

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Національний університет фізичного виховання і спорту України
Полтавський державний медичний університет
Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка
Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
ГО «Всеукраїнське об'єднання фізичних терапевтів»
Vrije Universiteit, Belgium
Strasbourg University, France**



**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ:
РЕАЛІЇ І ПЕРСПЕКТИВИ**

**Збірник наукових матеріалів VIII Всеукраїнської науково-практичної
Інтернет-конференції з міжнародною участю**

24 листопада 2022 року

Полтава 2022

Література

1. <http://ot.narod.ru/dolik/Text.html>
2. <https://socialpedagogue1.blogspot.com/p/...>
3. <http://samzan.net/47021>
4. <https://www.sites.google.com/view/abetka...>
5. https://studopedia.ru/16_87698_I-priznac...
6. <https://platfor.ma/specials/garyacha-lin...>
7. <https://www.sites.google.com/view/krshko...>
8. <https://lektsii.net/1-166642.html>

Соловійов Є.С., учень
КЗ «Полтавська ЗОШ №26»
Горошко В.І., к.мед.н., доцент
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МІОФАСЦІАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ: ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ

Стреси, перевтома, фізичні та психічні навантаження, що являються постійними супутниками людини, часто призводять до проблем зі здоров'ям. Статистика показує, що 80% населення планети мають надмірну м'язову напругу у своєму тілі, що викликає багато проблем. Нерівномірні м'язові скорочення супроводжуються сильним болем, порушенням кровотоку і обмінних процесів у тканинах, обмеженням рухової функції. Більше 40% усіх больових синдромів, локалізованих у шиї, попереку та кінцівках, походять від м'язів. Висока поширеність міалгії не дивна, оскільки в організмі людини понад 200 пар скелетних м'язів, і кожен м'яз багатий больовими рецепторами. Найпоширенішою причиною гострого м'язового болю є перевантаження або напруження м'яза чи групи м'язів. Біль у м'язах може коливатися від легкого до нестерпного. М'язова напруга, яка викликає біль, дуже поширена у людей різного віку, професій і способу життя. Стрес, хронічна м'язова дисфункція (міофасціальний больовий синдром) і, нарешті, хворобливі м'язові спазми є основними компонентами скелетно-м'язового (неспецифічного) болю[1].

Мета дослідження: аналіз етіології, діагностики та лікування міофасціального болю та ефективності застосування немедикаментозних засобів лікування у пацієнтів з міофасціальним больовим синдромом.

Результати дослідження. Короточасний больовий синдром зникає через кілька днів, якщо м'яз незначно пошкоджений. В цілому прогноз сприятливий, при одноразовому фізичному перевантаженні м'яза больовий синдром спонтанно регресує протягом 48 годин, але в деяких випадках біль зберігається, формуючи хронічний міофасціальний больовий синдром. Міофасціальний больовий синдром (МБС) – це головним чином хронічний

больовий розлад, що характеризується хронічною м'язовою дисфункцією, та являється незапальним захворюванням м'язової системи, пов'язаним із локалізованим болем і ригідністю м'язів. Цей синдром характеризується розвитком чутливих зон (тригерних точок) у м'язах, які викликають біль у непов'язаних областях (рефлекторний біль). Тригерні точки можна знайти не тільки у місці болю, але й на відстані від локалізованого болю[2]. Ще в 1843 році Frogier описав больові м'язові точки і припустив, що скелетні м'язи можуть бути відповідальними за больовий синдром. У 1949 році G. Travel запропонував термін міофасціальний біль. Однак обширні дослідження з цього питання можна знайти у G. Travel і D.G. Simmons у 1983 році. МБС може виникати у ділянці одного м'яза або групи м'язів. МБС може виникати в будь-якому поперечно-смугастому м'язі, а міофасціальний біль може локалізуватися будь-де від обличчя до гомілки. Тому не дивно, що МБС є одним із найпоширеніших больових синдромів (54% у жінок і 45% у чоловіків). Близько чверті пацієнтів із неспецифічним болем у спині мають біль, пов'язаний із МБС. На жаль, міофасціальний больовий синдром, який добре піддається лікуванню, часто залишається недостатньо діагностованим і тому не лікується. Значна кількість пацієнтів страждає від болю роками. Основною ознакою міофасціального болю є його локалізація. Згідно з традиційним визначенням міофасціального синдрому, біль у м'язах виникає з обмежених ділянок м'яза, які називаються тригерними точками [3]. Тригерна точка (ТТ) – це чутлива ділянка м'яза, яка викликає локалізований біль спонтанно або під впливом тиску. ТТ локалізуються на спазмованих м'язових тяжках, групах м'язових волокон при пальпації, де дослідник відчуває локалізований гіпертонус в обмеженій ділянці болючого м'яза, за повідомленнями пацієнтів. Ці смуги є об'єктивною знахідкою під час огляду (пальпації) пацієнтів із МБС. Локалізація ТТ визначається розподілом ноцицепторів у м'язі. Більше 70% ТТ відповідають точкам акупунктури. Рефлекторний біль виникає далеко від тригерної точки і від самого м'яза, який його викликає. Ділянки, де люди відчувають переданий біль, зазвичай болючі при пальпації, а іноді навіть при найменшому дотику. Кожен м'яз має досить чітко визначену зону рефлекторного болю і досить стабільне розташування тригерних точок. Однак діагностика МБС ускладнюється тим, що, як правило, зона болю викликається не одним активним тригером, а декількома тригерами, розташованими в суміжних або антагоністичних м'язах. Вторинні тригери утворюються природним чином у синергетичних м'язах, які постійно перевантажені, оскільки навантаження на уражений м'яз зменшується. Незважаючи на «розростання» больової зони протягом хвороби, вона залишається асиметричною і практично не мігрує на іншу половину тіла. Чутливість активних тригерів постійно змінюється і клінічно проявляється у коливаннях вираженості болю [4].

Лікування міофасціального болю обов'язково включає не тільки заходи щодо зменшення болю, але й вплив на психологічний дистрес та мотивацію пацієнтів відновити нормальний рівень активності і повернутися до професійної діяльності. Окрім посилення пригнічення больових відчуттів, деяким пацієнтам можуть бути корисні преформовані фізичні чинники (електрофорез, електросон),

які також можуть сприятливо впливати на фізіологічне відновлення. Позитивний ефект надає лікувальна фізкультура. Ефективним захистом від хворобливості м'язів є уникнення постурального напруження, щоденні режими фізичних вправ, оволодіння аутогенним тренуванням із можливістю розслаблення м'язів, уникнення не фізіологічних поз, раціональне обладнання робочого місця, відмова від куріння, контроль ваги, лікувальна гімнастика, щорічні курси аутогенного масажу.

Література

1. Hasuo Hideaki, et al. Relationships between alexisomia and the presence of latent trigger points in the upper trapezius of healthy volunteers. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 2022, 35.1: 67-73.
2. Patil, S., Daniel, G., Vyas, R., Tailor, Y., Howell, M., Ahmed, T., ... & Shrikhande, A. (2022). Neuromuscular treatment approach for women with chronic pelvic pain syndrome improving pelvic pain and functionality. *Neurourology and Urodynamics*, 41(1), 220-228.
3. Tukul, M., Beaulieu, R., & Kahana, A. (2022). Resolution of persistent traumatic supraorbital pain after neuroma excision. *Orbit*, 41(2), 253-255.
4. Kamonseki, D. H., Lopes, E. P., Van der Meer, H. A., & Calixtre, L. B. (2022). Effectiveness of manual therapy in patients with tension-type headache. A systematic review and meta-analysis. *Disability and Rehabilitation*, 44(10), 1780-1789.

Траверсе Г.М., д.м.н., професор
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ЯК ПРОФІЛАКТИКА ОСТЕОПОРОЗУ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Остеопороз є серйозною проблемою суспільної охорони здоров'я та характеризується погіршенням мікроархітектури кісткової тканини та низькою мінеральною щільністю кісткової тканини (МПК), що призводить до зниження міцності кісток, підвищення крихкості кісток та подальшого збільшення ризику переломів кістяка. Остеопороз відомий як «мовчазне захворювання», оскільки його часто не діагностують до появи симптоматичного перелому, зазвичай у старшому віці [1]. Найчастішими клінічними проявами остеопорозу є переломи стегна, хребців чи зап'ястя, частота яких збільшується із віком. Остеопоротичні переломи відповідальні за підвищену захворюваність, смертність, зниження якості життя та економічні витрати. Наприклад, за оцінками, у США у 2018 році остеопороз обійшовся у 57 мільярдів доларів, і, за прогнозами, до 2040 року ця цифра зросте до більш ніж 95 мільярдів доларів на рік [2].

Метою нашої роботи було узагальнити дані літератури щодо впливу фізичної активності на профілактику остеопорозу у людей похилого віку.