УДК 617.571:615.8

Русанов А.П.[1], Вітомський В.В.[2]

[1]канд. наук з фіз.виховання і спорту, докторант, Національний університет фізичного виховання і спорту України; фізичний терапевт, ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»;

[2]канд. наук з фіз.виховання і спорту, доцент, Національний університет фізичного виховання і спорту України; фізичний терапевт, ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України»

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ІНДЕКСУ БОЛЮ ТА ІНВАЛІДНОСТІ ПЛЕЧА ВПРОДОВЖ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З АДГЕЗИВНИМ КАПСУЛІТОМ ТА МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Адгезивний капсуліт плечового суглоба (АКПС) спостерігається у 2-5 % населення [6] та спричиняю негативні функціональні наслідки [4, 8]. Цим захворюванням частіше хворіють у віці від 50 до 55 років, а також жінки [10]. Зазвичай точна причина розвитку АКПС залишається невідомою. Причинами механічного обмеження амплітуди рухів у плечовому суглобі є потовщення та фіброз капсули, а також адгезія капсули [6]. Скутість, біль та погіршення функції плечового суглобу призводять до проблем з виконанням основних повсякденних справ [4]. Міофасціальний больовий синдром (МБС) — це хронічне хворобливе захворювання, що характеризується наявністю тригерних точок [5]. Ці точки являють собою надмірно чутливі ділянки у натягнутих смугах скелетних м'язів. Вони характеризуються виникненням болю при їх розтягуванні, стисненні, скороченні [7]. Враховуючи наявність довготривалого болю у пацієнтів з АКПС та високу розповсюдженість МБС проблема фізичної терапії пацієнтів з АКПС and МБС є актуальною.

Мета: порівняти ефективність кінцевоамплітудної мобілізації та терапевтичних вправ, котрі використовувалися у комбінації з ішемічною компресією, на показники інвалідності та болю серед пацієнтів з АКПС та МБС у грудному відділі.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 68 пацієнтів, котрі проходили лікування у ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України». Опитувальник Індекс болю та інвалідності плеча (ІБІП) [1] виконувалися до втручання та після закінчення програми фізичної терапії.

Усі пацієнти отримували консультацію ортопеда і фізичного терапевта. Учасники першої групи (Г1, n=34) отримували процедури кінцевоамплітудної мобілізації плечового суглобу (п'ять разів на

тиждень, виконувалася фізичним терапевтом) та ішемічної компресії міофасціальних тригерних точок (щодня, виконувалася самостійно). Більш детальний опис втручання Г1 представлений у попередніх дослідженнях [3, 11].

Учасники другої групи (Г2, n=34) виконували терапевтичні вправи (двічі на день) та ішемічну компресію тригерних точок (щодня, виконувалася самостійно). Комплекс вправ включав маятникоподібні вправи та вправи на розтягування для плечового суглоба. Тривалість програм фізичної терапії склала три тижні. Більш детальний опис втручання Г2 представлений у попередніх дослідженнях [2].

Результати. Групи не відрізнялися у показниках віку, тривалості симптомів, співвідношенні чоловіків та жінок (p>0,05). Вік пацієнтів у Г1 склав 53,5 (50; 59) років, а у Г2 – 52 (44,8; 62) роки. Показник тривалості симптомів у Г1 становив 5 (3; 7) місяців, а у Г2 – 5,3 (3,4; 7,1) місяців. У Г1 налічувалося 26 жінок, а у Г2 – 23 жінки. 32,3 % пацієнтів з Г1 та 38,2 % з Г2 отримали ін'єкцію стероїдів після консультації лікаря ортопеда (p=0,612).

При першому оцінюванні результати домену біль ІБІП становили 91 (69; 100) балів у Г1 та 88 (67,5; 100) балів у Г2 (p=0,750). Результати інвалідність ІБІП відповідно склали 84,4 (65,3; 89,7) балів та 82,5 (62,5; 95) балів (p=0,745). Загальний ІБІП становив 87,7 (65,1; 94,4) балів у Г1 та 86,8 (64,5; 96,4) балів у Г2 (p=0,864).

Значення доменів та загального ІБІП достовірно поліпшилися у групах. У Г1 результат домену біль зменшився до 16 (5,5; 24) балів і був кращими за початковий (p<0,001). Результат домену інвалідність зменшився до 6,9 (3,1; 15) балів (p<0,001). Загальний показник ІБІП зменшився до 10,7 (3; 17,7) балів у Г1 (Z = -5.087; p<0,001). У Г2 заключні результати домену біль становили 50 (44; 53) балів і були кращими за початкові (p<0,001). Значення домену інвалідність зменшилися також до 56,9 (45; 74,1) балів (p<0,001). Загальний ІБІП зменшився до 52,4 (45,7; 63,8) балів у Г2 (p<0,001). Порівняння заключних результатів встановило статистичні відмінності між групами. Відповідно Г1 мала кращі заключні результати домену біль (p<0,001), інвалідність (p<0,001) та загального ІБІП (p<0,001).

Висновки. Фізична терапія на основі використання кінцевоамплітудної мобілізації та ішемічної компресії мала більш позитивний вплив на ІБІП при АКПС та МБС порівняно з терапевтичними вправами та ішемічною компресією.

Список використаних джерел

1. Русанов А.П., Борзих Н.О., Рой І.В., Кудрін А.П., Вітомський В.В. Вітомська М.В. Вплив мобілізації та ішемічної компресії на біль й інвалідність при адгезивному капсуліті та міофасціальному больовому синдромі. *Art of Medicine.* 2023. № 25(1). С. 60-65. https://doi.org/10.21802/artm.2023.1.25.60

2. Русанов А.П., Вітомський В.В. Оцінка терапевтичного альянсу в пацієнтів з адгезивним капсулітом та міофасціальним больовим синдромом після фізичної терапії. *Art of Medicine.* 2023. № 26(2). С. 116-22. https://doi.org/10.21802/artm.2023.2.26.116

3. Русанов А.П., Рой І.В., Борзих Н.О., Кудрін А.П., Вітомський В.В. Ефективність мобілізації та ішемічної компресії при адгезивному капсуліті та міофасціальному больовому синдромі. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2023. № 8(1). С. 228-234. https://doi.org/10.26693/jmbs08.01.228

4. Русанов АП, Вітомський ВВ. Фізична терапія у лікуванні адгезивного капсуліту плечового суглобу. *Український журнал медицини, біології та спорту.* 2022; 7(6):31–37. https://doi.org/10.26693/jmbs07.06.031

5. Barbero M., Schneebeli A., Koetsier E., Maino P. Myofascial pain syndrome and trigger points: evaluation and treatment in patients with musculoskeletal pain. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2019. Vol. 13(3). P. 270-276.

6. Is there evidence to recommend transcatheter arterial embolisation in adhesive capsulitis: A review of literature. / V.K. Digge and others. *J Orthop.* 2022. Vol. 30. P. 77-82.

7. Fernández-de-Las-Peñas C., Nijs J. Trigger point dry needling for the treatment of myofascial pain syndrome: current perspectives within a pain neuroscience paradigm. *J Pain Res.* 2019. Vol. 12. P. 1899-1911.

8. Adhesive capsulitis: review of imaging findings, pathophysiology, clinical presentation, and treatment options. / B.K.K. Fields and others. *Skeletal Radiol.* 2019. Vol. 48(8). P. 1171-1184.

9. Jump C.M., Duke K., Malik R.A., Charalambous C.P.. Frozen Shoulder: A Systematic Review of Cellular, Molecular, and Metabolic Findings. *JBJS Rev.* 2021. Vol. 9(1). P. e19.00153.

10. Rizvi S.M., Harisha A.J., Lam P.H., Murrell G.A.C. Factors Affecting the Outcomes of Arthroscopic Capsular Release for Idiopathic Adhesive Capsulitis. *Orthop J Sports Med.* 2019. Vol. 7(9). 2325967119867621.

11. Rusanov A.P., Vitomskyi V.V. Peculiarities of forming a therapeutic alliance during physical therapy of patients with adhesive capsulitis and

myofascial pain syndrome. *Public Health Journal.* 2023. № 3. 14-22. https://doi.org/10.32782/pub.health.2023.3.2