



2. Богачева Л. А., Ушаков Г. Н., Вахлаков А. Н. Амбулаторное лечение болей в спине. Сообщение I и II. Неврологический журнал. 2018. № 3. С. 39–45.
3. Дривотинов Б. В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб. пособие. Мн.: БГУФК, 2015. 211 с.
4. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>
5. Солодкова С. Ю., Куташов В. А., Гурина И. С., Башлакова Т. Ю. Остеохондроз позвоночного столба у пожилых людей. Особенности реабилитации. Молодой ученый. 2016. №2. С. 387–390.

Ткаченко О. А.,
Міхеєнко О. І.

Tkachenko O. A.,
Mikheenko O. I.

PHYSICAL THERAPY FOR A WOMAN WITH MYOFASCIAL PAIN WITH DISFUNCTIONAL DYSFUNCTIONAL DISEASE SYNDROME

The statistic has analyzed the science of dysfunctions from nutrition and treatment of myofascial pain dysfunction and describes the program of physical therapy for women with myofascial pain dysfunctional syndrome of exposure.

Key words: *women, exposure, pain syndrome, myofascial massage, RF-lifting, post-isometric relaxation.*

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ ДИСФУНКЦІОНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ ОБЛИЧЧЯ

У статті проаналізовано наукові джерела з питань виникнення та лікування міофасціальної больової дисфункції обличчя та описано програму фізичної терапії жінок з міофасціальним больовим дисфункціональним синдромом обличчя.

Ключові слова: *жінки, обличчя, больовий синдром, міофасціальний масаж, RF-ліфтинг, постізометрична релаксація.*

Постановка проблеми. Міофасціальний больовий синдром обличчя у вітчизняній літературі найчастіше описується, як больова дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба. Однак, існують й інші найменування цього розладу: м'язово-суглобова дисфункція, функціональне дистензійне захворювання, позасуглобові захворювання м'яких тканин обличчя, оклюзійно-артикуляційний синдром, черепно-нижньощелепний дисфункціональний синдром, міофасціальний больовий дисфункціональний синдром, синдром Костена та ін. Міофасціальний больовий дисфункціональний синдром обличчя є комплексною патологією, що включає в себе такі симптоми як: біль в очах, хворобливість при дослідженні



жувальних м'язів, обмеження відкривання рота, клацання в скронево-щелепному суглобі. Механізм даної патології пов'язаний з тривалим напруженням жувальних м'язів і формуванням в них так званих «тригерних точок», які є джерелом больової іррадіації в сусідні ділянки обличчя і обмежують рух нижньої щелепи [1].

Терапія пацієнтів з прозопалгіями включає седативні препарати, транквілізатори, при необхідності антидепресанти в поєднанні з міорелаксантами. На думку більшості авторів, крім медикаментозного лікування, необхідна також кінезотерапія, лікувальний міофасціальний масаж, фізіотерапія, психотерапія. Однак до теперішнього часу можливості фізичної терапії при міофасціальному больовому синдромі обличчя вивчені недостатньо. Майже повна відсутність засобів фізичної терапії в комплексному лікуванні пацієнтів з прозопалгіями підкреслюється вітчизняними та іноземними авторами [3].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Особливостями перебігу означеної патології та питаннями реабілітаційної допомоги пацієнтам з міофасціальним больовим синдромом обличчя займалися вітчизняні та іноземні науковці, серед них – О. Р. Орлова, Н. Р. Мінгазова (2010); М. М. Орос (2016); R.Ohrbach, S. F.Dworkin (2016); Є. А. Барулін, О. В. Курушина, Б. М. Калиниченко, А. А. Друшляков (2020) та ін.

Мета дослідження – проаналізувати причини та наслідки виникнення міофасціального больового дисфункціонального синдрому обличчя та розробити програму фізичної терапії для жінок з даною патологією.

Об'єкт дослідження: процес фізичної терапії жінок з міофасціальним больовим дисфункціональним синдромом обличчя.

Предмет дослідження: структура та зміст програми фізичної терапії жінок з міофасціальним больовим дисфункціональним синдромом обличчя.

Методи дослідження: аналіз спеціальної літератури; медико-біологічні (аналіз медичних карт та документації); педагогічні (констатувальний експеримент, формувальний експеримент, спостереження).

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. У Міжнародному класифікаторі хвороб МКХ-11 міофасціальний больовий синдром обличчя зафіксований в рамках класу хвороб м'язової системи та сполучної тканини, за кодом G50.1 – атипічний біль обличчя [4].

Програма лікування жінок з міофасціальним больовим синдромом обличчя, що реалізовувалася в умовах клінічної лікарні та приватного косметологічного кабінету містила в собі алгоритм застосування медикаментозних засобів та засобів фізичної терапії (рис. 1).

Організація процесу фізичної терапії жінок з міофасціальним больовим синдромом обличчя проводилася за наступним планом: обстеження жінок для визначення основних порушень та обмежень функціонування; прогнозування результатів застосування програми фізичної терапії; планування реабілітаційного втручання; впровадження програми фізичної терапії; оцінка результатів втручання.



Рис. 1. Алгоритм програми лікування та фізичної терапії жінок з міофасціальним больовим синдромом обличчя

Оскільки впровадження програми фізичної терапії тривало 21 день, поставити довготермінові цілі (від 1 місяця) було неможливо, тому були сформовані тільки короткотривалі цілі.

Короткотривалими цілями програми фізичної терапії жінок з міофасціальним больовим синдромом обличчя стало:

1. Зниження інтенсивності нейропатичного болю обличчя та зменшення кількості його рецидивів.
2. Поліпшення амплітуди руху нижньої щелепи та збільшення сили жувальних м'язів.
3. Зменшення проявів тривоги та депресії.
4. Повернення до повноцінного функціонування у побуті та на роботі.

Ін'єкції ботулотоксину типу А застосовували в умовах клінічної лікарні з метою купірування атаки гострого болю і профілактичного лікування, спрямованого на зниження частоти, тривалості та інтенсивності нападів при міофасціальних болях обличчя [2].

Прийом міорелаксантів призначали жінкам з чітко вираженим синдромом тривоги та депресії, що проявлялося у порушенні сну, зниженні концентрації уваги, відчутті передобморочного стану, зниженні апетиту, втрати ваги, занепокоєнні та ін.

Міогімнастична кінезотерапія застосовувалася для зняття болю, відновлення рухів в суглобах і координування ритмічних скорочень жувальних м'язів, збудження або розслаблення окремих м'язових груп.

Згідно систематизації міогімнастичні вправи було поділено за завданнями, а також за участю у їх проведенні: фізичний терапевт чи пацієнт (табл.1).



Таблиця 1

Систематизація міогімнастичних вправ

Міогімнастичні вправи	Виконує	
	Фізичний терапевт	Пацієнт
1. Міогімнастичні вправи, призначені для відновлення стану структур м'язів обличчя: - розтягнення м'язово-зв'язкового апарату і капсули нижньої щелепи; - нормалізація положення міжсуглобових зв'язків.	+	
2. Міогімнастичні вправи, призначені для інактивації тригерної точки – зняття больової симптоматики: - інактивація тригерної точки в жувальних м'язах; - інактивація тригерної точки в м'язах шиї;	+	+
3. Міогімнастичні вправи, спрямовані на нормалізацію рухів нижньої щелепи при відкриванні порожнини рота		+
4. Міогімнастичні вправи призначені для відновлення ритмічного координованого скорочення жувальних м'язів		+
5. Міогімнастичні вправи призначені для збільшення сили окремих м'язових груп: - ізометричне скорочення жувальних м'язів; - вправи для підвищення сили м'язових скорочень;	+	+
6. Міогімнастичні вправи, призначені для розслаблення певних м'язових груп: - методика розтягування жувальних м'язів.	+	
7. Міогімнастичні вправи, призначені для підвищення рухливості нижньої щелепи.		+
8. Міогімнастичні вправи, призначені для відновлення функціонування м'язів шиї: - міогімнастика для підвищення рухливості шийного відділу хребетного стовпа; - міогімнастика, для зміцнення м'язів шиї; - розминка грудинно-ключично-соскоподібного м'яза; - ізометричні вправи для скорочення м'язів шиї.		+

Міофасціальний масаж обличчя застосовувався з метою ліквідація набряку і застійних явищ, поліпшення нервової провідності і збудливості, поліпшення крово- і лімфообігу в м'язах обличчя і відновлення функції мимічної мускулатури [6].

Сутність постізометричної релаксації (ПІР) полягає в поєднанні короткочасного ізометричного напруження м'язу мінімальної інтенсивності з наступним його пасивним



розтягуванням. В результаті циклічного виконання зазначених дій м'яз розслаблюється, купірується його хворобливість.

Для досягнення поставлених цілей розробленої програми фізичної терапії було проведено ПІР наступних м'язів обличчя та шийно-комірцевої ділянки: круговий м'яз ока, м'яз піднімач верхньої губи та крила носа, великий і малий виличний м'яз, щоки, круговий м'яз рота, жувальний м'яз, латеральний та медіальний крилоподібний м'яз, м'язи згиначі голови та шиї, м'язи розгиначі голови та шиї, косі м'язи голови [5].

Перспективою подальших досліджень є безпосередній аналіз результатів впровадження програми фізичної терапії жінок з міофасціальним больовим синдромом обличчя на основі функціональних методів (пальпація жувальних м'язів, вимірювання амплітуди руху нижньої щелепи, візуально-аналогова шкала болю (ВАШ), шкала тривоги Гамільтона, мануально-м'язове тестування (ММТ), опитувальник DN4 для діагностики виду болю).

Висновки. Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури вказує, що причиною виникнення міофасціальної больової дисфункції обличчя може бути м'язова втома, напруження і болючість жувальних м'язів, що виникають внаслідок звичного стискання зубів при психічному перенапруженні. При хронічному стресі постійне м'язове перенапруження сприяє формуванню міофасціальних розладів в жувальній мускулатурі. В літературних джерелах було знайдено безліч методик з лікування гострого міофасціального больового синдрому обличчя, що включало седативні препарати, транквілізатори, при необхідності антидепресанти в поєднанні з міорелаксантами. Однак застосування фізичної терапії при даній патології вивчено недостатньо. В наукових джерелах зустрічаються поодинокі згадування про ефективність кінезотерапії, масажу та фізіотерапії при міофасціальному больовому синдромі обличчя. Планування фізичної терапії для жінок з міофасціальним больовим синдромом обличчя здійснювалося відповідно до визначених проблем на етапі обстеження та встановленої цілі. Розроблена програма фізичної терапії жінок з міофасціальним больовим синдромом обличчя містила застосування медикаментозної терапії в умовах стаціонару клінічної лікарні (ін'єкції ботулінічного токсину типу А та прийом міорелаксантів) та засобів фізичної терапії частково в умовах приватного косметологічного кабінету (міогімнастична кінетотерапія, міофасціальний масаж обличчя, постізометрична релаксація, RF ліфтинг).

Список використаної літератури:

1. Барулин А. Е., Курушина О. В., Калинченко Б. М., Друшлякова А. А. Диагностика миофасциальной лицевой боли. Экспериментальная и клиническая оториноларингология, 2020. №1. С.41–44.
2. Мингазова Н. Р., Орлова О. Р. Миофасциальный болевой синдром лица: клиника, диагностика и лечение с применением ботулинического токсина типа А. Эффективная фармакотерапия в неврологии и психиатрии, 2010. №1. С. 36–42.



3. Орос М. М. Міофасціальний біль обличчя. Український неврологічний журнал, 2016. № 2. С. 101–105.
4. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>
5. Сорокоумов Г. Л. Болевая дисфункция лица: клиника, диагностика. Клиническая неврология, 2018. № 4. С.22–24.
6. Ohrbach R., Dworkin S. F. The Evolution of TMD Diagnosis. Journal of Dental Research, 2016. № 95. P. 1093–101.

Фененко А. В.,
Лянной Ю. О.

Fenenko A. V.
Liannoi Yu. O.

PHYSICAL THERAPY OF PARTICIPANTS IN COMBATING WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE CERVICAL AND THORACIC SPINE

The article analyzes the scientific and methodological and medical literature on rehabilitation in osteochondrosis of the cervical and thoracic spine, considers the causes, clinical syndromes, classification of osteochondrosis of the cervical and thoracic spine and highlights the most effective means of physical therapy.

Key words: physical therapy, servicemen, osteochondrosis, physical condition, therapeutic exercises, postisometric relaxation.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНО- ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У статті проаналізовано науково-методичну та медичну літературу з питань реабілітаційного втручання при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта, розглянуто причини виникнення, клінічні синдроми, класифікацію остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта і висвітлено найбільш ефективні засоби фізичної терапії.

Ключові слова: фізична терапія, військовослужбовці, остеохондроз, фізичний стан, терапевтичні вправи, постізометрична релаксація.

Постановка проблеми. Остеохондроз хребта є найбільш типовим дистрофічно-деструктивним процесом, який розвивається в кістково-хрящовій тканини і проявляється змінами міжхребцевих дисків, м'язово-зв'язкового апарату, що оточують хребет, а також біомеханічними змінами тканин хребетного стовпа. Особливо цей процес характерний для осіб середнього віку. Після 30 років кожна п'ята людина в світі страждає дискогенним радикулітом, який є одним із проявів остеохондрозу [4]. В цілому ж, неврологічні симптоми остеохондрозу хребта виявляються, за даними різних авторів, у 40–80% дорослого населення планети. В останні роки в комплексній терапії та профілактиці загострень остеохондрозу все