

НЕВРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ МІОФАСЦІАЛЬНИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Морозова О.Г., Ярошевський О.А., Кравченко І.М., Реміняк І.В.

Національний технічний університет

«Харківський політехнічний інститут», м. Харків

Міофасціальні больові синдроми є хронічним проявом скелетно-м'язового болю, на який страждає до 90 % працездатного населення та який значно знижує якість життя. Протягом останніх 15-20 років співробітниками кафедри вивчаються клініко-діагностичні та лікувальні аспекти скелетно-м'язового болю, а саме рефлекторних м'язово-тонічних синдромів, міофасціальних больових синдромів, вертеброгенних радикулопатій і т.і.

Встановлено, що скелетно-м'язовий біль пов'язаний не стільки з дегенеративно-дистрофічними змінами хребта, скільки з біомеханічною патологією хребта, порушенням рухового патерну та виникненням тригерних зон у напружених м'язах, а також поєднується з вегетативно-емоційними порушеннями. Виявлені механізми виникнення цервікогенного головного болю, цервікогенної атаксії, плече-лопаткового периартрозу та вегетативної дисфункції при скелетно-м'язовому болю, а також порушення церебральної гемодинаміки та нейродинаміки внаслідок розвитку міофасціального болю шийно-плечової локалізації. Розроблено диференційовану систему лікування та реабілітації пацієнтів зі скелетно-м'язовим болем, яка включає немедикаментозну та медикаментозну терапію. Немедикаментозна терапія складається з трьох напрямків, які дозволяють впливати на основні патогенетичні механізми міофасціального болю, симетризувати м'язовий корсет та підвищити ефективність лікування: мануальна терапія, а саме біомеханічна корекція хребта, м'які техніки мануальної терапії, міофасціальний реліз, лікування положенням, тощо; рефлексотерапія (акупунктура, пресура тригерних точок, лазеропунктура, фармакопунктура); лікувальна гімнастика, яка складається з індивідуально підібраних вправ, що дозволяють закріпити симетризацію м'язового корсету. Розроблені схеми лікування дозволяють впливати не тільки на гострий больовий синдром, але й на вторинні неврологічні прояви та профілакувати загострення міофасціального болю. З початком воєнних дій дещо змінився перебіг міофасціального болю, у зв'язку з чим проведено порівняльне дослідження чинників розвитку та неврологічних особливостей міофасціального болю у воєнний час. На підставі результатів дослідження 137 пацієнтів виявлено, що в теперішній час зросла роль таких чинників розвитку міофасціального болю, як біомеханічна патологія (на 25%) та психоемоційні порушення (на 30%). Серед неврологічних проявів поряд з посиленням виразності больового та міотонічного синдрому (кількість активних та латентних тригерних точок) зросла частота та виразність синдрому вегетативної дисфункції та емоційних порушень.

Попередні результати досліджень свідчать про необхідність акцентування уваги при лікуванні даного контингенту пацієнтів на корекцію біомеханічних та міотонічних порушень (мануальна терапія, біомеханічна корекція та індивідуально підібрана лікувальна гімнастика) і психоемоційних порушень (медикаментозна терапія та акупунктура).