

УДК 378.146

DOI <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2020.69-3.24>**С. І. Статсьєв**кандидат педагогічних наук, доцент,  
завідувач кафедри фізичної реабілітації та здоров'я людини  
Класичного приватного університету**Г. В. Тарасова**магістрантка кафедри фізичної реабілітації та здоров'я людини  
Класичного приватного університету

## КОМПЛЕКСНІ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МІАЛГІЄЮ ШІЙ

*Розглянуто основні аспекти комплексного немедикаментозного відновлення функцій у пацієнтів із міалгією ший в умовах студії масажу «Луунг». Визначено, що вертеброгенні захворювання м'язової системи є однією з основних причин тимчасової, а іноді й стійкої втрати працездатності. Майже 90% людей за своє життя страждало від шийних, грудних або поперекових болів, пов'язаних зі змінами в опорно-руховому апараті. Актуальність цієї проблеми залишається високою протягом багатьох десятиліть. Додаткове використання комплексних немедикаментозних впливів на пацієнтах із міалгічним синдромом ший у віці 30–40 років приводить до найшвидшого та якісного результату лікувального процесу, ніж використання стандартних програм оздоровлення в умовах студії масажу «Луунг».*

*Про біль у шийному відділі найчастіше повідомляється пацієнтами. Це пов'язано з великою рухливістю шийного відділу хребта в поєднанні з дією на нього досить високих навантажень. Крім того, міжхребцеві диски й м'язи в цьому відділі набагато тонші, ніж в інших відділах, і через це мають легкість травмування. Слід також зазначити, що шия як анатомічна область тіла включає велику кількість компактно розташованих органів, взаємозв'язок яких зі спинним мозком іноді дуже складний [3]. Однак незалежно від місця виникнення біль має ті самі причини й механізми розвитку. Серед основних причин вертеброгенного больового синдрому розрізняють такі патологічні стани хребта й відповідні види болю: хвороби шийки матки, міофасціальний больовий синдром, міозит, міофіброз, остеохондроз.*

*Для хребта характерні запальні захворювання та різні деформації. Таке захворювання, як анкілозуючий спондилоартрит, або хвороба Бехтерева (запалення всіх суглобів хребта й відкладення солей у навколишніх хребетних зв'язках), призводить до різкого обмеження рухливості хребта. При ревматоїдному артриті хребта в запальний процес втягується переважно шийний відділ, в якому вражаються два верхні хребці. Псоріатичний артрит виникає у хворих на псоріаз. При цьому захворюванні буває несиметричне запалення суглобів, а псоріаз, як відомо, це шкірне захворювання. Причини переходу шкірного захворювання на суглоби не встановлені.*

**Ключові слова:** пацієнти, міалгія ший, відновлення, фізична терапія.

**Постановка проблеми.** Проблема больового синдрому, пов'язаного з ураженням м'язів і фасцій і званого міофасціальним, досить доречна. Оскільки м'язовий біль не є визначеною нозологічною формою, він привертає увагу не тільки неврологів, але і вертебологів, ревматологів і лікарів інших спеціальностей [1]. Це пов'язано, насамперед, з частотою виникнення хронічного больового синдрому, що призводить до тривалої втрати працездатності в осіб молодого віку.

Так, за оцінкою більшості авторів, які проводили епідеміологічні дослідження, поширеність м'язового болю в спині й кінцівках серед населення становить до 64%. Водночас у більшості цих досліджень особи старше 65 років становили не більше 7–18%. Поширеність болю скелетно-м'язового походження досягає найбільшої величини в середньому віці й зменшується в наступні роки. Так, за даними досліджень пацієнти від 30 до

59 років становлять 75% всіх хворих з такою патологією. М'язовий біль відзначається у 36,9% чоловіків і 64,7% жінок у віці від 30 до 60 років [2].

Крім поширеності м'язово-скелетного болю медичною та соціальною проблемою є значна втрата працездатності й велика вартість лікування пацієнтів. Так, у Великобританії внаслідок болю в спині було загублено 90 млн робочих днів, що поступалося тільки втратам при захворюваннях органів дихання і кровообігу. В Україні немає даних про економічні витрати на лікування такої категорії пацієнтів. Але, наприклад, у Сполучених Штатах Америки (далі – США) щорічна сума, яку витрачають на терапію міофасціальної больової дисфункції, складає 1 млрд дол. [3].

Вертеброгенні захворювання м'язової системи є однією з основних причин тимчасової, а іноді й стійкої втрати працездатності. Майже 90% людей за своє життя страждали від шийних,

грудних або поперекових болів, пов'язаних зі змінами в опорно-руховому апараті. Актуальність цієї проблеми залишається високою протягом багатьох десятиліть [4].

Скарга на біль у шийному відділі найбільш часто пред'являється хворими. Зумовлено це великою рухливістю шийного відділу хребта в поєднанні з дією досить великих навантажень на нього. До того ж міжхребцеві диски й м'язи в даному відділі набагато тонші, ніж в інших відділах, чим і зумовлена легкість їх травматизму. Слід також відзначити той факт, що шия як анатомічна область тіла містить велику безліч компактно розташованих органів, взаємини яких з хребетним стовпом іноді дуже складні. Однак незалежно від місця виникнення біль має одні й ті ж причини й механізми розвитку. Серед основних причин вертеброгенного больового синдрому виділяють наступні патологічні стани хребетного стовпа й відповідно їм види болю: цервікалгія, міофасціальний больовий синдром, міозит, міофіброз, остеохондроз та інші.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** За матеріалами 8-го Всесвітнього конгресу, присвяченого болю (Ванкувер, 1996 рік), біль у спині є другою за частотою причиною звернення до лікаря після респіраторних захворювань та третьою за частотою причиною госпіталізації. Проблеми міофасціального больового синдрому був присвячений також Міжнародний конгрес з м'язово-скелетних болів, що пройшов у 1995 р. в Сан-Антоніо (США), на якому підкреслювалося, що міофасціальний больовий синдром був виявлений у 100% випадків при обстеженні хворих із неясним болем в області тазу, які не страждають будь-якою патологією органів таза. У 2/3 пацієнтів з больовими синдромами в області тулуба й кінцівок виявляється міофасціальна дисфункція [5].

**Мета дослідження** – розробити комплексні безмедикаментозні засоби для пацієнтів 30–40 років із міалгічним синдромом шиї в умовах студії масажу «Луунг».

На основі мети ми поставили наступні завдання:

1. Проаналізувати літературні джерела, обрати найбільш ефективні засоби комплексного впливу на міалгічний синдром шиї.

2. Випробувати ефективність комплексних безмедикаментозних засобів на пацієнтах з міалгічним синдромом шиї у віці 30–40 років.

3. Запропонувати найбільш ефективні комплексні безмедикаментозні засоби для пацієнтів з міалгічним синдромом шиї у віці 30–40 років в умовах студії масажу «Луунг».

**Виклад основного матеріалу.** На початку застосування запропонованих реабілітаційних програм у контрольній (далі – КГ) та основній групі (далі – ОГ) пацієнтам пропонувалось пройти первинне обстеження амплітуди руху шиї та тестування болю.

Як бачимо на табл. 1, показники згинання шиї впереду КГ складають  $9,1 \pm 0,371$ , а в ОГ  $9,4 \pm 0,327$ ; показники повороту шиї вправо в КГ  $17,2 \pm 0,405$ , а в ОГ  $16,94 \pm 0,365$ ; повороту шиї вліво в пацієнтів КГ  $17,04 \pm 0,319$ , а в ОГ  $17,32 \pm 0,211$ . Показники нахилу шиї вправо в КГ  $16,25 \pm 0,257$ , а в ОГ  $16,35 \pm 0,232$ ; нахил шиї вліво в КГ  $16,07 \pm 0,191$ , в ОГ  $16,00 \pm 0,203$ . Це показує, що сильний біль спричиняє людям незручності у вигляді порушень руху в шийному відділі хребта.

Результати обстежень пацієнтів контрольної та основної групи на початку дослідження представлені у табл. 1.

Як бачимо, критерії болю в представників КГ й ОГ теж збільшені: за шкалою болю в представників КГ показники складають  $8,00 \pm 0,351$ , а в ОГ  $7,9 \pm 0,399$ ; за результатами тестування в КГ  $18,00 \pm 0,629$ , а в ОГ  $17,60 \pm 0,757$ . Людей турбує сильний біль не тільки на момент дослідження, а й в процесі життя та побуту. Аналізуючи описані показники, ми можемо дійти висновку про однаковість первинних показників як у пацієнтів контрольної, так і в пацієнтів основної груп.

Після запропонованої реабілітаційної програми було зібрано вторинні показники. Порівняння досліджень до та після фізичної реабілітації пацієнтів контрольної групи зведені до табл. 2.

Як бачимо, протягом запропонованої фізичної реабілітації в пацієнтів КГ відбулися значні зміни в якості їх життя. За показником згинання шиї вперед зміни склали 70,66%, з  $9,1 \pm 0,371$  см до

Таблиця 1

### Результати первинного обстеження пацієнтів до застосування засобів фізичної реабілітації

Тест	КГ (M ± m)	ОГ (M ± m)	t	P
Згинання в шийному відділі хребта, см	$9,1 \pm 0,371$	$9,4 \pm 0,327$	0,606	>0,05
Поворот вправо в шийному відділі хребта, см	$17,2 \pm 0,405$	$16,94 \pm 0,365$	0,330	>0,05
Поворот вліво в шийному відділі хребта, см	$17,04 \pm 0,319$	$17,32 \pm 0,211$	0,732	>0,05
Нахил вправо в шийному відділі хребта, см	$16,25 \pm 0,257$	$16,35 \pm 0,232$	0,289	>0,05
Нахил вліво в шийному відділі хребта, см	$16,07 \pm 0,191$	$16,00 \pm 0,203$	0,244	>0,05
Біль за шкалою, бали	$8,00 \pm 0,351$	$7,9 \pm 0,399$	0,188	>0,05
Результати анкетування, бали	$18,00 \pm 0,629$	$17,60 \pm 0,757$	0,407	>0,05

2,67 ± 0,444 см. За показником повороту голови вправо зміни відбулися з 17,2 ± 0,405 см до 7,31 ± 0,964 см, що вказує на покращення в 57,5%. За показником повороту голови вліво зміни були з 17,04 ± 0,319 см до 7,24 ± 0,963 см, що склало покращення на 57,51%.

Також покращився й показник нахилу голови: вправо з 16,25 ± 0,257 см до 4,20 ± 0,627 см і покращення на 74,15%; вліво з 16,07 ± 0,191 см до 4,59 ± 0,652 см, тобто покращення на 71,43%.

За показниками шкали болю теж відбулися значні покращення з 8,00 ± 0,351 балу до 2,00 ± 0,395 балу, тобто на 75% менше. За тестуванням болю в динаміці покращення становило 88,89% з 18,00 ± 0,629 балу до 2,00 ± 0,661 балу.

У пацієнтів ОГ теж відбулись покращення за всіма показниками (табл. 3): згинання у шийному відділі покращилось на 80,64% з 9,4 ± 0,327 см до 1,82 ± 0,533 см; повороти шиї направо збільшилися з 16,94 ± 0,365 см до 5,69 ± 0,857 см, зміна в 66,41%; поворот шиї вліво з 17,32 ± 0,211 см покращився до 5,61 ± 0,836 см, тобто на 67,6%; нахил голови вправо змінився з 16,35 ± 0,232 см на 3,84 ± 0,619 см та на 76,51% краще; нахил голови вліво змінився з 16,00 ± 0,203 см до 3,61 ± 0,567 см, що становить 77,44% покращення. За показниками болю в пацієнтів ОГ відбулися теж значні покращення як за шкальною систе-

мою, так і за тестуванням. У багатьох біль зовсім пройшла, тому показники за шкалою змінилися з 7,9 ± 0,399 балу до 1,0 ± 0,375 балу, що склало 87,34% покращень. За тестуванням, у динаміці життя та побуту представників основної групи біль теж не хвилювала, тому зміни відбулися на 94,94% з 17,60 ± 0,757 балу до 0,89 ± 0,526 балу.

У представників КГ ми бачимо значне покращення руху й велике зниження болю в наслідок запропонованих їм реабілітаційних засобів.

Порівнюючи кінцеві показники (табл. 4) представників контрольної та основної груп, ми бачимо, що в ОГ данні краще ніж у КГ. За показниками згинання шиї в КГ 2,67 ± 0,444 см, а в ОГ 1,82 ± 0,533 см; за показником повороту шиї вправо в КГ 7,31 ± 0,964 см, а в ОГ 5,69 ± 0,857 см; за показником повороту шиї вліво в КГ 7,24 ± 0,963 см, а в ОГ 5,61 ± 0,836 см; за показником нахилу шиї вправо в КГ 4,20 ± 0,627 см, а в ОГ 3,84 ± 0,619 см; за показником нахилу шиї вліво в КГ 4,59 ± 0,652 см, а в ОГ 3,61 ± 0,567 см.

**Висновки і пропозиції.** Таким чином, реабілітаційні заходи, запропоновані представникам основної групи, значно ефективніші, ніж запропоновані контрольній групі. У пацієнтів основної групи значно швидше та якісніше пройшов біль, а показники рухових тестів довели, що рух відновився до здорового, а в деяких випадках навіть

Таблиця 2

**Порівняння даних досліджень, проведених до й після застосування засобів фізичної реабілітації в контрольній групі**

Тест	Первинні показники (M ± m)	Вторинні показники (M ± m)	Відсоток зміни, %
Згинання в шийному відділі хребта, см	9,1 ± 0,371	2,67 ± 0,444	70,66
Поворот вправо в шийному відділі хребта, см	17,2 ± 0,405	7,31 ± 0,964	57,5
Поворот вліво в шийному відділі хребта, см	17,04 ± 0,319	7,24 ± 0,963	57,51
Нахил вправо в шийному відділі хребта, см	16,25 ± 0,257	4,20 ± 0,627	74,15
Нахил вліво в шийному відділі хребта, см	16,07 ± 0,191	4,59 ± 0,652	71,43
Біль за шкалою, бали	8,00 ± 0,351	2,00 ± 0,395	75
Результати анкетування, бали	18,00 ± 0,629	2,00 ± 0,661	88,89

Таблиця 3

**Порівняння даних досліджень, проведених до й після застосування засобів фізичної реабілітації в основній групі**

Тест	Первинні показники (M ± m)	Вторинні показники (M ± m)	Відсоток зміни, %
Згинання в шийному відділі хребта, см	9,4 ± 0,327	1,82 ± 0,533	80,64
Поворот вправо в шийному відділі хребта, см	16,94 ± 0,365	5,69 ± 0,857	66,41
Поворот вліво в шийному відділі хребта, см	17,32 ± 0,211	5,61 ± 0,836	67,6
Нахил вправо в шийному відділі хребта, см	16,35 ± 0,232	3,84 ± 0,619	76,51
Нахил вліво в шийному відділі хребта, см	16,00 ± 0,203	3,61 ± 0,567	77,44
Біль за шкалою, бали	7,9 ± 0,399	1,0 ± 0,375	87,34
Результати анкетування, бали	17,60 ± 0,757	0,89 ± 0,526	94,94

Таблиця 4

## Порівняння вторинних показників дослідження в контрольній та основній групі

Тест	КГ (M ± m)	ОГ (M ± m)	t	P
Згинання в шийному відділі хребта, см	2,67 ± 0,444	1,82 ± 0,533	1,218	>0,05
Поворот вправо в шийному відділі хребта, см	7,31 ± 0,964	5,69 ± 0,857	1,258	>0,05
Поворот вліво в шийному відділі хребта, см	7,24 ± 0,963	5,61 ± 0,836	1,280	>0,05
Нахил вправо в шийному відділі хребта, см	4,20 ± 0,627	3,84 ± 0,619	0,403	>0,05
Нахил вліво в шийному відділі хребта, см	4,59 ± 0,652	3,61 ± 0,567	1,131	>0,05
Біль за шкалою, бали	2,00 ± 0,395	1,0 ± 0,375	1,835	>0,05
Результати анкетування, бали	2,00 ± 0,661	0,89 ± 0,526	1,315	>0,05

покращився. Суттєве покращення діагностичних показників у пацієнтів із міалгічним синдромом шиї дозволяють визначити, що ефективність використання комплексних безмедикаментозних впливів значно підвищує результативність лікувального процесу в комплексному лікуванні.

**Список використаної літератури:**

1. Авершин В.А., Олейников Б.В., Пилькевич Р.П. Опыт лечения миофасциального болевого синдрома квадратной мышцы в условиях санатория. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2009. № 4. С. 44–45.
2. Бахтадзе М.А., Владимірова В.П., Сидорская Н.В., Плотников В.Г. Компрессия позвоночной артерии : достаточное условие для развития клинических симптомов вертебро-базиллярной недостаточности или заднего шейного симпатического синдрома. *Мануальная терапия*. 2006. № 3. С. 32–38.
3. Васичкин В.И. Все о массаже. Москва : АСТ-Пресс-Книга, 2004. 368 с.
4. Bykov D.V. The art of movements without pain, or the formation of optimal static and dynamic stereotype in the treatment and prevention of back pain. *Manual therapy*. 2004. Vol. 1 (10). P. 56–59.
5. Shitikov T.A. Classification of posture disorders and scoliotic deformities in practice in the practice of manual therapy. *Manual therapy*. 2018. Vol. 3 (31). P. 37–45.

**Statiev S., Tarasova H. Complex non-medicinal restoration of functions in patients with neck myalgia**

*The main aspects of the comprehensive non-medicinal restoration of functions in patients with neck myalgia in the conditions of the massage studio "Luung" are considered. It is determined that vertebro-genic diseases of the muscular system is one of the main causes of temporary, and sometimes permanent disability. Nearly 90% of people in their lives suffered from cervical, chest, or lower back pain associated with changes in the musculoskeletal system. The relevance of this problem remains high for many decades. The additional use of complex drug-free effects on patients with myalgic neck syndrome aged 30-40 years leads to a faster and better result of the treatment process than the use of standard recovery programs in the conditions of the "Luung" massage studio.*

*Cervical pain is most commonly reported by patients. This is due to the great mobility of the cervical spine in combination with the action of quite high loads on it. In addition, the intervertebral discs and muscles in this department are much thinner than in other departments, because of the ease of their injury. It should also be noted that the neck as an anatomical region of the body includes a large number of compactly located organs, the relationship of which with the spinal column is sometimes very complex [3]. However, regardless of the place of origin, the pain has the same causes and mechanisms of development. Among the main causes of vertebro-genic pain syndrome are the following pathological conditions of the spine and corresponding types of pain: cervical disease, myofascial pain syndrome, myositis, myofibrosis, osteochondrosis.*

*The spine is characterized by inflammatory diseases and various deformities. Diseases such as ankylosing spondylitis, or Bekhterev's disease (inflammation of all joints of the spine and the deposition of salts in the surrounding vertebral ligaments), lead to a sharp limitation of the mobility of the spine. In rheumatoid arthritis of the spine, the cervical region, which affects the two upper vertebrae, is involved mainly in the inflammatory process. Psoriatic arthritis occurs in patients with psoriasis. This disease is asymmetrical joint inflammation, and psoriasis is known to be a skin disease. The reasons for the transition of skin disease to the joints have not been established.*

**Key words:** patients, neck myalgia, recovery, physical therapy.