

УДК 615.816:616.8-009.7

Колінько О.О.¹, Маляренко Ю.О.²

¹ студ. гр. УФКСз-210м НУ «Запорізька політехніка»

² канд. мед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДУ СУХОЇ ГОЛКИ В ТЕРАПІЇ МІОФАСЦІАЛЬНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Міофасціальний больовий синдром (МФБС) визначається як «біль, що виникає внаслідок однієї або декількох міофасціальних тригерних точок (ТТ), що представляють собою гіперподразнені ділянки скелетних м'язів, викликані гіперчутливими вузликами, що пальпуються в тугих м'язових смугах». Було підраховано, що міофасціальний біль відповідає за 30-85%

звернень пацієнтів до лікарів первинної медичної допомоги або до клініки зі скаргою на біль. Гервін та співавтори відзначали, що ТТ були основним джерелом болю у 71 з 96 пацієнтів, які були скеровані до невролога з м'язово-скелетним болем.

Не зважаючи на поширеність ТТ, що спричиняє опорно-руховий біль, вони часто не діагностуються і тому не лікуються. Тривалі ослаблення м'язів часто зустрічаються на робочому місці у багатьох професій, які перебувають довгий час у вимушених позах, зокрема серед музикантів, касирів супермаркетів, операторів комп'ютерів, перукарів та стоматологів.

Мета даного дослідження полягає у визначенні ефективності використання методу сухої голки (СГ) в терапії МФБС.

Модель тригерної точки відстоює думку, що інактивація ТТ за допомогою сухої голки є найшвидшим та найефективнішим засобом зменшення болю, порівняно з іншими звичайними втручаннями. Локалізована реакція посмикування, яка зазвичай викликається сухою голкою, може перервати подразнення моторних закінчень, викликаючи тим самим знеболюючий ефект. Ця локалізована реакція на посмикування в поєднанні з розтягуванням допомагає розслабити зв'язки актин-міозин, розслаблюючи м'язові тяжі. Крім того, сухе голковколонування ТТ допомагає нормалізувати м'язовий тонус і нервовий зв'язок, а також покращити потік ацетилхолінестерази, тим самим коригуючи рівень брадикініну, пептиду, пов'язаного з геном кальцитоніну (CGRP), і речовини Р у постраждалих м'яз. Лікування ТТ має бути лише одним з аспектів допомоги пацієнтам з МФБС: потрібно поєднувати терапію з розтяжкою, мобілізацією суглобів, реєдукацією нервово-м'язової системи, зміцненням м'язів та іншими пов'язаними методами втручання.

Правильна методика СГ починається з визначення пацієнтів яким цей метод показано та виключення тих, у кого це може призвести до несприятливих наслідків.

Лікування починається з положення пацієнта в розслабленій позі, придатній для оголення оброблюваних м'язів. Пози можуть бути лежачи на спині або на боці, для полегшення положення пацієнта можуть бути використані подушки та підложки. Виконання СГ в сидячому положенні не рекомендується, через ризик непритомності пацієнта. В ідеалі, терапевт повинен мати змогу бачити обличчя пацієнта, щоб отримувати регулярний зворотний зв'язок під час втручання, хоча можливим є лікування пацієнта долілиць.

Точка вколуювання визначається за допомогою пальпації. Високоякісна стерильна одноразова тверда голка з ниткою вводиться безпосередньо через шкіру або за допомогою направляючої трубки, яка

потім видаляється. Рекомендується залишати голку на місці на 30–60 секунд для “середнього рівня реакції” або до 2-3 хвилин за умови «слабкої реакції». Так як в одній тригерній зоні може розташовуватися декілька ТТ, важливо інактивувати максимальну кількість ТТ, не видаляючи голку.

Незалежно від того, які методи застосовуються, інтенсивність лікування повинна відповідати терпимості пацієнта та виду патології. Після вилучення голки тканину слід стискати протягом 5–10 секунд або протягом 30–60 секунд за допомогою ватного тампона, якщо є кровотеча; це допоможе забезпечити адекватний гемостаз.

Важливо зазначити, що розмір і довжина голок різняться. Голка 0,30 × 50 мм підходить для більшості м’язів. 0,30 відповідає діаметру голки, а 50 - довжині. Голки 0,30 × 60 мм часто використовують для квадратного м’яза попереку, а 30 × 75 мм для поперекового або інших м’язів подібної глибини. Голки меншого розміру використовуються для менших тканин, включаючи 0,20 × 25 мм для передпліччя, 0,14 × 25 мм для обличчя / голови та 0,12 × 25 мм для рук або ніг. Зверніть увагу, що це просто рекомендації, а не стандарти; Вибір калібру та довжини голок терапевт обирає на свій розсуд залежно від досвіду.

Ефективність СГ багато в чому залежить від майстерності терапевта та його власної здатності точно пальпувати ТТ. І не просто поверхнево визначити розташування ТТ, але й можливість відобразити тригерну точку в 3-х вимірах. Ця кінестетична обізнаність допомагає більш точно розташовувати голку та покращити результати. Іноді під час введення голки не відбувається реакція посмикування, так часто трапляється при лікуванні глибокої мускулатури (наприклад, сідничного м’яза). Часто з цими глибшими м’язами пацієнт все одно отримуватиме терапевтичний ефект без реакції посмикування, якщо голки залишатимуться на місці протягом 5-10 хвилин, з електростимуляцією або без неї.

Для того, щоб відповісти на запитання стосовно кількості сеансів слід використовувати пацієнтам, важливо, щоб терапевт бачив сухе голковколівання в межах загальної картини всього плану лікування. Сухе голковколівання часто супроводжується розтягуванням уражених м’язових груп у поєднанні з нервово-м’язовим відновленням нових моделей рухів. Тому саму суху голку слід розглядати як «трамплін», для швидкого зменшення болю, полегшуючи тим самим рухливість та функції мускулатури, а не монотерапію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Миофасциальные боли и дисфункции. Руководство по триггерным точкам. Том 1. Симонс Дэвид.Г., Трэвелл Дженет Г. Москва «Медицина» 2005

2. Gerwin RD. A review of myofascial pain and fibromyalgia – factors that promote their persistence. *Acupunct in Med.* 2005;23:121-134. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16259310/>

3. Simons DG. Diagnostic criteria of myofascial pain caused by trigger points. *J Musculoskel Pain.* 1999;7:111-120. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J094v07n01_11

4. Casey Unverzagt Kathy Berglund J.J. Thomas Dry needling for myofascial trigger point pain: a clinical commentary. *Int J Sports Phys Ther.* 2015 Jun; 10(3): 402–418.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458928/>

5. Kalichman K Vulfsons S. Dry needling in the management of musculoskeletal pain. *J Am Board Fam Med.* 2010;23:640-646. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4458928/>

6. Bron C Dommerholt JD. Etiology of myofascial trigger points. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16:439-444.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440564/>

7. Skootsky SA Jaeger B Oye RK. Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice. *West J Med.* 1989;151:157–160. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1026905/>

8. Sikdar S Shah JP Gebreab T, et al. Novel applications of ultrasound technology to visualize and characterize myofascial trigger points and surrounding soft tissue. *Arch Phys Med Rehabil.* 2009;90:1829-1838. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2774893/>

9. Bron C Franssen J Wensing M, et al. Interrater reliability of palpation of myofascial trigger points in three shoulder muscles. *J Man Manip Ther.* 2007;15:203-215. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565638/>

10. Lewit K. The needle effect in the relief of myofascial pain. *Pain.* 1979;6:83–90.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/424236/>

11. Kelly M. The treatment of fibrositis and allied disorders by local anaesthesia. *Med J Aust.* 1941;1:294-298.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.1941.tb83595.x>

12. Baldry P. Management of Myofascial Trigger Point Pain. *Acupuncture in Med.* 2002;20:2-10.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11926600/>

13. Al-Boloushi Z, Gómez-Trullén EM, Arian M, Fernández D, Herrero P, Bellosta-López P. Comparing two dry needling interventions for plantar heel pain: a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2020 Aug 20;10(8):e038033. doi: 10.1136/bmjopen-2020-038033.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30683124/>

14. White AR, Hayhoe S, Hart A, Ernst E. Adverse events following acupuncture: prospective survey of 32 000 consultations with doctors and physiotherapists. *BMJ*. 2001 Sep 1; 323(7311): 485–486.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC48133/>