

УДК 616.7-084:615.828

Богдановська Н.В.,

доктор біологічних наук, професор, завідувач кафедри фізичної терапії та ерготерапії Запорізький національний університет;

Кальонова І.В.,

*кандидат медичних наук, доцент кафедри фізичної терапії та ерготерапії Запорізький національний університет
Україна, м. Запоріжжя*

МІОФАСЦІАЛЬНИЙ РЕЛІЗ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З НЕЙРОРЕФЛЕКТОРНИМИ БОЛЬОВИМИ СИНДРОМАМИ ПОПЕРЕКОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Аналіз наукових публікацій останніх років відображає позицію багатьох авторів про те, що в генезі вертеброгенних больових синдромів поряд з дистрофічними змінами в міжхребцевих дисках значну роль мають ураження м'язової системи. З урахуванням сучасних наукових даних переглядаються питання методів реабілітації таких пацієнтів, обґрунтовується необхідність комплексного впливу не тільки на область хребта, але й на позахребетні патологічні осередки. У зв'язку з цим все більше визнання отримує застосування в реабілітаційних програмах технік міофасціальної корекції, відмінною особливістю яких є можливість впливати на більшість ланок патогенезу захворювання і органічне поєднання з іншими методами фізичної терапії – кінезотерапією, масажем, фізіотерапією. Однією з таких є техніка міофасціального релізу.

Мета дослідження – вивчення ефективності комбінованого застосування технік міофасціального релізу в реабілітації хворих з нейрорефлекторними больовими синдромами поперекової локалізації.

Під спостереженням знаходились основна і контрольна групи жінок віком 40-50 років, по 16 осіб в кожній, в яких було діагностовано рефлекторні неврологічні синдромами поперекової локалізації – люмбалгія з м'язово-тонічними проявами. Обидві групи були репрезентативні за такими параметрами, як вік, загальна тривалість захворювання, період захворювання, параметри додаткових методів дослідження (МР-томографія поперекового відділу хребта тощо).

У реабілітації жінок обох груп застосовувались терапевтичні вправи, спрямовані на нормалізацію тонусу м'язів, поліпшення кровообігу в ушкоджених хребетно-рухових сегментах (ХРС) та хребті в цілому, зменшення навантаження на дегенеративно змінені ХРС за рахунок зміцнення м'язового корсету, зменшення тривалості та інтенсивності больового синдрому. Лікувальна гімнастика проводилась за класичною

методикою: комплекс вправ динамічного характеру з різних вихідних положень, що чергувалися з ізометричними, статичними вправами, вправами на розслаблення та дихальними вправами. В основній групі замість одного заняття з лікувальної гімнастики проводилось заняття з комбінованого міофасціального релізу з прокатом масажним ролом або м'ячем скелетних м'язів, що знаходились в стані гіпертонусу та/або мали тригерні точки. Реабілітаційне обстеження функціонального стану опорно-рухового апарату включало оцінку виразності больового синдрому, рухливості хребта та стану м'язового апарату за алгофункціональним індексом.

Основною суб'єктивною клінічною ознакою у даної категорії хворих була наявність больового синдрому, який було виявлено у всіх обстежених. Біль локалізувалась насамперед у поперековому відділі хребта з іррадіацією в крижовий відділ, область сідниць, значно підсилювалась при динамічних і статичних навантаженнях, нахилах переважно в напрямку розгинання. При первинному реабілітаційному обстеженні статистично значимих міжгрупових відмінностей не було виявлено за жодною групою показників: значення візуальної аналогової шкали болю склало $48,82 \pm 2,79$ мм і $50,76 \pm 2,57$ мм, тесту Шобера – $2,14 \pm 0,08$ см і $2,34 \pm 0,41$ см, індексу м'язового синдрому – $8,47 \pm 0,49$ у.о. і $8,56 \pm 0,52$ у.о. в основній та контрольній групі відповідно.

Про повторному дослідження через 12 тижнів (36 занять) реабілітаційного втручання позитивна динаміка виявилася кращою в жінок основної групи. Так, зниження інтенсивності болю в поперековому відділі хребта склало $45,37 \pm 1,74$ % і $29,25 \pm 1,91$ %, збільшення результату тесту Шобера – $66,61 \pm 2,24$ % і $30,76 \pm 2,30$ %, зниження м'язово-тонічних проявів за кількісним показником індексу м'язового синдрому – $34,36 \pm 1,46$ % і $20,21 \pm 0,73$ % в основній та контрольній групі відповідно. Таку різницю в результатах ми пов'язуємо, насамперед, із застосуванням техніки міофасціального релізу, спрямовану на усунення міофасціальної дисфункції, релаксацію гіпертонічних та стимуляцію гіпотонічних м'язів.

Отже, комбіноване застосування техніки міофасціального релізу в складі реабілітаційних програм дозволяє відновити фізичні і функціональні властивості ушкоджених м'язових груп, збільшити рухливість хребта при виконанні активних рухів, зменшити інтенсивність больового синдрому, і, таким чином, підвищити якість життя пацієнтів.