

- лікування стресового нетримання сечі у жінок. Урологія. 2020. № 2. С. 34-41.
4. Ткаченко В.І., Григоренко О.М. Ефективність тренування м'язів тазового дна при ургентному нетриманні сечі. Журнал клінічної та експериментальної медицини. 2023. № 12. С. 112-120.
  5. Яцина О.І. Комплексне лікування при нетриманні сечі у жінок (власний досвід). Український медичний часопис. 2020. № 4(138). С. 1-4.

## **ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АДГЕЗИВНОМУ КАПСУЛІТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА**

**Сидюк Єлизавета**

*Вінницький державний педагогічний університет  
імені Михайла Коцюбинського*

**Анотація.** У статті теоретично обґрунтовано сучасні підходи до діагностики та фізичної терапії осіб з адгезивним капсулітом плечового суглоба. Проаналізовано етіопатогенез, клінічний перебіг і методи оцінювання функціонального стану пацієнтів. Висвітлено ефективність комплексного застосування лікувальної гімнастики, мануальних технік, постізометричної релаксації та інших засобів фізичної терапії для відновлення рухової функції та покращення якості життя.

**Ключові слова:** адгезивний капсуліт, синдром замороженого плеча, плечовий суглоб, фізична терапія, реабілітація, лікувальна гімнастика, мануальна терапія, постізометрична релаксація, функціональні порушення, якість життя.

**Sydiuk Yelyzaveta. Theoretical justification for the use of physical therapy interventions in adhesive capsulitis of the shoulder.**

**Abstract.** The article theoretically substantiates modern approaches to the diagnosis and physical therapy of patients with adhesive capsulitis of the shoulder joint. The etiopathogenesis, clinical course, and methods of assessing patients' functional status are analyzed. The effectiveness of the комплексive use of therapeutic exercises, manual techniques, post-isometric relaxation, and other physical therapy methods for restoring motor function and improving quality of life is highlighted.

**Keywords:** adhesive capsulitis, frozen shoulder, shoulder joint, physical therapy, rehabilitation, exercise therapy, manual therapy, post-isometric relaxation, functional limitations, quality of life.

**Актуальність проблеми.** Синдром замороженого плеча (адгезивний капсуліт) на сьогодні є однією з провідних причин хронічного болю та

довготривалого функціонального обмеження опорно-рухового апарату, що вражає від 2% до 5% загальної популяції. У структурі захворюваності пік припадає на вікову категорію 40–60 років, причому жінки хворіють частіше за чоловіків [1, с. 77-78]. Особливу групу ризику становлять пацієнти з ендокринними порушеннями (цукровий діабет, патології щитоподібної залози), де частота виникнення синдрому зростає до 10–38% [3, с.196]. Тривалий перебіг патології (від 1 до 3 років) суттєво обмежує повсякденну, професійну активність пацієнтів та знижує якість їхнього життя, що обумовлює високу актуальність пошуку ефективних діагностично-реабілітаційних стратегій.

**Мета роботи** – теоретично обґрунтувати етіопатогенетичні особливості, клінічний перебіг та сучасні підходи до діагностики й фізичної терапії осіб із синдромом замороженого плеча на основі аналізу науково-методичних джерел.

**Методи дослідження:** аналіз, узагальнення та систематизація даних сучасної науково-теоретичної і клінічної літератури.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) зазначена патологія верифікується під кодом FB53.0 (Adhesive capsulitis of shoulder). В основі синдрому лежить тяжка дисфункція плечового суглоба з обмеженням амплітуди рухів у всіх площинах (згинання, відведення, ротація) [6, с. 71-72]. Найбільш вираженою є втрата зовнішньої ротації (до 92,5%), тоді як згинання зазнає найменших змін (близько 64,6% втрати від норми).

У клінічній практиці виокремлюють дві форми синдрому [8, с. 310-312]:

- ідіопатична (первинна) – розвивається спонтанно без очевидної зовнішньої причини, часто пов'язана з аутоімунним або нейроваскулярним дисбалансом та метаболічними порушеннями;

- вторинна – виникає внаслідок перенесених травм (вивихи, переломи), хірургічних втручань на плечовому поясі чи грудній клітці, а також тривалої іммобілізації кінцівки. Наявність системних чинників, наприклад, кардіоваскулярні патології, поглиблює ішемію тканин та ускладнює перебіг.

Патогенез адгезивного капсуліту є складним поетапним фібропроліферативним процесом [4, с. 50]. У початковій фазі домінує хронічне запалення синовіальної оболонки та капсули суглоба (набряк, фібринозні відкладення, інфільтрація мононуклеарами), що зумовлює гострий біль. На наступному етапі активуються фібробласти, які продукують надмірну кількість колагену I та III типів. Це призводить до фіброзної трансформації, потовщення й зморщування капсули, зменшення об'єму синовіальної порожнини та формування стійкої артрогенної контрактури.

Клінічний перебіг захворювання характеризується трифазністю:

1. Фаза «замерзання» (болюча; 2–9 міс.) – провідним симптомом є інтенсивний постійний ниючий біль, що посилюється вночі та під час рухів, призводячи до порушення сну.

2. Фаза «замороження» (адгезивна; 4–12 міс.) – больові відчуття дещо зменшуються, проте на перший план виходить прогресуюча тугорухомість (ригідність) через фіброз капсули.

3. Фаза «відтавання» (відновлювальна; 5–26 міс.) – біль мінімізується, відбувається поступове самообмежувальне відновлення амплітуди рухів, хоча у частини пацієнтів можуть зберігатися залишкові функціональні обмеження.

Сучасна діагностика синдрому має комплексний характер і базується на клінічному обстеженні (опитування, пальпація, функціональні та диференційні тести, оцінка задишки/втоми за шкалами) у поєднанні з інструментальними методами. Рентгенографія дозволяє диференціювати синдром від остеоартрозу, кальцифікуючого тендиніту чи патологій шийного відділу хребта. Ультразвукове дослідження (УЗД) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) є ключовими методами візуалізації м'яких тканин, що дозволяють виявити набряк, потовщення або фіброзні зміни капсули, наявність випоту та стан ротаторної манжети [7, с. 15-18].

Важливою складовою реабілітаційного менеджменту пацієнтів із синдромом замороженого плеча є застосування фізичним терапевтом об'єктивних науково-доказових методів оцінки, які є високоінформативними як на етапі первинного обстеження, так і для моніторингу ефективності застосованих інтервенцій. Згідно з сучасними клінічними настановами, золотим стандартом реабілітаційного контролю є поєднання інструментальних вимірювань та валідованих опитувальників [2, с. 109; 4, с. 50-52]:

1. Інструментальна оцінка рухливості (гініометрія) – оцінка амплітуди активних та пасивних рухів у плечовому суглобі за допомогою стандартного гоніометра. Ключовими для адгезивного капсуліту є вимірювання зовнішньої/внутрішньої ротації (у положенні відведення плеча на 90°) та абдукції. Зміна амплітуди на 10° вважається клінічно значущим результатом.

2. Візуально-аналогова шкала болю (VAS) або Цифрова рейтингова шкала болю (NRS) застосовуються для швидкої суб'єктивної оцінки інтенсивності больового синдрому в стані спокою, під час нічного сну та при русі. Зменшення показника на 2 і більше балів свідчить про ефективність протизапальних чи терапевтичних заходів.

3. Опитувальник SPADI (Shoulder Pain and Disability Index) – це специфічний і найбільш доказовий інструмент для оцінки болю та обмеження життєдіяльності саме при патологіях плеча. Складається з двох субшкал (5 питань на оцінку болю та 8 – на оцінку порушень функції у повсякденному житті). Результат розраховується у відсотках.

4. Шкала DASH / QuickDASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) дозволяє оцінити обмеження життєдіяльності та симптоми верхньої кінцівки загалом, що є критично важливим для моніторингу відновлення побутової незалежності пацієнта (домен «Активність і участь» за МКФ).

Застосування фізичними терапевтами цього діагностичного комплексу «до» та «після» курсу інтервенцій забезпечує математично точну фіксацію динаміки відновлення (мінімально клінічно значущої різниці), що виключає суб'єктивізм в оцінці ефективності фізичної терапії [1, с. 80].

Консервативне лікування поєднує медикаментозну терапію (не стероїдні протизапальні препарати, міорелаксанти, глюкокортикостероїди, локальні

ін'єкції) для купірування гострого болю та немедикаментозні методи [5, с. 230-232; 8, с. 308]. Серед останніх комплексно застосовують ударно-хвильову терапію (ефективна переважно при кальцифікуючому тендиніті), низькоінтенсивну лазеротерапію, термотерапію та кінезіотейпування для стабілізації суглоба і нормалізації м'язового тону.

Провідну роль у відновленні мобільності та покращенні якості життя пацієнтів відіграє фізична терапія, методи якої мають патогенетичну спрямованість. Доказову ефективність демонструє поєднання дозованої лікувальної гімнастики з мануальними техніками. Ключовими засобами фізичної терапії є [1, с. 79]:

- пасивні та активні вправи на розтягнення суглобової капсули в межах больового порогу;
- автотракційні техніки за Кодманом;
- мобілізація суглобів у безболісному діапазоні (включаючи суглобову гру та методику Маллігана) для корекції м'язово-суглобового дисбалансу;
- постізометрична релаксація (ПІР) м'язів, яка забезпечує м'яке розтягнення періартикулярних тканин після їх попереднього ізометричного напруження;
- лікувальний масаж, спрямований на інактивацію супутніх міофасціальних тригерних точок.

Результативність фізичної терапії суттєво залежить від систематичності (щоденного виконання вправ) та високого рівня мотивації й активної участі самого пацієнта.

**Висновки.** Синдром замороженого плеча є поліетіологічною патологією з хронічним перебігом, в основі якої лежать послідовні процеси запалення та фібротизації суглобової капсули. Ефективність допомоги таким пацієнтам залежить від своєчасної диференційної діагностики з використанням методів візуалізації м'яких тканин, а також інструментальних вимірювань та валідованих опитувальників. Комплексна програма фізичної терапії, заснована на поєднанні індивідуалізованих вправ на розтягнення, постізометричної релаксації та мануальної мобілізації суглоба, є базовим та найбільш патогенетично обґрунтованим консервативним методом відновлення рухової функції кінцівки та покращення якості життя пацієнтів.

#### **Список використаних джерел:**

1. Балаш О. П. Досвід відновного лікування пацієнта з плече-лопатковим периартрозом після черепно-мозкової травми з судомним синдромом. Інноваційний розвиток науки нового тисячоліття. Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції (м. Чернівці, 25-26 травня 2018 року). Херсон : Видавництво «Молодий вчений», 2018. С. 77-81.
2. Бучинський О. А. Методичні підходи до фізичної реабілітації при плече-лопатковому периартриті. Здоров'я, фізичне виховання і спорт : перспективи та кращі практики: матеріали IV Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції. 16-17 травня, 2023 р., Київ / Київ. ун-т

- імені Бориса Грінченка; за заг. ред. О. В. Ярмолук. Київ : Київ. ун-т імені Бориса Грінченка, 2023. С. 108-112.
3. Жарова І. О., Орленко Є. Програма фізичної терапії жінок, хворих на цукровий діабет 2-го типу із хронічним больовим синдромом, що пов'язаний з адгезивним капсулітом. Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія. 2025. №1. С. 192-198. <https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.27>
  4. Крайняк О.Є. Методи оцінювання пацієнтів з ураженням плеча у процесі фізичної терапії Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини : Збірник наукових праць. Харків, 2020. Вип 1. С. 50–52.
  5. Русанов А. П., Рой І. В., Борзих Н. О., Кудрін А. П. Ефективність мобілізації та ішемічної компресії при адгезивному капсуліті та міофасціальному больовому синдромі. Український журнал медицини, біології та спорту. 2023. №8(1), С. 228-234. <https://doi.org/10.26693/jmbs08.01.228>
  6. Салімов Р. К., Пашкевич С. А. Обґрунтування програми фізичної терапії пацієнтів з діагнозом адгезивний капсуліт на післялікарняному етапі. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. 2020. № 5 (1). С. 71-83.
  7. Sasanuma H., Sugimoto H., Kanaya Y. Magnetic resonance imaging and short-term clinical results of severe frozen shoulder treated with manipulation under ultrasound-guided cervical nerve root block. Journal of Shoulder and Elbow Surgery. 2016. №25 (1). P.13–20. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2015.06.019>
  8. Wise S. R., Seales P., Houser A. P. Frozen shoulder : Diagnosis and management. Current Sports Medicine Reports. 2023. № 22 (9). P. 307–312. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000001097>.

## ОСНОВИ ВІДНОВЛЕННЯ ФУНКЦІЇ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЗВ'ЯЗКАХ

Слідзевський Ілля

*Вінницький державний педагогічний університет  
імені Михайла Коцюбинського*

**Анотація.** Стаття висвітлює основні принципи та етапи відновлення функції верхньої кінцівки після оперативних втручань на зв'язках плечового, ліктьового, променево-зап'ясткового суглобів та кисті. Проаналізовано сучасні реабілітаційні протоколи, фактори, що впливають на ефективність відновлення, критеріально-орієнтований підхід та мультидисциплінарну взаємодію. Підкреслено важливість ранньої контрольованої мобілізації, прогресивного навантаження та індивідуалізації програм для оптимального функціонального результату.

**Ключові слова:** реабілітація верхньої кінцівки, реконструкція зв'язок,