

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ: ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

**Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції,
присвяченої 25-річчю Медичного інституту
Сумського державного університету**

(Суми, 17–19 жовтня 2017 року)

За загальною редакцією О. О. Єжової



tasks and means. The main task of the programme was to prevent complications, establish a control over the acts of urination and defecation, restore the impaired motor functions, train the basic self-care skills, and to improve the cognitive abilities. The rehab means that were used include therapeutic exercises, massage and psychotherapy. Individual exercises on the physiotherapy were conducted every day for 3-4 hours (at the first and second stages – in the patient's ward, on the third stage – both in the ward and in the physiotherapy room). Psychotropic drugs were not used during the second and third stages.

The effectiveness of the developed PP for the patient was assessed by the changes in the indicators of consciousness, psychoemotional state, speech, mobility of the joints, the control of the act of urination and defecation, ability to read and number, self-care skills, etc.

At the end of the PP, the following changes were achieved: the patient is in a clear consciousness; he recognizes parents, staff and periodically orients in space and time; he has a high spirits, a motivation to recover; the patient uses simple sentences to answer, formulates a request, talks by phone with relatives; the pain sensitivity has been restored; he lies independently, gets up, sits down, unstable pathological positions of the wrists and the right foot still remains; passive movements in all joints have been restored (except for the right foot); control of the act of urination and defecation has been completely restored; the patient draws simple figures, colours them, counts in the range from one to ten, recognizes about 90 per cent of the letters, reads separate words; basic self-care skills have been restored as well.

The patient has been discharged in a stably serious condition with improvement. Therefore, the effectiveness of the use of physiotherapeutic means in the complex rehabilitation of the patients with PE in a specific clinical case has been identified.

УДК 796.071:[615.8:621.3.014](043.3)

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ – НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ

Галина Харченко
Киевский университет имени Бориса Гринченко, Київ, Україна
khgd@ukr.net

Myofascial a pain syndrome is widely widespread in sport practice. For him a muscular spasm and presence of trigger points are characteristic, at palpation of that strengthening of pain is marked. Basic principles over of renewal of sportsmen are brought with myofascial by a pain syndrome.

Keywords: sportsmen, myofascial pain syndrome, trigger points, muscular spasm.

Myofascial zespół bólowy jest szeroko rozpowszechniony w praktyce sportowej. Dla niego ma charakterystyczny skurcz mięśni i obecność punktów spustowych charakterystycznych, na palpacji tego wzmocnienia bólu jest zaznaczone. Podstawowe zasady odnowy sportowców przynoszą myofascial przez zespół bólu.

Słowa kluczowe: sportowcy, zespół bólu mięśniowo-szkieletowych, punkty spustowe, skurcz mięśni.

В настоящее время одним из наиболее приоритетных направлений физической терапии является комплексная реабилитация. Разработка научно обоснованных, эффективных нелекарственных методов при миофасциальном болевом синдроме является одной из приоритетных задач реабилитации спортсменов. Технологии реабилитации включают в себя большой арсенал традиционных и нетрадиционных оздоровительных методов, среди которых широко используются природные и преформированные физические факторы. Одним из наиболее перспективных методов, на сегодняшний день, является метод динамической электростимуляции (ДЭНС). Простота применения, неинвазивность, высокая эффективность метода дает возможность использовать ДЭНС в комплексной реабилитации спортсменов.

Цель. Изучить эффективность ДЭНС в реабилитации спортсменов с миофасциальным болевым синдромом плечевого пояса.

Методы исследования включали: социологические методы - контент-анализ медицинских карт, осмотр, анкетирование; педагогические – констатирующий и формирующий эксперимент, наблюдение, тестирование; медико-биологические методы – психофизиологические тесты; комплекс компьютерного анализа вариабельности сердечного ритма; биоимпедансный анализ состава тела; электромиография; динамометрия; методы математической статистики.

Результаты. В анамнезе боли в мышцах испытывали 50 спортсменов (93%), на момент исследования болевой синдром отмечался только у 22 спортсменов, которые были разделены на основную (n=11) и контрольную группы (n=11).

Исходные показатели выраженности болевого синдрома спортсменов основной группы проводились по четырехсоставной визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ). В основной группе максимальный уровень боли (от 7 до 10 баллов) «прямо сейчас» не отметил ни один из спортсменов. Средний уровень боли (от 4 до 6 баллов) отметили 21 (95%) спортсмен, при этом незначительный уровень боли (от 1 до 3 баллов) был выявлен у 1 спортсмена (5%). В «наихудшие периоды болезни» максимальный уровень боли (от 7 до

10 баллов) отметили 15 спортсменов (69%), средний уровень боли (от 4 до 6) - 7 спортсменов (31%), низкий уровень боли не отмечался.

Анализируя данные, полученные в результате исследования на основании ВАШ максимальный уровень (от 7 до 10 баллов) «прямо сейчас» не отметил ни один из обследуемых спортсменов. Средний уровень боли (от 4 до 6 баллов) отметили 7 спортсменов ОГ и 8 в КГ, при этом незначительный уровень боли (от 1 до 3 баллов) был выявлен у 3 спортсменов в ОГ, и 3 лучников в КГ. Уровень боли в «наихудшие периоды болезни» максимальный уровень (от 7 до 10 баллов) отметили 7 спортсменов ОГ и 8 спортсменов КГ. Средний уровень боли (от 4 до 6) отметили 3 спортсмена ОГ и 4 лучника КГ, при этом низкий уровень боли (от 1 до 3 баллов) не отметил ни один из испытуемых.

Физиотерапевтическое воздействие проводили с помощью аппарата ДиаДЭНС-ПК. На область мышечной боли работали аппаратом лабильно-стабильным способом в режиме «Терапия» 77 Гц или модулированный режим «7710». На триггерных точках работали стабильным способом в режиме «Терапия» каскад частот начиная с 10 Гц 1 минута, затем 20 Гц 1 минута, 60 Гц 1 минута, 77 Гц 2 минуты, 140 Гц 1 минута, затем 10 Гц 1 минута. Затем продолжили воздействие «Три дорожки» вдоль позвоночного столба в режиме «Терапия» 10 Гц 2 минуты. Курс 10 процедур.

Выводы. Под влиянием комплексной программы физической реабилитации с применением ДЭНС у спортсменов наблюдались изменения показателей мышечной боли до курса и после курса реабилитации; в основной группе боль в мышцах шеи уменьшилась у 10-ти (90,9%) из 11 испытуемых, в контрольной – у 4 (36,4 %) из 11 испытуемых. Боль в мышцах правой руки в основной группе уменьшилась у 5 (45,5 %) испытуемых, в контрольной группе без изменений. Боль в мышцах левой руки в основной группе уменьшилась у 8 (72,7 %) испытуемых, в контрольной группе без изменений ($p > 0,05$). Боль в мышцах спины в основной группе уменьшилась у 6-ти (54,5 %) из 11 испытуемых, в контрольной группе у 2 (18,2%).

Литература

1. Трэвелл Ж. Г. Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по триггерным точкам. В 2 томах. Т.1 / Симонс Д. Г., Трэвелл Ж. Г., Симонс Л. С. // Пер. с англ.-2-е изд., переработанное и дополненное. – М. : Медицина, 2005. – 1192 с.

2. Фергюсон Л. У. Лечение миофасциальной боли / Люси Уайт. Фергюсон, Роберт Гервин; Пер. с англ. Под общ. Ред. М. Б. Цыркунова, М. А. Ерёмушкина. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 544 с.