37%, у групі порівняння – 55,26% зі ста можливих. Порушення фізичного компоненту здоров'я в основній групі становило 61,63%, у групі порівняння – 61,65% зі ста можливих.

3. Отримані результати функціонального стану деяких показників опорно-рухового апарату та психологічного стану хворих з міофасціальним больовим

синдромом дозволили визначити найважливіші проблеми, які виникали у пацієнтів цієї категорії. Вони стали основою для розробки програми комплексної фізичної реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта, а також завдань, які ставляться перед фізичною реабілітацією на поліклінічному етапі. Розроблена програма комплексної фізичної реабілітації передбачала використання наступних засобів: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, психорелаксація (дихальні вправи, корекція положенням, седативний масаж комірцевої зони, аутотренінг), специфічні методи й засоби, спрямовані на інактивізацію міофасціальних тригерних пунктів та регіонального м'язового дисбалансу (мануальний масаж, ішемічна компресія, постізометрична релаксація м'язів).

4. Застосування авторської програми комплексної фізичної реабілітації дозволило отримати позитивні зміни функціонального стану опорно-рухового апарату пацієнтів, а саме шийного відділу хребта. В основній групі та групі порівняння амплітуда руху згинання шийного відділу хребта зросла на 35% та 18,2% відповідно; розгинання – на 26,6% та 6,7% відповідно; нахилі голови вправо – на 35,6% та 9,5% відповідно; нахилі голови вліво – на 33,3% та 9,5% відповідно; повороті голови праворуч – на 25% та 7,5% відповідно; повороті голови ліворуч – на 25% та 7,5% ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи (86,6%) пальпувалися м'які й еластичні м'язи, а в представників групи порівняння цей показник спостерігався у 13,34% хворих ($p < 0,05$). Апробація авторської програми також сприяла кращій динаміці регресу больового синдрому, інактивізація міофасціальних тригерних пунктів становила у хворих основної групи – 71,4%, у пацієнтів групи порівняння – 35,7% ($p < 0,05$). Це дало можливість зменшити біль у пацієнтів основної групи на 78%: з $5,47 \pm 0,5$ бала до $1,2 \pm 0,32$ бала; у групі порівняння – на 42%: з $5,53 \pm 0,39$ бала до $3,2 \pm 0,53$ бала ($p < 0,05$).

5. Доведено, що впровадження програми комплексної фізичної реабілітації позитивно вплинуло на психологічний стан хворих та рівень якості життя, що підтверджують результати анкети САН та опитувальника SF-36. Досліджувані показники в основній групі були вірогідно кращими, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$), що свідчить про підвищення психоемоційної стабільності хворих. Зменшився ступінь порушення психологічного компоненту здоров'я у пацієнтів основної групи до 37,77%, у групі порівняння – до 52,7% ($p < 0,05$). Ступінь порушення фізичного компоненту здоров'я у пацієнтів основної групи зменшився до 45,54%, у групі порівняння – до 59,21% ($p < 0,05$).

6. Проведені дослідження доводять, що авторська програма комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку, дозволяє швидше відновити рухову активність та забезпечити вищий рівень психологічної та соціальної адаптації хворих цієї категорії. Вона може бути рекомендована для використання у спеціалізованих закладах, які займаються фізичною реабілітацією хворих з зазначеною нозологією. Розроблені практичні рекомендації для фахівців фізичної реабілітації сприятимуть індивідуалізації процесу фізичної реабілітації та підвищенню ефективності проведення занять з пацієнтами з міофасціальними больовими синдромами у шиї та плечолопатковій ділянці.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Публікації у фахових виданнях, затверджених ВАК України

1. Осіпов В.М. До питань фізичної реабілітації при міофасціальному больовому синдромі / В.М.Осіпов // Молода спортивна наука України: зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2007. – Вип. 11, т. 2. – С. 264-268.

2. Осіпов В.М. Мануальний масаж як засіб фізичної реабілітації при міофасціальному больовому синдромі / В.М.Осіпов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наукова монографія / за ред. проф. С.С.Єрмакова. – Харків, 2007. – № 6. – С. 214-215.

3. Осіпов В.М. Особливості функціонального стану опорно-рухового апарату пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом / В.М.Осіпов // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. – Л., 2008. – Вип. 12, т. 3. – С. 167-172.

4. Осіпов В.М. Особливості функціонального стану нервово-м'язового апарату пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом / В.М.Осіпов // Теорія та методика фізичного виховання: наук.-метод. журн. – Харків. – 2008. – № 3. – С. 39-42.

5. Осіпов В.М. Якість життя хворих з міофасціальним больовим синдромом / В.М.Осіпов // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. – Івано-Франківськ, 2008. – Вип. VI. – С. 27-32.

6. Осіпов В.М. Особливості психологічного стану пацієнтів, які страждають на міофасціальний больовий синдром / В.М.Осіпов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наукова монографія / за ред. проф. С.С.Єрмакова. – Харків, 2008. – С. 92–94.

7. Осіпов В.М. Особливості побудови програми фізичної реабілітації для пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом / В.М.Осіпов // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наукова монографія / за ред. проф. С.С. Єрмакова. – Харків, 2008. – № 8. – С. 114–117.

8. Осіпов В.М. Динаміка функціонального стану опорно-рухового апарату у пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом у процесі фізичної реабілітації / В.М.Осіпов, О.А.Мерзлікіна // Спортивний вісник Придніпров'я. – №3-4. – 2008. – С. 238–242. (*Особистий внесок здобувача полягає у здійсненні дослідження, узагальненні результатів та описі їх особливостей*).

9. Осіпов В.М. Застосування мануальної терапії у комплексі фізичної реабілітації пацієнтів із міофасціальною дисфункцією / В.М.Осіпов // Теорія і методика фізичного виховання і спорту: наук.-теорет. журн. Нац. ун-ту фіз. виховання і спорту України. – 2008. – № 1. – С. 51-55.

Публікації в інших виданнях

10. Осіпов В.М. Лікувально-реабілітаційні заходи для хворих з міофасціальним больовим синдромом. Метод. рекомендації / В.М.Осіпов, О.А.Мерзлікіна. – Бердянськ : БДПУ, 2008. – 46 с.

11. Осіпов В.М. Комплексна фізична реабілітація хворих з міофасціальним больовим синдромом / В.М. Осіпов // Проблеми здоров'я і перспективи розвитку спорту, фізичного виховання молоді у сучасному світі: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. – Бердянськ, 2009. – С. 255–257.

АНОТАЦІЇ

Осіпов В.М. Комплексна фізична реабілітація чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з фізичного виховання та спорту за спеціальністю 24.00.03 – фізична реабілітація. – Львівський державний університет фізичної культури, м. Львів, 2010.

У дисертації вперше розроблено й апробовано авторську програму комплексної фізичної реабілітації чоловіків зрілого віку з міофасціальним больовим синдромом, яка дозволяє ефективно усунути больові міофасціальні тригерні пункти, зняти м'язовий спазм, збільшити об'єм рухів і силу м'язів уражених ділянок опорно-рухового апарату і водночас поліпшити рівень якості життя хворих.

Досліджено вплив запропонованої авторської програми фізичної реабілітації, яка, окрім лікувальної фізкультури, передбачає психорелаксаційні заходи, методіку ішемічної компресії, спрямовану на інактивіацію міофасціальних тригерних пунктів, корекцію положенням, мануальний масаж з елементами постізометричної релаксації для спазмованих м'язів. Одержані результати свідчать про ефективність застосування авторської програми у процесі реабілітації хворих з міофасціальним больовим синдромом.

Ключові слова: міофасціальний больовий синдром, чоловіки зрілого віку, фізична реабілітація, тригерні пункти, м'язовий спазм, масаж.

Осипов В.Н. Комплексная физическая реабилитация мужчин зрелого возраста с миофасциальным болевым синдромом. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата наук по физическому воспитанию и спорту по специальности 24.00.03 – физическая реабилитация. – Львовский государственный университет физической культуры, г. Львов, 2010.

Диссертационная работа посвящена проблеме физической реабилитации мужчин зрелого возраста с миофасциальным болевым синдромом.

Цель исследования состояла в обосновании и разработке авторской программы комплексной физической реабилитации мужчин зрелого возраста с миофасциальным болевым синдромом.

Научная новизна исследования: впервые доказано, что применение комплексной физической реабилитации для мужчин зрелого возраста с миофасциальным болевым синдромом, которая учитывает современные средства восстановительного лечения и предусматривает дифференцированный подход к решению двигательных проблем пациентов соответственно этапам генезиса миофасциальной дисфункции (миорелаксация, миокоррекция, миотонизация), способствовало достоверно высшему уровню устранения миофасциальных тригерных пунктов, уменьшению мышечного гипертонуса и боли, увеличению объема движений и силы мышц пораженных участков опорно-двигательного аппарата и вместе с тем улучшению качества жизни больных.

Научно обосновано содержание программы комплексной физической реабилитации, которая предусматривала, кроме лечебной физической культуры, специфические методы и средства для инактивации миофасциальных тригерных

пунктов (психорелаксация, ишемическая компрессия, постизометрическая релаксация, массаж) с учетом функциональных и психологических нарушений у больных.

Дополнены научные данные о клинико-биомеханических, функциональных и психологических нарушениях у мужчин зрелого возраста с миофасциальным болевым синдромом под влиянием реабилитационных мероприятий. Уточнены данные относительно компонентов реабилитационного обследования пациентов этой категории.

В первом разделе проанализировано и обобщено специальную научно-методическую литературу, которая касается характеристики миофасциального болевого синдрома и клинико-биомеханических особенностей миофасциального болевого синдрома в области шеи, освещены современные подходы к физической реабилитации больных с миофасциальным болевым синдромом.

Во втором разделе содержится перечень и характеристика методов диссертационного исследования, описаны этапы исследования.

В третьем разделе представлены результаты исследования некоторых показателей функционального состояния опорно-двигательного аппарата и психологического состояния лиц с миофасциальным болевым синдромом шейной локализации.

Четвертый раздел посвящен описанию содержания разработанной программы комплексной физической реабилитации мужчин зрелого возраста с миофасциальным болевым синдромом, которая, кроме комплекса физических упражнений, включала психорелаксационные средства, методику ишемической компрессии, коррекцию положением, массаж с элементами постизометрической релаксации для спазмируемых мышц.

В пятом разделе представлено воздействие предложенной авторской программы на показатели функционального состояния опорно-двигательного аппарата и психологического состояния больных. Полученные результаты свидетельствовали об эффективности применения разработанной программы в процессе реабилитации данного контингента больных.

В шестом разделе обобщены результаты исследования и дана характеристика трех основных групп данных.

Ключевые слова: миофасциальный болевой синдром, мужчины зрелого возраста, физическая реабилитация, триггерные точки, мышечный спазм, массаж.

Osipov V.N. Complex physical rehabilitation for men of mature age suffered from myofascial pain syndrome. – Manuscript.

Dissertation for gaining scientific degree of candidate in physical training and sport on speciality 24.00.03 – Physical rehabilitation. – Lviv State University of Physical Training, Lviv, 2010.

In dissertation the approved author program of complex physical rehabilitation of men of mature age with a miofascial pain syndrome is first developed, which allows effectively to remove pain miofascial trigger points, to take off a muscular spasm, to multiply the volume of motions and force of muscles of the staggered areas of locomotor

apparatus and at the same time to improve the level of quality of life of patients. In the process of physical rehabilitation of patients with a miofascial pain syndrome, except for the complex of physical gymnastics, in the program of medical treatment the receptions of method of ischemic compression, directed on inactivation miofascial trigger points, correction of position, and also choice of initial positions, psychotherapeutic treatment, massage technique of post-isometrical relaxation for spazmed muscles. Given the tasks, we proposed the following stages of physical rehabilitation of men of mature age with myofascial pain syndrome: miorelaxation, miokorektion, miotonization.

Miorelaxation provided preconditioned musculo-ligamentous system to physical load and included unloading the cervical spine, correction of the situation, sedative massage, psihorelaksation. Miokorektion included inactivation of myofascial trigger points, elimination of neuromuscular dysfunction and pathobiomechanical changes of locomotor apparatus. At this stage, physical rehabilitation, used the following tools: classic massage, stretching, miopresura (ischemic compression), postisometric muscle relaxation, relaxation exercises. Miotonization included strengthening the neck muscles and shoulder girdle, restoring range of motion in the neck and the optimal dynamic stereotype. For this purpose, use such means of rehabilitation: general developmental exercise, aimed at strengthening the muscles of the torso and limbs, and the restoration of normal posture, special physical exercises aimed at restoring the mobility of the cervical spine (dynamic, isometric, with a measured resistance) exercises Fitt-ball; invigorating massage.

The performed analysis of variance showed that the core group of patients throughout all phases of the study were held statistically significant changes ($p < 0,05$), which confirms the efficacy of physical rehabilitation programs through an integrated use of its funds, which resulted in a significant decrease muscle spasm, thereby reducing pain and improve functional capabilities of musculoskeletal system.

Key words: miofascial pain syndrome, men of mature age, physical rehabilitation, trigger points, muscular spasm, massage.