

МІОФАСЦІАЛЬНИЙ РЕЛІЗ ЯК ЗАСІБ ВТРУЧАННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ВЕРТЕБРОГЕННОМУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ БОЛЮ

Без'язична О.В.¹, Мансиров Асіф Баглар огли², Гребеник В.Д.³

¹Харківська державна академія фізичної культури, Україна

²Харківський національний медичний університет, Азербайджан

³Медичний центр фізичної реабілітації та спортивної медицини «Кінезіо»,
Харків, Україна

Анотація. У статті наведені результати дослідження ефективності застосування міофасціального релізу під час реабілітаційного втручання при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю. На основі клініко-функціональних показників доведено, що застосування міофасціального релізу як складової втручання надає більш ефективний вплив на інтенсивність та тривалість больових відчуттів та якість життя даного контингенту осіб.

Ключові слова: вертеброгенний попереково-крижовий біль, міофасціальний реліз.

Abstract. The article presents the results of a study of the effectiveness of myofascial release during rehabilitation intervention in chronic vertebrogenic lumbosacral pain. Based on clinical and functional indicators, it is proved that the use of myofascial release as a component of the intervention has a more effective effect on the intensity and duration of pain and quality of life of this group of people.

Keywords: vertebrogenic lumbosacral pain, myofascial release.

Вступ. В Україні за даними ВООЗ, захворювання хребта займають четверте місце після захворювань серцево-судинної системи, онкологічної патології і цукрового діабету [1,3]. У той же час дорасалгії займають друге місце за частотою звернень до лікаря після гострих респіраторних захворювань – близько 90% населення планети страждає від болю в спині (Оленін В.А. и соавт., 2012; Катеринчук І.П. зі співавт., 2013). Відомо, що біль м'язово-скелетного походження являється однією з провідних причин інвалідності у

осіб віком до 45 років [6,7]. Отже, це говорить про велике медико-соціальне значення та актуальність проблеми.

Мета дослідження – дослідження ефективності застосування міофасціального релізу під час реабілітаційного втручання при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю.

Завдання дослідження.

1. Розробити алгоритм реабілітаційного втручання для чоловіків молодого віку з хронічним вертеброгенним попереково-крижовим болем з використанням міофасціального релізу.

2. Оцінити ефективність застосування міофасціального релізу як складової реабілітаційного втручання для даної категорії осіб.

Методи дослідження: загальнонаукові, клініко-інструментальні, педагогічні, реабілітаційне обстеження, статистична обробка отриманих результатів.

Хід дослідження та обговорення результатів. Дослідження базується на результатах обстеження 15 чоловіків з хронічним вертеброгенним попереково-крижовим болем, які були за методикою випадкових чисел розділені на 2 групи – контрольну (КГ) - 7 осіб та основну (ОГ) – 8. Середній вік в експериментальній групі склав $36,42 \pm 1,36$, а в контрольній – $39,37 \pm 0,86$ роки.

Критеріями включення були: вертеброгенний попереково-крижовий біль з м'язово-тонічними синдромами, м'язовими дисбалансами та наявністю блокованих сегментів поперекового відділу хребта, вік від 30 до 42 років, тривалість болю 3 місяці і більше.

Критеріями виключення були: неврологічна симптоматика ураження попереково-крижових корінців, деформуючий спондиліоз з наявністю блоку остеофітів, спонділолітез, нестабільність хребетно-рухового сегменту, остеопороз, хвороба Бехтерева.

Реабілітаційне обстеження функціонального стану опорно-рухового апарату включало оцінку виразності больового синдрому та якості життя.

При первинному дослідженні інтенсивність болю за «Візуально-аналоговою шкалою болю» чоловіки обох груп оцінили як помірну, за ВАШ – $5,32 \pm 0,29$ бали у пацієнтів основної групи і $4,98 \pm 0,25$ бали – контрольної ($p > 0,05$).

При первинному дослідженні оцінка якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index в ОГ складала $31,55 \pm 2,17\%$, а в КГ $29,88 \pm 2,03\%$, що відповідає показникам «вище середнього», статистично значущої різниці досліджуваних показників не спостерігалось ($p > 0,05$).

Таким чином, аналіз результатів дослідження больового синдрому та якості життя осіб з вертеброгенним попереково-крижовим болем, дозволив окреслити основний комплекс завдань, які необхідно вирішити у процесі реабілітаційного втручання.

Під час реабілітаційного втручання для чоловіків обох груп застосовувались терапевтичні вправи, спрямовані на нормалізацію тону м'язів, поліпшення кровообігу в ушкоджених хребтно-рухових сегментах (ХРС) та хребті в цілому, зміцнення м'язового корсету, зменшення больового синдрому. Кінезотерапія проводилась за класичною методикою: вправи на розтягування з використанням фітболів, гімнастичної палиці, формування правильної постави, вправи для зміцнення м'язів тулуба та нижніх кінцівок з навантаженням, з протидією, вправи для відновлення рухливості хребта, вправи динамічного характеру з різних вихідних положень, що чергувалися з вправами на розслаблення та дихальними вправами. Тривалість заняття 40-60 хвилин, № 10-12, 3 рази на тиждень.

В основній групі замість одного заняття з кінезотерапії проводилось заняття з міофасціального релізу з прокатом масажним ролом або м'ячем BLACKROOL скелетних м'язів, що знаходились в стані гіпертонусу та/або мали тригерні точки (рис.1).

Міофасціальний реліз (МФР) — це м'який мануальний вплив на фасції з метою усунення патологічного напруження та відновлення функції вміщених у них структур (м'язів, нервів, кровоносних судин). Методика МФР ґрунтується

на уявленні про єдність і цілісність фасціальної системи, що виконує в організмі опорну, розмежувальну та захисну функції, забезпечує незалежне скорочення м'язів, охоплює всі анатомічні утворення на різних ділянках тіла, що обумовлює її інтегративну роль на рівні цілого організму. Будь-які патологічні процеси призводять до зміни механічних властивостей фасцій, що порушує функцію пов'язаних із ними органів і структур [2,6,9].



Рис. 1. Вихідні положення для проведення МФР

Для правильної інтерпретації пальпаторних даних при виявленні ущільнень або рубців застосовують прийом пошарового зсуву пальпованих тканин. У зв'язку з цим існує поняття «бар'єр тканин» — перешкода, що виникає при активному або пасивному русі при вичерпанні його обсягу.

Прийом розтягування тканин використовують для оцінки здатності шкіри розтягуватися в будь-якому напрямку. Діагностичне значення має опір до розтягнення в певному напрямі. Способи проведення прийому: розтягування в протилежних один до одного напрямках; перехресне розтягування; зсув шкіри в одному напрямі до виявлення бар'єру; надалі напрям вектора змінюється;

натискання одним пальцем у глибину тканини при одночасному розтягуванні шкіри в протилежному напрямі.

Принципи технік МФР: точка входу (point of entry); тиск (tension); розтягування (traction); скручування (twisting). Особливості виконання МФР: рух у ритмі тканин самого пацієнта; рух за тканиною; пошарове дослідження тканин; розслаблені руки фізичного терапевта; постійний контакт із тілом; конгруентність рук фізичного терапевта й тіла пацієнта; робота в зонах напруження з контролем зміни якості руху тканини; робота на великих поверхнях; можливість робити акценти на певних векторах триплощинних рухів або окремих елементах опрацьовуваної ділянки.

Техніка і правила проведення МФР у скороченому вигляді [5]: занурення і дихання; прокатування уздовж і поперек м'язових волокон; рух 3D; три ступеня впливу: прокатка в спокійному стані, розтягнення і скорочення м'язів при неперервному тиску на тригерні точки, прокатка в розтягнутому стані; темп дуже повільний; ступінь впливу від 1–10 за шкалою болю (рекомендується працювати на 6–7); впливати на поперек тільки м'яким ролером; за одне групове заняття опрацьовується 6–8 зон; при проблемах з нирками спини краще не «прокатувати»; не можна впливати на сам хребет; виключати прогини в грудному і поперековому відділі; впливати можна тільки на м'язи і фасції. Розкочування (прокатування, викочування) сухожилля і вплив на кістки заборонено; при роботі з м'ячем рухи повинні бути не прямі, а кругові, враховуючи геометричну форму аплікатора.

У відповідь на МФР у пацієнта можливі реакції — загальні (релаксація; відчуття тепла; втома; тремтіння; збільшене сечовипускання; нудота; запаморочення) і місцеві (почервоніння шкіри; м'язові скорочення; підвищення шкірної температури; збільшення обсягу руху тканин) [2].

При повторному дослідженні середньостатистичні значення інтенсивності болю за ВАШ істотно змінились в обох групах та достовірно нижчі в ОГ.

Виразність болю за ВАШ зменшилася в 3,42 рази – в основній групі, тоді як в контрольній – лише в 2,32 рази ($p < 0,05$).

При повторному дослідженні оцінка якості життя за опитувальником Oswestry Disability Index спостерігалось статистично значуще покращення показників у чоловіків ОГ та КГ в порівнянні з первинним дослідженням. Середній показник в ОГ складав $10,15 \pm 1,97\%$, а в КГ $14,33 \pm 1,06\%$ ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що у 43% осіб ОГ спостерігались «відмінні показники».

Отже, застосування міофасціального релізу як складової реабілітаційного втручання надає більш ефективний вплив на інтенсивність та тривалість больових відчуттів та якість життя чоловіків молодого віку з хронічним вертеброгенним попереково-крижовим болем.

Висновки. Реабілітаційне втручання для чоловіків основної групи модифікували наступним чином: замість одного заняття з кінезотерапії проводилось заняття з міофасціального релізу з прокатом масажним ролом або м'ячем BLACKROOL.

На основі дослідження показників больових відчуттів та якості життя чоловіків обох груп, ми дійшли висновку, що при повторному дослідженні в основній групі після застосування міофасціального релізу як складової реабілітаційного втручання вони були кращими, що позитивно впливає на зменшення больових відчуттів та якість життя ($p < 0,05$).

Отже, результати дослідження довели ефективність застосування міофасціального релізу як складової реабілітаційного втручання при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням ефективності застосування міофасціального релізу у даної категорії осіб як самостійного домашнього тренування.

Література

1. Без'язична О.В., Мансиров Асіф Баглар огли. Масаж при хронічному вертеброгенному попереково-крижовому болю. Актуальні питання сучасного

масажу: збірник статей XI міжнародної науково-практичної конференції, 24-25 квітня 2020 р., ХДАФК, 2020. С. 3-10.

2. Губенко В.П., Федоров С.М., Ткаліна А.В., Зачатко Т.М. Мануальна терапія в лікуванні та реабілітації хворих із руховими порушеннями. *Международный неврологический журнал*. 2014. №7 (69). С. 94-100.

3. Лазарева О. Фізична реабілітація хворих із вертеброгенною патологією. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2008. №2. С. 74–78.

4. Майерс Томас, Джеймс Эрлз. Фасциальный релиз для структурного баланса. Київ: Форс Україна, 2020.- 320 с.

5. Мартинюк О., Кравченко К. Міофасціальний реліз як групове фітнес-заняття. Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення: матеріали XII Міжнар. наук.-практ. конф., 23–24 квітня 2020 р., Львів, 2020. С. 175-179.

6. Миофасциальный релиз в работе фитнес тренера: рабочая тетрадь. Москва: Академия Фитнеса и танцев «MASTER», 2019. 35 с.

7. Сасько І.А, Без'язична О.В., Манучарян С.В. Фізична терапія чоловіків молодого віку при вертеброгенному попереково-крижовому болю. *Здоров'я, спорт, реабілітація*. 2019. № 5 (4). С. 57-66.

8. Paolucci T., Attanasi C., Cecchini W., Marazzi A., Capobianco S.V., Santilli V. Chronic low back pain and postural rehabilitation exercise: a literature review. *J Pain Res*. 2018. № 12. P. 95–107.

9. <https://www.blackroll.com.ua>