

ТЕМАТИЧНИЙ НАПРЯМОК
«ЗАСОБИ, ТЕХНОЛОГІЇ ТА ІННОВАЦІЙНІ РОЗРОБКИ
ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ»

УДК 615.8: 616.7

Бричка О.І.¹, Козій Т.П.²

¹студент, Херсонський державний університет

²канд. біол. наук, доцент, Херсонський державний університет

ОЦІНКА КІНЕЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ВТРУЧАНЬ
ПРИ МІОФАСЦІАЛЬНОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

Комплексний підхід у лікуванні міофасціального больового синдрому відіграє важливу роль у безмедикаментозному підході до лікування та зменшення больового синдрому. На зменшення больового синдрому впливають різні фізіотерапевтичні технології, в тому числі кінезіотерапія, що включає спеціальні блочні, декомпресійні тренажери для зменшення тону м'язів та збільшенні амплітуди рухів [1]. Крім того, ефективним є кінезіотейпування, яке сприяє збільшенню кровотоку в місцях накладання спеціальної стрічки [2]. Лікувальний масаж, також буде мати терапевтичний вплив для зменшення тону м'язів та збільшенні кровотоку. Міофасціальний реліз, так само і масаж буде сприяти зменшенню тону м'язів, поліпшувати крово- і лімфообіг та збільшувати рухливість хребта [1].

Мета дослідження. Визначити ефективність кінезіотерапевтичних втручань у пацієнтів із міофасціальним больовим синдромом.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проводилось на базі оздоровчого центру з кінезіотерапії «Здоровий Рух» (м.Київ). Всього обстежено 9 пацієнтів (7 жінок та 2 чоловіка), віком від 23 до 45 років із встановленим міофасціальним больовим синдромом поперекового відділу хребта. Кожний пацієнт проходив курс фізичної реабілітації у центрі протягом трьох місяців. Для проведення функціональної оцінки на початку і в кінці курсу проводилось комплексне клінічне функціональне обстеження пацієнта. Використовувались наступні діагностичні методи і клінічні інструменти: вивчення медичної документації (анамнез захворювання), ММТ за Кендалом, візуальний огляд (виявлення порушення постави та асиметрії тіла), пальпація (визначення тону м'язів та тригерних точок (ТТ)), тест Томаса (на скорочення клубово-поперекового м'яза), тест Шобера (на рухливість поперекового відділу хребта). Індивідуальна програма терапевтичних втручань включала: кінезіотерапію, кінезіотейпування, міофасціальний реліз, лікувальний масаж. Крім занять в центрі, пацієнти регулярно

виконували вдома комплекси спеціальних терапевтичних вправ, які їм рекомендував фізичний терапевт. Пацієнтам також надавались рекомендації щодо утримання правильної пози в положенні сидячи під час роботи, виконання розминки кожні 45-60 хвилин під час перерв, дотримання ортопедичного режиму, в тому числі, правильного підйому ваги та рекомендації щодо профілактики загострення стану.

Результати дослідження. Контрольні результати заключного обстеження після проходження трьох місячного курсу реабілітації показали суттєве зменшення больових відчуттів у пацієнтів із міофасціальним больовим синдромом поперекового відділу хребта, на що вказували показники інтенсивності болю за шкалою VAS, а саме вони зменшились із $7,6 \pm 0,5$ балів до $4,0 \pm 0,7$ бали, $p < 0,001$.

Динаміка показників ММТ за Кендаллом вказує на значний прогрес функціонального стану м'язової системи, а саме, м'язова сила клубово-поперекового м'язу збільшилась з $2,7 \pm 0,441$ до $4,3 \pm 0,5$, при $p < 0,001$; сила великого сідничного м'язу покращилась з $2,6 \pm 0,5$ до $4,3 \pm 0,5$ балів, при $p < 0,001$ і сила прямого м'язу живота підвищилась з $2,7 \pm 0,4$ балів до $4,4 \pm 0,5$ балів, при $p < 0,001$.

М'язовий гіпертонус паравертебральних м'язів поперекового відділу хребта та передньої поверхні стегна значно зменшився після курсу реабілітації, що виявлялось пальпаторно.

Тест Томаса, яким визначався стан прямого м'язу стегна і стан клубово-поперекового м'язу показав деяке покращення еластичності м'язів лише у частини пацієнтів (4 жінки та 1 чоловік), про що свідчили негативні результати тесту.

Тест Шобера показав деяке збільшення рухливості поперекового відділу хребта. В середньому, у пацієнтів на початку дослідження рухливість становила $2,7 \pm 0,8$ см, а при проведенні контрольного тестування – $4,3 \pm 0,7$ см, тобто відбувся приріст показника на 1,6 см.

При візуальному огляді виявили зменшення асиметрії таза за рівнем стояння клубових гребнів. Також зменшилась асиметрія нижніх кутів лопаток і трикутників талії, тобто в цілому покращилась постава, що характеризувалась у пацієнтів як постуральний функціональний сколіоз.

Регрес больового синдрому у обстежених пацієнтів можна пояснити впливом на тригерні точки за рахунок зменшення міогелозів.

М'язова сила і витривалість збільшилась за рахунок покращення трофіки і обмінних процесів у гіпертензованій м'язовій тканині під впливом активних вправ на кінезіотерапевтичних тренажерах.

Збільшенні рухливості поперекового відділу хребта відбулась за рахунок зменшення тонусу клубово-поперекових м'язів і м'язів-

розгиначів хребта, що вдалось отримати завдяки застосуванню всього терапевтичного комплексу втручань протягом 3-х місяців активної реабілітації.

Висновки. Аналіз результатів застосування кінезіотерапевтичних втручань, що включали кінезіотерапію, міофасціальний реліз, кінезіотейпування та лікувальний масаж, показав їх позитивний вплив на перебіг міофасціального больового синдрому, про що свідчила позитивна динаміка суб'єктивних і об'єктивних функціональних показників, а саме, зменшення болю, зменшення гіпертонусу м'язів і збільшені амплітуди рухів поперекового відділу хребта.

Список використаних джерел:

1. Effectiveness of treatment of myofascial pain syndrome with the help of physical therapy and massage. International Journal of Medicine and Medical Research. 2024;10(2).

2. Alqahtani AS, et al. Kinesio Taping as a Therapeutic Tool for Masticatory Myofascial Pain Syndrome. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5):3872.

3. Zhai T, Jiang F, Chen Y, Wang J & Feng W. Advancing musculoskeletal diagnosis and therapy: a comprehensive review of trigger point theory and muscle pain patterns. Front. Med. 2024;11:1433070.