

*Тетяна Христова, Володимир Соболев*

*(Мелітополь, Україна)*

**СИСТЕМА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ З  
МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ  
ХРЕБТА**

*Охарактеризовано складові комплексної програми фізичного виховання та реабілітації людей зрілого віку з явищами гіпермобільності хребетно-рухового сегменту в шийному відділі хребта. Встановлено, що в клієнтів основної групи відбулося достовірне зниження больового синдрому, підвищення показників психоемоційного стану. Показник якості життя в клієнтів основної групи покращився на 50%, контрольної – на 29%.*

**Ключові слова:** *фізичне виховання, реабілітація, міофасціальний больовий синдром, зрілий вік*

*The components of the complex program of physical education and rehabilitation of the mature age with phenomena of hypermobility of the vertebral-motor segment in the cervical spine of the spine are characterized. It was established that the clients of the main group experienced a significant decrease in the pain syndrome, an increase in the psycho-emotional state. The indicator of quality of life in the clients of the main group has improved by 50%, control - by 29%.*

**Key words:** *physical education, rehabilitation, myofascial pain syndrome, matures age.*

Больові синдроми шийного відділу хребта являють собою мультидисциплінарну проблему та являються актуальним завданням сучасної медичної реабілітації внаслідок великих економічних втрат, пов'язаних з їхньою високою поширеністю серед осіб працездатного віку [3, с. 120]. В останні роки у світі росте тенденція до збільшення хронічної патології хребта, інвалідації хворих та їх омолодженню. Прояви остеохондрозу хребта,

міофасціальні больові синдроми виявляються в 30-80% дорослого населення, переважно у віці 25-55 років, досягаючи 90% у загальній структурі неврологічних захворювань [1, с. 3-4]. За даними МОЗ України хвороби кістково-м'язової системи в загальній структурі захворюваності населення країни за останні 5 років становили: серед дорослих – 8%, серед підлітків – 6%, а серед дітей – 3%.

Міофасціальні больові синдроми, обумовлені неспецифічним ураженням поперечно-смугастих м'язів і фіброзних структур, надзвичайно поширені в клінічній практиці. Їхня частота серед дорослого населення досягає 15-30%, а в окремих професійних групах – 40-90%. Характерною рисою подібної патології є наявність змін у м'язих, переважно м'язово-сухожильно-періартикулярних структурах, міофасціальних тригерних точках [4, с. 72].

Питання реабілітації цієї нозологічної групи хворих розроблені недостатньо [2, с. 356]: одиничні публікації з питання фізичної реабілітації пацієнтів суперечливі, фізичні вправи підібрані без обліку особливостей біомеханіки шийного відділу хребта, його деформацій і проявів міофасціального больового синдрому. Це обумовлює актуальність дослідження.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація хворих міофасціальним больовим синдромом з явищами гіпермобільності хребетно-рухового сегменту шийного відділу хребта.

Предмет дослідження – функціональні зміни, що відбуваються в опорно-руховому апараті та нервово-м'язовій системі хворих міофасціальним больовим синдромом у шийному відділі хребта на стаціонарному етапі фізичної реабілітації.

Мета роботи – на підставі вивчення клініко-біомеханічних порушень у шийному відділі хребта розробити програму фізичної реабілітації хворих міофасціальним больовим синдромом з явищами гіпермобільності ХРС на стаціонарному етапі для поліпшення якості життя.

Відповідно мети були поставлені наступні завдання: проаналізувати наукову літературу з теми роботи за останнє десятиріччя; розробити та науково

обґрунтувати програму фізичної реабілітації для хворих цієї нозології; у експерименті оцінити ефективність розробленої програми реабілітації.

Дослідження проводилися впродовж 2018 року на базі неврологічного відділення лікарні № 1 м. Мелітополя. В експерименті брали участь хворі з основним діагнозом “міофасціальний больовий синдром шийного відділу хребта” віком 35-55 років: 10 чоловіків і 20 жінок. Усі хворі були розділені на дві групи - основну (ОГ, 15 хворих) і контрольну (КГ, 15 хворих).

Клієнти основної групи отримували традиційне медикаментозне лікування, контрольної групи – займалися згідно комплексної програми фізичної реабілітації, яка включала такі етапи:

- перший етап (2-3 дні) – спрямований на міорелаксацію. Задачами фізичної реабілітації на цьому етапі є: обмеження больових відчуттів та зниження м'язового спазму за рахунок інактивації тригерних точок фізичними вправами, ішемічною компресією, постізометричною релаксацією, корекцією положенням, масажем та дихальними вправами;

- другий етап (10-14 днів) – міокорекція та створення оптимального рухового стереотипу. Завданнями цього етапу є: відновлення нормального крово- та лімфообігу області патологічного вогнища з метою стимуляції регенеративно-репаративних процесів, усунення патобіомеханічних змін хребта, укріплення м'язів шиї та плечового поясу (відновлення балансу між фазичними та поступальними м'язами). Доцільно використовувати такі засоби фізичної реабілітації: фізичні вправи різної спрямованості (на релаксацію м'язів, ізометричні, ізотонічні, на Fitt-ball), масаж та рефлекторні впливи - постізометрична релаксація, постреципрокна релаксація та інактивація тригерних точок у сполученні з точковим масажем;

- третій етап (4-6 тижнів) – міотонізація та закріплення нових статокінетичних установок. Завданнями цього етапу було: подальше укріплення м'язів шиї та плечового поясу з метою стабілізації гіпермобільних ХРС шийного відділу хребта та відновлення оптимального динамічного стереотипу. До засобів фізичної реабілітації на цьому етапі додаються спеціальні вправи

залежно від характеру деформації хребта (гіполордоз або гіперкіфоз), вправи з дозованим опором та обтяженням, на гімнастичних снарядах та з гімнастичними предметами, вправи та плавання у басейні.

Міофасціальний больовий синдром часто супроводжується психопатологічними змінами, які впливають на ефективність лікування. При обстеженні учасників експерименту обох груп використовувалася шкала депресії. Вона застосовувалася для психологічної діагностики їх депресивних станів до початку реабілітації та після неї, кількісної оцінки виразності психологічних скарг і фіксованості уваги хворих на своєму фізичному та психічному станах.

Як показав узагальнюючий аналіз, у результаті впровадження комплексної програми реабілітації показники депресії у хворих основної групи знижуються, що свідчить про підвищення їх емоційної стабільності. Поява нових інтересів і творчого спілкування, зменшення побоювання за невірні дії й зниження страху невдачі зменшують значимість для них свого фізичного стану, що веде до зменшення психологічних скарг.

Системний аналіз результатів свідчить про те, що за всіма показниками (самопочуття, активність і настрої) у хворих основної групи відбулося статистично достовірне поліпшення на 15-20% ( $p < 0,05$ ), а у хворих контрольної групи достовірні тільки результати за показником активності, які покращилися на 18% ( $p < 0,05$ ).

Для оцінки якості життя пацієнтів використовувався опитувач якості життя за Айвазяном та Зайцевим, який дозволяє оцінити функціональний стан, сприйняття загального рівня здоров'я, задоволеність життям. Узагальнюючий аналіз результатів показав, що після проведення курсу фізичної реабілітації статистичні відмінності у хворих основної і контрольної груп були достовірні. Показник якості життя в клієнтів основної групи покращився на 50%, контрольної – на 29%.

Узагальнення експериментальних даних показує, що повернення до нормальної форми шийного відділу хребта після проведеного курсу фізичної

реабілітації спостерігається частіше в пацієнтів ОГ (10 пацієнтів – 66,6%), ніж в осіб КГ (4 пацієнта – 26,6%).

Провідне місце серед різноманітних клінічних проявів у хворих обох груп займав больовий синдром. Даний синдром різної інтенсивності (від відчуття дискомфорту до різко виражених болей) відзначався у всіх пацієнтів і був обумовлений вертебральними й екстравертебральними проявами. У результаті проведеної фізичної реабілітації в 86,6% представників основної групи болі зникли, тоді як у контрольній вони зникли тільки в 33,3% хворих.

На основі проведеного дослідження можна сформулювати такі висновки.

1. Аналіз науково-методичної літератури показав, що характерними клініко-біомеханічними рисами хворих з міофасціальним больовим синдромом з явищами гіпермобільності є: виникнення великої кількості хворобливих тригерних точок у м'язах шиї та плечового поясу, що проявляються болем, зниженням сили м'язів, обмеженням об'єму рухів. Порушення стабільності уражених хребетно-рухових сегментів шийного відділу хребта (гіпермобільність), а також активація тригерних точок в області шиї та плечового поясу призводить до хронізації захворювання, погіршення якості життя пацієнтів.

2. Фізичну реабілітацію хворих цієї нозологічної форми слід проводити в три етапи: перший етап (2-3 дні) – міорелаксація, з метою розслаблення м'язів; другий етап (10-14 днів) – міокорекція; третій етап (4-6 тижнів) – міотонізація.

3. Застосування зазначеної програми фізичної реабілітації дозволило одержати у хворих основної групи поліпшення всіх досліджуваних показників, які були статистично вірогідно кращими ( $p < 0,05$ ), ніж в представників контрольної групи. Так, кількість активних тригерних точок скоротилася у хворих основної групи після курсу реабілітації на 71,4%, у той же час як у хворих контрольної групи – на 37,5%.

4. Розроблена програма фізичної реабілітації хворих з міофасціальним больовим синдромом у шийному відділі хребта значно підвищила їхню психічну активність, настрій, забезпечила високий рівень психологічної та соціальної адаптації, поліпшила показники якості життя.

Розроблена реабілітаційна програма для пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом у шийному відділі хребта може застосовуватися у неврологічних, травматолого-ортопедичних і фізіотерапевтичних відділеннях лікувально-профілактичних закладів, реабілітаційних центрах, центрах здоров'я, а також в санаторно-курортних умовах.

### **ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА**

1. Міщенко Т.С. Епідеміологія вертеброгенних захворювань в Україні // Сімейна медицина. 2014. № 1. С. 3–7.
2. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник. Київ: Олімп. л-ра, 2009. 488 с.
3. Христова Т.Є. Інформаційний простір проблеми здоров'я // Науково-методичні основи використання інформаційних технологій в галузі фізичної культури та спорту: збірник наук. праць. Харків, 2018. Вип. 2. С. 120–123.
4. Христова Т.Є., Дмитрієнко Д.Д. Фізична реабілітація хворих з явищами гіпермобільності хребетно-рухового сегменту в шийному відділі // Соціальні та екологічні технології: актуальні проблеми теорії та практики: матеріали X міжнародної інтернет-конференції. Мелітополь, 2018. С. 71–73.