


Комунальний заклад вищої освіти  
«Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія»  
Запорізької обласної ради  
Факультет реабілітаційної педагогіки та соціальної роботи  
Кафедра фізичної реабілітації

## **МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА**

Фізична терапія міофасціального больового синдрому

Виконав студент групи ФТм-2  
спеціальності 227 Фізична терапія,  
ерготерапія  
Соколовський Леонід Володимирович  
Керівник: Бандуріна К. В.  
Рецензент: Шаповалова І. В.  
Нормоконтроль:  А. Ю. Штепенко

Запоріжжя  
2019

## РЕФЕРАТ

Магістерська робота: 69 с., 2 табл., 4 рис., 75 джерел.

Об'єкт дослідження – фізична терапія осіб, що страждають від міофасціального больового синдрому (МФБС).

Мета дослідження – науково обґрунтувати, розробити і апробувати програму комплексної фізичної реабілітації пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом.

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

Сьогодні методики відновлюваного лікування хворих на МФБС розроблені для гострого періоду захворювання та базуються переважно на застосуванні медикаментозної терапії, тракційної терапії і вправ на зміцнення “м’язового корсету” тулуба. Але мало висвітлене питання про застосування комплексу фізичної реабілітації та специфічних методів скелетно-м’язової терапії, критеріїв підбору індивідуальних фізичних вправ у відповідності до генезису міофасціальної дисфункції. У зв’язку з цим, модернізація відомих та пошук нових підходів до фізичної реабілітації хворих на МФБС є актуальними і потребують дослідження та методичного обґрунтування.

**МІОФАСЦІАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ,  
ФАСЦІЇ, ТРИГЕРНІ ТОЧКИ, КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**

## ВСТУП

**Актуальність.** Погіршення суспільного здоров'я, що спостерігається на теперішній час, визначає актуальність розвитку та удосконалення реабілітаційного напрямку в медицині.

Аналізуючи літературні джерела фахівців даної галузі, можна засвідчити, що проблема хронічного міофасціального болю залишається доволі дискусійною. Як в більшості зарубіжні, так і вітчизняні фахівці до цього часу не мають єдиної думки щодо етіології та патогенезу МФБС, що призводить до термінологічних та класифікаційних розбіжностей в діагностичних формулюваннях. Здебільшого автори притримуються думки, що позитивний результат відновлювальної терапії при міофасціальному больовому синдромі залежить від використання достатньо широкого арсеналу засобів і методів фізичної реабілітації. Однак, у своїх наукових працях вони ж наводять суперечливі й деколи прямо протилежні твердження щодо застосування засобів фізичної реабілітації, що в більшості не доведені біомеханічними дослідженнями рухового апарату, обґрунтованими науковими рекомендаціями з добору фізичних вправ, зважаючи на стадію, характер захворювання, а також стать хворого. Тому запропоновані на теперішнє сьогодні програми медичної та фізичної реабілітації хворих з МФБС не призводять до досягнення стійкої ремісії захворювання і закликають до пошуку нових наукових підходів у фізичній реабілітації, до узагальненого комплексного використання засобів і методів, котрі удосконалять відомі програми реабілітації та дозволять прискорити процеси відновлення цієї категорії пацієнтів.

За даними ВООЗ, на сьогоднішній час зростання кількості пацієнтів із характерними до МФБС болями, набуває в Європі та й в цілому світі характер пандемії. За даними літературних джерел, близько 30 % мешканців розвинених країн страждають від хронічних болів. Необхідно відмітити, що

від даної патології переважно страждають люди молодого працездатного віку, тому вказана проблема має не тільки медичне, але й значне соціально-економічне значення. Біль призводить до суттєвого зниження якості життя на фоні широкого спектру захворювань. У зв'язку з цим важко недооцінити актуальність даної проблеми.

Найчастіше звертаються за медичною допомогою пацієнти, що потребують фізичної реабілітації по причині тимчасової втрати працездатності, хворі з хронічними локальними м'язовими синдромами в ділянці попереку, спини та шиї, дві третини серед яких страждають на міофасціальний больовий синдром (В. В. Поворознюк, 2005; Д. Н. Стояновський, 2004; А. В. Стефаніді, 2009; І. М. Башкін, 2005; Н. В. Балабанова, 2009). Так у Львівському національному медичному університету імені Данила Галицького проводились дослідження, за даними яких однією з головних причин больових відчуттів у ділянках спини є міофасціальний больовий синдром (МФБС). Близько 84,0% дорослого населення хоча б раз у житті страждали від болю в попереку, а біль у спині трапляється у 40,0–80,0% опитуваних. Однією з найчастіше діагностованих болів близько 40,0–70,0% знаходиться у шиї. Міофасціальний больовий синдром може також існувати як самостійно, так і в структурі самого вертеброгенного рефлекторного м'язово-тонічного синдрому.

**Мета дослідження** – науково обґрунтувати, розробити та апробувати програму комплексної фізичної реабілітації осіб з міофасціальним больовим синдромом.

**Методи дослідження:** теоретичний аналіз науково-методичної літератури; педагогічні: педагогічний експеримент, педагогічне спостереження, медико-біологічні: візуальна діагностика рухового стереотипу, визначення амплітуди рухів за допомогою сантиметрової стрічки, оцінювання болю (шкала ВАШ, опитувальник Мак-Гіла), пальпація (визначення локалізації тригерних пунктів), електроміографія (ЕМГ);

психологічні: тест якості життя SF-36, тестування стану вегетативної нервової системи (анкета Вейна), тест САН (самопочуття, активність, настрої); методи математичної статистики.

## ВИСНОВКИ

1. Узагальнюючі досвід використання засобів фізичної терапії при лікуванні пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом слід відмітити, що головна причина м'язово-фасціальних больових синдромів при русі – порушення рухового стереотипу зі зміною послідовності включення м'язів в певні рухи. Біль локалізується в структурах, які компенсують статичні і динамічні порушення біомеханіки, що призводить до напруги сполучної тканини, зв'язок, капсул суглобів і функціонального перевантаження м'язів (і є причиною болю).

2. Оцінюючи функціональний стан опорно рухового апарату та психологічний стан осіб з МФБС відмічаємо, що головна причина м'язово-фасціальних больових синдромів переважно у спокої – порушення венозного і лімфатичного відтоку при фасціальних фіксаціях. Біль посилюється переважно у спокої, а активне скорочення м'яза за рахунок включення «м'язового венозного насосу» може зменшувати біль. Провідним патогенетичним чинником, що визначає формування синдрому гострого м'язово-фасціального больового синдрому поперекової локалізації являється функціональна дезорганізація між згиначами і розгиначами тулуба і нижніх кінцівок, що виникла внаслідок неадекватної аферентації (передавання нервового збудження від периферичних чутливих нейронів до центральних), що призводить до скорочення м'язів-згиначів тулуба під час розгинання в попереку.

У «хронізації» м'язово-фасціальних больових синдромів важливу роль грає неадекватна аферентація при функціональних біомеханічних порушеннях в м'язах шиї, жувальних, окорухових м'язах, суглобах шийного відділу хребта, суглобах стоп. Різностямована аферентна інформація може викликати розузгодження між реальним і сприйманим положенням тіла. В результаті нервова система формує неадекватну систему внутрішнього

уявлення про положення тіла в просторі («схему тіла») і дає неоптимальні еферентні команди на скорочення м'язів, що призводить до постуральних порушень. На базі проведених досліджень констатуємо, що у 78,5% пацієнтів з м'язово-фасціальними больовими синдромами шийної локалізації виявлений атиповий моторний патерн «відведення плеча» у вигляді передчасного включення в рух верхньої порції трапецієвидного м'яза з формуванням в ній миофасціальних тригерних пунктів. У 47,1% пацієнтів з вираженою поперечною плоскостопістю і hallux valgus визначалася м'язово-фасціальна хворобливість в області середнього сідничного м'яза, у 36,8% – в надключичній області, у 16,2% – в міжлопатковій області. Відзначається посилення болю при ходьбі і в положенні стоячи і зменшення після корекції дисфункцій стопи.

3. Лікування пацієнтів з м'язово-фасціальними больовими синдромами необхідно проводити з урахуванням порушень в аферентній ланці системи регуляції руху. Доцільно розпочинати з виявлення і корекції патологічних порушень в м'язах і суглобах шиї, жувального комплексу, суглобах стоп, окорухових м'язів.

Розроблений комплекс лікування пацієнтів з м'язово-фасціальними больовими синдромами, що включає оптимізацію різних ланок системи регуляції руху: корекцію функціональних біомеханічних порушень м'язів шиї, м'язів жувального комплексу, окорухових м'язів, суглобів шийного відділу хребта, суглобів стоп, а також навчання діафрагмальному диханню, перехресній ході і комплексу «Гімнастика: для мозку», є ефективний засіб лікування пацієнтів з м'язово-фасціальним больовим синдромом різної локалізації.