

ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Осіпов В.М.

Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова

Анотація. В даній статті розглядається методика фізичної реабілітації пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом, побудована з обов'язковим дотриманням принципів реабілітації: безперервності, етапності, комплексності, а також з урахуванням основних аспектів генезису міофасціального больового синдрому: психосоматичного механічного та інволютивного

Ключові слова: біль, дисфункція, реабілітація, блокада, гіпертонус, стрес, синдром, пацієнт, масаж, методика

Аннотация. Осипов Виталий. Особенности построения программы физической реабилитации для пациентов с миофасциальным болевым синдромом. В данной статье рассматривается методика физической реабилитации пациентов с миофасциальным болевым синдромом, построенная с обязательным соблюдением принципов реабилитации: непрерывности, этапности, комплексности, а также с учетом основных аспектов генезиса миофасциального болевого синдрома: психосоматического механического и инволютивного

Ключевые слова: боль, дисфункция, реабилитация, блокада, гипертонус, стресс, синдром, пациент, массаж, методика

Annotation. Osypov Vitaly. Features of construction of program of physical rehabilitation for patients with myofascial pain syndrome. The method of physical rehabilitation of patients with a myofascial pain syndrome is examined in this article, built with the obligatory observance of principles of rehabilitation: continuity, stages, complexity, and also taking into account the basic aspects of genesis of myofascial pain syndrome: psychosomatic, mechanical and involutiv.

Key words: pain, disfunction, rehabilitation, blockade, hypertone, stress, syndrome, patient, massage, method.

Вступ.

Міофасціальна дисфункція – складний психофізіологічний процес, який проявляється болями, зумовленими ураженням скелетних м'язів із формуванням у напружених м'язах тригерних точок, які стають генераторами патологічної рефлекторної системи (Крижанівський Т.Н., Карабань, 1997; Грицай Н.М., 2000; Вейн О.М., 2001; Lewit K., 1984; Melzeck R., 1999) [1].

Незважаючи на тривалу історію вивчення міофасціальної дисфункції, дотепер не розроблено адекватних схем відновлювального лікування, що враховують центральні та периферичні (суглобні блокади хребтосегментів, тригерні гіпертонуси в м'язах) механізми формування даної патології [2, 5]. Тому впровадження нових, патогенетично зумовлених реабілітаційних методик є важливим завданням сучасної реабілітаційної науки.

Тривала больова імпульсація є наслідком розгортання в периферичній та центральній нервовій системі ряду послідовних змін, які поступово набувають характеру типового патологічного процесу. Біль, набуваючи хронічного характеру, стає не тільки одним із симптомів захворювання, але й включається в його патогенез, змінюючи функціональний стан головного мозку та викликаючи психофізіологічну активацію з посиленням м'язового напруження і, відповідно, больового синдрому. Тобто, формується порочне коло, аспекти якого недостатньо враховуються лікарями практичної охорони здоров'я. Крім того, з одного боку існує гіпердіагностика остеохондрозу хребта як причини м'язового скелетного болю (Скоромець А.А., 2000; Карлов В.А., 2000 та ін.) [4]. А з іншого боку частота больових синдромів пов'язана із вираженістю стресу та особливостями емоційної сфери у хворих на міофасціальну дисфункцію (Яхно М.М., 1997; Вейн А.М., 2000; Шестопалова Л.Ф., Волошина Н.П., Василовський В.В., 2001 та ін.) [3]. Тому враховуючи основні аспекти генезису міофасціального больового синдрому доцільно виділити три етапи його патогенетичного процесу: психосоматичний – пов'язаний з дією стресових факторів на коркові центри головного мозку і є рівнем психологічної проблеми, яка виникає у пацієнта; механічний – стає наслідком дії зовнішніх факторів або компенсаторної реакції організму і коригується частіше за все за допомогою різних методик фізичної реабілітації, а зокрема мануальної терапії; інволютивний – пов'язаний з порушеннями обміну речовин у сполучній тканині різної локалізації. Він тісно пов'язаний з біомеханічними змінами опорно-рухового апарату, які залежать від внутрішніх і зовнішніх факторів та регулюється адекватним рівнем фізичної активності та раціональним харчуванням. Але в науково-методичній літературі дуже мало висвітлюються ті методики реабілітації, в яких би здійснювався вплив з урахуванням всіх аспектів патогенезу міофасціального больового синдрому.

Дослідження виконано згідно за планом науково-дослідної роботи у галузі фізичної культури і спорту Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова.

Формулювання цілей роботи

Метою нашого дослідження стала розробка і обґрунтування удосконаленої методики фізичної реабілітації з застосуванням методу мануальної терапії для реабілітації пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом, яка підвищила б ефективність відновлювального процесу.

Для досягнення цієї мети поставлені наступні завдання: 1) визначити основні принципи методики фізичної реабілітації в процесі відновлення хворих з міофасціальним больовим синдромом; 2) розробити

методику фізичної реабілітації з застосуванням мануальної терапії та визначити особливості поетапної корекції порушень у пацієнтів, внаслідок міофасціального больового синдрому.

Результати дослідження.

Наша удосконалена методика реабілітації включала психокорекцію лікувальний масаж, мануальну терапію та лікувальну фізкультуру які застосовувалися послідовно і поступово змінювали один одного в кожному окремому сеансі. Головною особливістю цієї системи було неухильне дотримання п'яти основних принципів, яким дамо коротку характеристику.

Принцип психосоматичної спрямованості. Базується на «стресовій» теорії виникнення міофасціальної дисфункції, згідно з якою стрес є первинною ланкою патогенетичних змін, що приводять до гіпертонусу. Тому реабілітація таких хворих, з нашої точки зору, повинна починатися з психокорекції. Аналізуючи психологічні особливості пацієнтів з неврологічними проявами міофасціальної дисфункції, ми дійшли висновку, що найбільш ефективними методами психокорекції слід вважати методику дихальної терапії та аутотренінгу. Крім того обов'язковим є безболісне проведення всіх процедур та активізація уваги самого пацієнта до процесу лікування.

Принцип мануальних дій. При обстеженні рефлекторних зон у людей з функціональними порушеннями опорно-рухового апарату простежується певна закономірність: у більшості випадків кількість виявлених рефлекторних зон, шкірної гіперестезії, тригерних зон превалювали над виявленими функціональними блокадами хребта. З огляду на це було зроблено висновок про те, що спочатку повинні коригуватися більш поверхневі рефлекторні зони (зони шкірної гіперестезії Захар'їна-Геда), потім – м'язові тригерні зони і в останню чергу – суглобні та кісткові компоненти рефлекторних змін, тобто повинні ліквідуватися функціональні блокади хребцево-рухових сегментів. Враховуючи значну поширеність міофіксації перехідних ділянок хребта, їх анатомо-фізіологічні властивості, ми застосовували принцип особливого ставлення до цих ділянок, проводячи на них прийоми триваліше і інтенсивніше.

Неодмінно застосовували принцип «від периферії до центру», починаючи працювати на безболісних ділянках спини, поступово рухаючись до центру болу.

Біомеханічний принцип. З погляду загальної біомеханіки хребет разом з особливим розташуванням м'язів навколо себе утворює кінематичний ланцюг з великою кількістю ступенів свободи. Експериментально встановлено, що найбільш оптимальною та фізіологічною формою руху при такій анатомічній та функціональній будові даної системи є рух по спіралі, який включає при об'ємних рухах елементи тракції і ротації. Різні кутові форми рухів у даній системі частіше за все слід вважати нефізіологічними. З огляду на це всі прийоми лікувального масажу в нашій методиці мали спіралевидний напрям, здійснюючи розтягування та зміцнювання контрактильних пучків шкіри, сполучнотканинних структур та м'язів. Застосування цього принципу на суглобах хребта робило прийоми мануальної терапії гармонічнішими, менш травматичними і в цілому більш ефективними при усуненні функціональних блоkad хребцево-рухових сегментів.

Принцип пошуку перинатальних станів є основним і об'єднуючим принципом усієї удосконаленої методики реабілітації. Адже в перинатальних станах є елементи психосоматичної спрямованості – підсвідоме прагнення знов випробувати симптоми розширення простору, розслаблення і захищеності, які, згідно з теорією трансперсональної психології, найчастіше відчуває плід у передпологовий період. Намагаючись зібрати всі найбільш ефективні елементи реабілітаційних методик, які імітують перинатальні стани, ми створили свій спосіб перинатальної релаксації, спрямований на проведення повноцінної психологічної підготовки до лікувального масажу та мануальної терапії при міофасціальному больовому синдромі.

Один реабілітаційний курс становив 10 процедур. Під час проведення реабілітації і після неї хворий повинен застосовувати комплекс вправ з лікувальної фізкультури що відповідають наведеним вище принципам.

При побудові програми фізичної реабілітації підбиралися такі засоби, котрі викликали позитивні емоції, були необтяжливими для хворого, легко виконувалися і являлися адекватними для його стану.

З метою підвищення ефективності реабілітаційних заходів ми пропонуємо дану схему (табл.1) використання засобів відновлюючої терапії при міофасціальному больовому синдромі.

Таблиця 1

Схема відновлюючої терапії для реабілітації пацієнтів з МФБС

Різко-виражений больовий синдром	Виражений больовий синдром	Слабо-виражений больовий синдром
Основна мета реабілітації - відновлення правильного рухового стереотипу і формування м'язового корсету.		
§ Ліквідація гострого больового синдрому	§ Ліквідація хронічного больового синдрому	§ Усунення нейром'язової дисфункції
§ Усунення функціональних блоків та нейром'язової дисфункції	§ Усунення нейром'язової дисфункції	§ Формування м'язового корсету
§ Покращення функції ОРА.	§ Адаптація до повсякденного життя.	§ Відновлення працездатності.
Основні методи реабілітації		
ü Руховий режим	ü Руховий режим	ü Лікувальна гім-ка
ü Фізіотерапія	ü Лікувальна гім-ка	ü Аутотренінг

• Масаж • Мануальна терапія • Лікувальна гімнастика	• Фізіотерапія • Масаж • Аутотренінг • Мануальна терапія	• Прикладні фізичні вправи • Масаж • Фізіотерапія
Індикатори якості реабілітації Ліквідація больового синдрому Відновлення рухової функції пацієнта Нормалізація психо-емоційного стану Проведення занять з пацієнтами «Корисні поради для спини»		

Об'єднавши зазначені складові частини, з точки зору відповідності патогенезу захворювання ми отримали наступні етапи реабілітаційної методики.

1. Психокорекційна частина – дихальні вправи та аутотренінг, супроводжується розслабленням, відчуттям тепла по тілу пацієнта.
2. Лікувальний масаж (поверхневий з корекцією шкірних ділянок гіперестезії) проводиться за ходом лімфотоку, характеризується тим, що практично всі прийоми проводяться поверхнево, у спіралевидному напрямі.
3. Лікувальний масаж (глибокий, з корекцією тригерних і періостальних ділянок). Всі рухи проводяться у спіралевидному напрямі. Особлива увага приділяється тригерним зонам перехідних ділянок хребта і надпліччю.
4. Елементи мануальної терапії: постізометрична релаксація м'язів (ППРМ), та прийоми тракції та мобілізації, частіше всього прийоми скручування на фоні тракції.
5. Вправи лікувальної фізкультури із застосуванням техніки перинатальної релаксації (вправи зовнішньо імітують позиції плода в утробі матері) та вправ коригуючої гімнастики.

Висновки.

Програма фізичної реабілітації при міофасціальному больовому синдромі повинна будуватися з обов'язковим дотриманням основних принципів реабілітації: визначення максимально ранніх термінів початку рухової терапії, її безперервності і етапності, розробки для кожного періоду оптимального об'єму і характеру реабілітаційних заходів, комплексності проведення фізичної терапії до досягнення максимально повного відновлення трудових і соціальних функцій та вироблення необхідних механізмів компенсації. А також з урахуванням основних аспектів генезису МФБС: психосоматичного пов'язаного з дією стресових факторів на коркові центри головного мозку, що потребує застосування психокорекційних психотерапевтичних методів; механічного, який є наслідком дії зовнішніх факторів або компенсаторної реакції організму; інволютивного, який характеризує процеси обміну речовин у м'язово-сполучній тканині різної локалізації. Тому дана перевага розробленої методики фізичної реабілітації пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом дозволяє застосовувати її в системі фізичної реабілітації хворих з даною патологією.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку вбачаємо в апробації розробленої методики програми фізичної реабілітації у пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом.

Література

1. Осіпов В.М. До питань фізичної реабілітації при міофасціальному больовому синдромі. // Збірник наукових праць «Молода спортивна наука України», випуск 11, - Львів: НФВ «Українські технології», 2007. – С. 107.
2. Осіпов В.М. Мануальний масаж як засіб фізичної реабілітації при міофасціальному больовому синдромі. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Наукова монографія за ред. проф. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ, 2007. - № 6. – С. 214–215.
3. Осіпов В.М. Якість життя хворих з міофасціальним больовим синдромом. // Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура 2008. Вип. VI, - Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, 2008. – С. 27–32.
4. Осіпов В.М. Особливості функціонального стану опорно-рухового апарату пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом. // Молода спортивна наука України: Зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 12: У 4-х т. – Львів: НФВ «Українські технології», 2008. – Т.3. С. 167–172.
5. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.

Надійшла до редакції 12.05.2008р.