

## МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 50–55 ЛЕТ

*Скоков М.Ю.,*

*магистрант 3 курса ФГБОУ ВО «Липецкий государственный педагогический университет имени П.П. Семенова-Тян-Шанского», г. Липецк, Российская Федерация*

*Научный руководитель – Петкевич А.И., канд. мед. наук, доцент*

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) сопровождается дисфункцией мышц и формированием в них болезненных уплотнений, наличие которых проявляется рефлекторной мышечной болью в тканях и в фасциях. По международному классификатору болезней «МКБ – 10» этот синдром отнесен к классу заболеваний околоуставных мягких тканей. Основная же суть МФБС заключается в том, что мышца страдает первично, а не вслед за морфологическими или функциональными нарушениями в позвоночнике. В настоящее время МФБС большинством ученых рассматривается как патологическое состояние не воспалительной природы, обусловленное мышечным напряжением и формированием триггерных точек (ТТ), представленных наличием в напряженных мышцах болезненных мышечных уплотнений или локальных мышечных гипертонусов [1].

В связи с этим коррекционные воздействия в виде кинезитерапии направлены прежде всего на вовлеченную в патологический процесс мышцу, как динамическую часть опорно-двигательного аппарата. Кинезитерапия – один из видов лечебной физкультуры, как одной из наиболее распространенных форм физической реабилитации. Иначе говоря, это лечение движением [2].

Цель исследования – использование возможностей многофункциональных тренажеров Бубновского (МТБ) для кинезиологической – диагностики и терапии путем проведения начальных и конечных (постэкспериментальных) функционально-силовых тестирований мышц, с последующей оценкой эффективности использованных методов кинезитерапии у мужчин 50-55 лет с МФБС.

**Материал и методы.** Исследование проводилось в три этапа, в период с февраля 2018г. по декабрь 2018г., в условиях отделения восстановительной медицины НУЗ «Отделенческая больница на станции Мичуринск-Уральский» ОАО «РЖД». В исследовании принимали участие 10 мужчин в возрасте 50-55 лет. Отбор мужчин проводился на основе обследования с анализом жалоб и данных анамнеза. Все мужчины были распределены на контрольную группу (занималась в кабинете ЛФК) и экспериментальную (занималась по предложенной методике кинезитерапии в зале механотерапии). Методы: анализ медицинской документации; опрос и осмотр обследуемых; выявление больших и малых критериев диагностики МФБС; педагогическое наблюдение; педагогический эксперимент; метод математической статистики.

**Результаты и их обсуждение.** В начале эксперимента проводилось дифференцированное обследование подвижности мышц головы, шеи и плечевого пояса, мышц таза и бедра, иннервируемых из шейного и поясничного сплетений, на основании представлений о визуальной диагностике, как скрининговой системе, неоптимальности статики и динамики мышечно-фасциальных цепей рук и нижних конечностей, полученных при освоении 1-го (базового) блока программы циклов по прикладной кинезиологии [3]. Исследуемая методика кинезитерапии была реализована путем проведения занятий в подострый период (в щадящем режиме) и в период ремиссии (с нагрузкой). Начальное мышечное тестирование подтвердило высокую степень мышечной недостаточности как в контрольной (36% от нормы), так и в экспериментальной (36,6% от нормы) группе. После применения методики кинезитерапии экспериментальная группа, которая занималась на «специальных тренажерах Бубновского», показала более высокие результаты по сравнению с контрольной группой. Анализ функционального тестирования приводящих мышц бедра (%) свидетельствовал о достоверном улучшении их функционального состояния в экспериментальной группе на 26%, а в контрольной – на 6%; в отводящих мышцах – улучшение функционального состояния в экспериментальной группе достигло 22%, а в контрольной – 6,6%. При тестировании четырехглавых мышц бедра, одних из самых больших и участвующих во всех движениях мышц человека, к концу эксперимента произошло достоверное улучшение их функционального состояния в экспериментальной группе на 39,6%, а в контрольной – на 27%. Эти положительные результаты связаны, скорее всего, с грамотным определением места расположения патологически активных триггерных зон и точек, формирующих болевые мышечные синдромы в укороченных мышцах, расположенных в пояснично-тазовых регионах позвоночника и конечностей и изменением активности стреч-рефлекса изучаемых мышц.

**Заключение.** Восстановление функциональной способности пораженных мышц и фасций после снятия болевого синдрома возможно путем их дальнейшей реабилитации посредством применения нового подхода к кинезитерапии, которая не вылечивает заболевание, а устраняет хаос в нейрогуморальной регуляции, благодаря чему повышаются адаптационные возможности организма для более успешной борьбы с конкретным заболеванием.

1. Бубновский С.М. Практическое руководство по кинезитерапии / С.М. Бубновский. – М., 1998. – 168 с.
2. Козырева О.В., Иванов А.А. Физическая реабилитация. Лечебная физическая культура. Кинезитерапия: учеб. словарь-справочник / О.В. Козырева, А.А. Иванов. – М.: Советский спорт, 2010. – 280 с.
3. [www.kinesioprofi.ru](http://www.kinesioprofi.ru)