

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У РАЗІ МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Ігор ВІЛІНСЬКИЙ

*Львівський державний університет фізичної культури
імені Івана Боберського, м. Львів, Україна*

Вступ. Біль у спині є однією з найчастіших скарг пацієнтів. Понад 70–80% населення неодноразово стикалися з цією проблемою. Міофасціальний больовий синдром (МФБС) – один з важливих клінічних проявів у структурі захворювань і пошкоджень опорно-рухового апарату. Такий патологічний стан, як правило, – це прояв первинної дисфункції міофасціальних тканин (м'язи, фасції). Вони можуть розвиватися на основі рефлексорних м'язово-тонічних синдромів, ускладнюючи їх перебіг [1, 2].

Якість життя пацієнта залежить від правильного діагностування та своєчасної терапії.

Мета та завдання дослідження – вивчити та проаналізувати етіологію, основні симптоми й сучасні підходи фізичної терапії у разі МФБС. Методи дослідження – аналіз та узагальнення даних наукової та методичної літератури.

Результати. Міофасціальний больовий синдром є досить поширеним явищем, що спричиняє часті загострення й обмежує фізичну активність у осіб найбільш працездатного віку 30–50 років, отже, завдає значних економічних збитків суспільству у вигляді втрат, пов'язаних із виробничою непрацездатністю, а також витрат на лікування хворих [1, 4].

Для діагностування МФС розрізняють великі й малі критерії:

Великі (обов'язкові): скарги на регіональний біль, наявність тугого тяжу в м'язі під час пальпації, ділянка підвищеної чутливості в межах тугого тяжу, характерний патерн відображеного болю або розладів чутливості (парестезій), обмеження об'єму рухів.

Малі критерії (можуть змінюватися, але необхідна наявність хоча б одного із трьох): виникнення болю чи розладів чутливості у разі стимуляції (пальпації) тригерних точок, локальне скорочення за пальпації тригерних точок, зменшення болю у разі розтягнення м'яза або ін'єкції в місце ураження.

За МФС завжди наявна тригерна точка, яка під час масажу впродовж близько 10 с відображає біль, скорочення або різке зменшення болю після ін'єкції в це місце. Ще одним методом для підтвердження діагнозу слугує спонтанна активність за результатами електроміографії: можна побачити спайки, на тлі низькоамплітудної електроміографії контакт з голкою асоційований із локальним та віддаленим болем (Hong, 1998).

Велика поширеність м'язових болів, їх поліетіологічність, відсутність радикальних методів лікування роблять актуальною проблему ефективної фізичної терапії цього синдрому. В науковій літературі існують відомі способи терапії міофасціальних болів шляхом розтягування м'язів, охолодження або прогрівання їх, ін'єкцій анестетиків, електростимуляції тригерних точок, лазеротерапії і застосування інших фізичних чинників [1, 4].

Найбільш фундаментальним дослідженням міофасціального больового синдрому стала праця Д. Тревелла і Д. Сімонса [3]. Загальне визнання отримали запропоновані вченими терміни «міофасціальний больовий синдром» і «тригерні точки» (від англ. «trigger» – гачок, як куля під час спуску гачка вражає мішень, так активація тригерної точки викликає біль у віддалених від неї зонах) [1, 2, 3].

Першим українським дослідником, який звернув увагу на проблему міофасціального больового синдрому, був видатний невролог Я. Ю. Попелянський, який описав двостадійний

процес формування міофасціальних тригерних точок: нейром'язову дисфункцію з подальшим формуванням дистрофічних змін [1, 5].

Роботу в цьому напрямку продовжив учень професора Я. Ю. Попелянського Г. А. Іванічев, який обґрунтував ініціальні значення спотворення пропріоцепції з ділянки локального м'язового гіпертонусу з подальшим формуванням зони міофібрози [2]. Для позначення локальних ділянок підвищення м'язового тонусу Г. А. Іванічев [2] запропонував термін «хворобливе м'язове ущільнення», ідентичний поняттю «міофасціальна тригерна точка».

Висновок. Незважаючи на численну кількість методик фізичної терапії хворих на МФБС різної локалізації, питання про їх ефективність залишається відкритим. Наявні на сьогодні методи реабілітації характеризуються як тимчасові з коротким терміном ефективності і не виключають частих рецидивів. Тож пошук доцільних методів діагностування та розроблення ефективної комплексної програми фізичної терапії для осіб з МФБС є актуальним науковим напрямком сьогодення.

Ключові слова: міофасціальний больовий синдром, фізична терапія, методи.

Список використаної джерел

1. Зозуля І. С., Бредихін А. В., Бредихін К. А. Про сенсорно-м'язово-тонічний (міофасціальний) синдром та його лікування. Міжнародний неврологічний журнал. 2009. № 6 (28). С. 8–10.
2. Клименко О. В., Головченко Ю. І., Каліщук-Слободин Т. М. Структура дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта: клініка, діагностика, лікування. Consillium Medium. Ukraina. 2008. Т. 2, № 11. С. 23–25.
3. Трэвелл Д., Симонс Д. Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по триггерным точкам. В 2 т. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2005.
4. Borg-Stein J., Simons D. Focused review: myofascial pain. Arch Phys Med Rehabil. 2002. № 83, p. 48–S49.
5. Simons D. G. New views of myofascial trigger points: etiology and diagnosis. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2008. Vol. 89. № 1. P. 157–159.