



6. Кудина Е.В., Рачек И.И., Ларина В.Н. Артериальная гипотензия: диагностика, немедикаментозные и медикаментозные методы лечения // Лечебное дело. 2015. № 2. С.4–9.
7. Кулагин А.Е., Сикорский А.В., Чичко А.М. Артериальная гипертензия и гипотензия у детей: патофизиология, клиника, неотложная терапия: учеб.-метод. пособие. Минск: БГУ, 2014. 43 с.
8. Кудрявцева Е.Н. Особенности кардиальной и церебральной гемодинамики, социально-психологической адаптации и качества жизни у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2016. 18 с.
9. Марушко Ю.В., Гищак Т.В. Артеріальна гіпотензія. К., 2019. URL: <https://health-ua.com/article/43069-arteralna-gpotenzya>
10. Марушко Ю.В., Хомич О.В., Гищак Т.В. Роль вітамінів групи В у лікувальних заходах при первинній артеріальній гіпотензії // Дитячий лікар. 2016. № 2 (47). URL: <https://d-l.com.ua/ua-issue-article-482>
11. Микляев О.О. Початкові форми цереброваскулярної патології у хворих на артеріальну гіпотензію: патогенетичні, діагностичні і лікувальні аспекти: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15. Харків, 2007. 20 с.
12. Наказ МОЗ України «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування кардіоревматологічних хвороб у дітей» від 19.07.2005 № 362. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0362282-05>
13. Петрова И.В. Диагностические гемодинамические критерии первичной артериальной гипотензии у детей и подростков, адекватность ее терапии: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09. Волгоград, 2004. 159 с.: ил. URL: <http://www.dslib.net/infekcion-bolezni/diagnosticheskie-gemodinamicheskie-kriterii-pervichnoj-arterialnoj-gipotenzii-u.html>
14. Самсонова О.А. Клиническая характеристика и структурно-функциональные параметры нарушений венозного кровообращения нижних конечностей у молодых женщин с идиопатической артериальной гипотензией: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.05. Пермь, 2017. 17 с.
15. Сикорский А.В., Агеенкова Е.К. Семейные факторы формирования артериальной гипотензии у детей. URL: <http://www.elib.bsu.by/bitstream/123456789/11355/1>
16. Чефранова Ж.Ю. Идиопатическая артериальная гипотензия: диагностика, лечение. Изд-во: Академия Естествознания, 2008. URL: <https://monographies.ru/ru/book/view?id=26>

Щербак В. С.,
Карпенко Ю. М.

Shcherbak V. S.
Karpenco Yu. M.

PHYSICAL THERAPY OF WRESTLER ATHLETES WITH MYOFASCIAL PAIN SYNDROME IN THE INTER-FOGGY PERIOD

The article deals with the principles of recovery of athletes of fighters with myofascial pain syndrome by means of physical therapy in the inter-combat period and the results of the effectiveness of rehabilitation measures are highlighted.

Keywords: athletes, myofascial pain, rehabilitation, training, physical activity.



ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ СПОРТСМЕНІВ БОРЦІВ З МІОФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ У МІЖЗМАГАЛЬНИЙ ПЕРІОД

У статті розглянуто принципи відновлення спортсменів борців з міофасціальним больовим синдромом засобами фізичної терапії у міжзмагальний період та висвітлено результати ефективності реабілітаційних заходів.

Ключові слова: спортсмени, міофасціальні болі, реабілітація, тренування, фізична активність.

Постановка проблеми. Спорт – це явище що має ряд серйозних протиріччів і вагань. З одного боку постійні заняття фізичними вправами сприяють збереженню здоров'я та зміцненню організму, а з іншого, спорт, провокує організм спортсменів до виявлення різних патологічних змін та захворювань. Збільшення обсягу та інтенсивності тренувальних навантажень, постійне зростання спортивних результатів і посилення конкуренції мають значний фізичний і психоемоційний вплив на організм людини, що неминуче призводить до різних захворювань, особливо опорно-рухового апарату [2]. Наукові дослідження констатують, що погіршення показників здоров'я спортсменів відбувається на всіх етапах підготовки і залежить від чинників тренувальної та змагальної діяльності [4].

Пошкодження або захворювання опорно-рухового апарату у спортсменів борців супроводжуються раптовим і різким припиненням тренувальних занять, викликають порушення встановленого рухового стереотипу, що тягне за собою хворобливу реакцію всього організму. Больовий синдром може бути обумовлений як гострою травмою, так і тривалою регулярною мікротравматизацією м'яких тканин спини та попереку. Біль є фактором, що лімітує фізичну активність спортсменів борців [1].

Міофасціальний больовий синдром – біль у м'язах, що характеризується локальним і поширеним боєм. Особливістю даної патології є наявність змін в м'яких, переважно в м'язово-сухожильних структурах, в так званих міофасціальних тригерних ділянках (точках). Причиною виникнення міофасціальних больових синдромів є тривалі стереотипні асиметричні рухи зі статико-динамічним навантаженням і особливості методики тренувально-змагального процесу, негативний вплив яких посилюється в несприятливих умовах зовнішнього середовища і при наявності вогнищ хронічної інфекції [6].

Аналіз актуальності проблеми сприяє пошуку нових рішень відновного лікування та розробки нових програм фізичної терапії спортсменів з міофасціальним больовим синдромом в міжзмагальний період. При цьому слід пам'ятати, що грамотна побудова програм профілактичної та реабілітаційної спрямованості можливо тільки при врахуванні чинників ризику виникнення та прогресування патології, визначення яких стає можливим завдяки аналізу результатів функціональних досліджень.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та розробити програму фізичної терапії для спортсменів борців, які страждають на міофасціальний больовий синдром у міжзмагальний період для покращення функціональних можливостей, повернення активності в повсякденному житті.

Методи та організація дослідження. Дослідження проводилось на базі навчально-реабілітаційного центру Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка. У експерименті брало участь 11 спортсменів борців з міофасціальним больовим



синдромом. У дослідженні не відбувалося поділу на дві експериментальні групи для порівняння результатів. Дослідження проводилося тільки на основній групі спортсменів борців і порівнювалися результати функціональних проб і шкал до і після впровадження програми фізичної терапії. Середній вік хворих становив 28 років. На початку експерименту 35% спортсменів скаржилися на міофасціальний біль в ділянці попереку, 49% спортсменів – в міжлопаточній ділянці та 16% – шийно-комірцева зона.

Основні завдання розробленої програми фізичної терапії спортсменів борців: зміцнення м'язів шиї, плечового пояса, поперекового відділу хребта з метою стабілізації хребта; відновлення оптимального динамічного стереотипу, усунення патобіомеханічних змін хребта, зменшення больових відчуттів у тригерних ділянках.

Засобами фізичної терапії для вирішення цих завдань є: фізичні вправи, спрямовані на релаксацію уражених м'язів; фізичні вправи в ізометричному і фізіологічному режимі; фізичні вправи на фітболі; метод постізометричної релаксації, лікувальний масаж [3].

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.

Фізичну терапію спортсменів борців з міофасціальним больовим синдромом проводили в 3 етапи.

Перший етап (2–3 дні) – був спрямований на міорелаксацію. Завданнями фізичної терапії на цьому етапі були купірування болю і зниження м'язового спазму за рахунок інактивації тригерних точок фізичними вправами, ішемічної компресії, постізометричною релаксацією, корекцією положенням, лікувальним масажем і дихальними вправами.

Другий етап (10–14 днів) – міокорекція і створення оптимального рухового стереотипу. Завданнями 2-го етапу було відновлення нормального крово- і лімфообігу в ділянці патологічного вогнища з метою стимуляції регенеративно-репаративних процесів, усунення патобіомеханічних змін хребта і зміцнення м'язів шиї, плечового пояса і поперекового відділу хребта (відновлення балансу між фазичними і постуральними м'язами). Засобами фізичної терапії на цьому етапі є фізичні вправи різної спрямованості (на релаксацію м'язів, ізометричні, ізотонічні, з використанням фітболів), масаж і рефлекторні дії – постізометрична релаксація, та інактивація тригерних ділянок в поєднанні з точковим масажем.

Третій етап (4–6 тижнів) – міотонізація і закріплення нових статокінетичних установок. Завданнями цього етапу були подальше зміцнення м'язів шиї, плечового пояса і поперекового відділу хребта і відновлення оптимального динамічного стереотипу. До засобів фізичної терапії на цьому етапі додаються спеціальні вправи в залежності від характеру деформації хребта (гіполордоз або гіперкіфоз), вправи з дозованим опором і обтяженням, на гімнастичних снарядах і з гімнастичними предметами, вправи і плавання в басейні [5].

Вихідні показники вираженості больового синдрому спортсменів борців проводилися по чотирьохзначній візуальноаналоговій шкалі болю (ВАШ). За шкалою ВАШ максимальний рівень болю (від 7 до 10 балів) «прямо зараз» відзначило 2 (18%) спортсмени. Середній рівень болю (від 4 до 6 балів) відзначили 8 (72%) спортсменів, при цьому незначний рівень болю (від 1 до 3 балів) був виявлений у 1 спортсмена (105%). У «найгірші періоди хвороби» максимальний рівень болю (від 7 до 10 балів) відзначили 7 спортсменів (63%), середній рівень болю (від 4 до 6) – 4 спортсмени (37%), низький рівень болю не відзначався (табл. 1).



Таблиця 1

**Характеристика больового синдрому за ВАШ у спортсменів борців
до фізичної терапії (n=11)**

Питання анкети		Кількість спортсменів які позитивно відповіли на питання		
		Значення шкали		
		1–3	4–6	7–10
1	Оцініть вашу біль в даний момент	1	8	2
2	Який ваш середній рівень болю	2	8	1
3	Який ваш рівень болю в період ремісії захворювання (як близько він до нуля)	1	10	
4	Який ваш рівень болю в період загострення захворювання (як близько він до десяти)		4	7

Після реалізації програми фізичної терапії за шкалою ВАШ і максимальний рівень болю (від 7 до 10 балів) «прямо зараз» залишив поза увагою жоден із спортсменів. Середній рівень болю (від 4 до 6 балів) відзначили 3 (28%) спортсмени, при цьому незначний рівень болю (від 1 до 3 балів) був виявлений у 8 спортсменів (72%). У «найгірші періоди хвороби» максимальний рівень болю (від 7 до 10 балів) відзначили 2 спортсмени (18%), середній рівень болю (від 4 до 6) – 8 спортсменів (72%), низький рівень болю відзначив тільки 1 спортсмен (10%) (табл. 2).

Таблиця 2

**Характеристика больового синдрому за ВАШ у спортсменів борців
після фізичної терапії (n=11)**

Питання анкети		Кількість спортсменів які позитивно відповіли на питання		
		Значення шкали		
		1–3	4–6	7–10
1	Оцініть вашу біль в даний момент	8	3	
2	Який ваш середній рівень болю	4	7	
3	Який ваш рівень болю в період ремісії захворювання (як близько він до нуля)	6	5	
4	Який ваш рівень болю в період загострення захворювання (як близько він до десяти)	1	8	2

Висновки. Здійснивши теоретичний аналіз і узагальнення науково-методичної літератури з питання фізичної терапії при міофасціальному больовому синдромі, виявлених під час дослідження у спортсменів борців, встановлено, що принциповими особливостями фізичної терапії спортсменів з вільної боротьби при міофасціальних больових синдромах є: максимально ранній початок заходів фізичної терапії, комплексність використовуваних методів і засобів відновлення, оцінка ступеня клініко-функціонального стану спортсмена і його можливості відновити нормальний тренувальний процес. Розроблена програма фізичної терапії для спортсменів борців з міофасціальним больовим синдромом включає кінезотерапію, механотерапію,



лікувальний масаж. Використання всіх вищезгаданих засобів сприяє поліпшенню функціональної здатності організму спортсмена з вільної боротьби і всіх його систем, що були порушені внаслідок міофасціального больового синдрому.

Література:

1. Харченко Г. Д. Основные принципы восстановления спортсменов с миофасциальным болевым синдромом с учётом психологического аспекта их реабилитации. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2014. № 8. С. 29–33.
2. Харченко Г.Д. Динамическая электронейростимуляция в реабилитации спортсменов, специализирующихся в стрельбе из лука. *Молодий вчений*. 2018. № 4.3. С. 93–96.
3. Симонс Д. Г., Трэвелл Ж. Г. Симонс Л. С. Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по триггерным точкам: Пер. с англ.-2-е изд., переработанное и дополненное. Москва: Медицина, 2005. 1192 с.
4. Валеев Н. М. Восстановление работоспособности спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата. Москва: Физическая культура, 2009. 304 с.
5. Рачин А. П., Якунин К. А., Дешешко А. В. Миофасциальный болевой синдром: руководство. Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2011. 120 с.
6. Дмітрієва Н. С. Фізична терапія при захворюваннях опорно-рухового апарату у спортсменів з кульової стрільби. *Молодий вчений*. 2019. № 2. С. 967–371.