

УДК 615.8: 616.071.2

Марцінковський Сергій, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛФК ТА МАСАЖУ ДЛЯ ХВОРИХ З ЛЮМБАЛГІЧНИМ СИНДРОМОМ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В УМОВАХ МІСЦЕВОГО САНАТОРІЮ

***Анотація.** У статті досліджено ефективність комплексного застосування лікувальної фізичної культури та масажу для реабілітації хворих з люмбалгічним синдромом остеохондрозу поперекового відділу хребта. Розглянуто механізм виникнення та засоби фізичної реабілітації при остеохондрозі поперекового відділу хребта. Використання фізичної реабілітації для лікування 40 пацієнтів засвідчило її високу ефективність у зниженні больового синдрому, нормалізації м'язового тону та функціонального стану хребта.*

***Ключові слова:** лікувальна фізична культура, масаж, хребет, остеохондроз, фізична реабілітація.*

***Аннотация.** В статье исследована эффективность комплексного применения лечебной физической культуры и массажа в реабилитации больных с люмбалгическим синдромом остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Рассмотрен механизм возникновения и средства физической реабилитации при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. Использование физической реабилитации для лечения 40 пациентов засвидетельствовало ее высокую эффективность в снижении болевого синдрома, нормализации мышечного тонуса и функционального состояния позвоночника.*

***Ключевые слова:** лечебная физическая культура, массаж, позвоночник, остеохондроз, физическая реабилитация.*

***Annotation.** This article deals with efficiency of complex application of medical physical culture and massage for rehabilitation of patients with the lumbalgial syndrome of osteochondrosis of lumbar part of the spine. The mechanism of origin of osteochondrosis and the means of physical rehabilitation at the osteochondrosis of lumbar part of the spine are considered. Usage of physical rehabilitation for treatment of 40 patients testified its high efficiency in decline of pain syndrome, normalization of muscular tone and functional state of the spine.*

***Keywords:** therapeutic physical culture, massage, spine, osteochondrosis, physical rehabilitation.*

Остеохондроз поперекового відділу хребта є одним з найбільш поширених захворювань. Ця хвороба однаково вражає як чоловіків, так і жінок. Хоча б раз у житті кожен з нас відчував біль в попереку, крижах або нижніх кінцівках. Нерідко він виникає після роботи в незручній позі, фізичного напруження, переохолодження, тривалого перебування в положенні, стоячи або сидячи. Подібний біль швидко проходить після відпочинку. Проте тривалий або періодично виникаючий поперековий біль є симптомом захворювання.

Остеохондроз хребта – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини, при якому хворобливий процес з'являється спочатку в міжхребцевих дисках, а потім і у суміжних хребцях. Нерідко остеохондроз хребта є причиною ураження периферичної нервової системи, порушення кровообігу спинного мозку, вегетативної нервової системи, порушення кровообігу головного мозку [1].

Серед уражень хребта, що супроводжуються неврологічними проявами, найбільш часто зустрічаються дегенеративно-дистрофічні процеси. Вони відносяться до найбільш розповсюджені патології, а питома вага неврологічних проявів дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта становить значну частку усіх захворювань периферичної нервової системи [2]. Остеохондроз хребта набуває все більшої соціальної значущості у зв'язку з невинним ростом кількості хворих і, особливо, серед осіб найбільш працездатного віку (75–90 %). До того ж захворювання мають схильність до затяжного перебігу з неодноразовими рецидивами, призводять не тільки до тимчасової, а й стійкої втрати працездатності, маючи при цьому тенденцію до зростання [3].

Не підлягає сумніву, що остеохондроз хребта є міждисциплінарною проблемою, що знаходиться на перехресті інтересів різних спеціальностей, а саме лікарів неврологів, ортопедів-травматологів, терапевтів, ревматологів, нейрохірургів, фізіоортопедів та реабілітологів.

Остеохондроз хребта – це дегенеративно-дистрофічні зміни в структурі тканин хребетно-рухового сегменту, до якого входять: два хребці, міжхребцеві суглоби з їх зв'язковим апаратом і міжхребцевий диск, із залученням до цього процесу інших оточуючих його хребетно-рухових сегментів. Але існують визначення, що це є дистрофічно-дегенеративні зміни. Тобто спочатку за певних причин виникають порушення трофіки вказаних тканин, а це вже стає причиною подальшої їхньої дегенерації. А хребетно-рухові сегменти усього хребетного стовпа мають різноманітні взаємозв'язки між собою й тому патологічний функціональний стан одних сегментів негативно впливає на стан інших [4].

Крім цього, спино-мозкові сегменти ураженого хребетно-рухового сегменту іннервують не лише паравертебральні тканини, але й віддалені, серед яких є м'язи тулуба та відповідних кінцівок. Зниження м'язових

навантажень на таку рухому частину тіла, як поперековий відділ хребта, тривале вимушене нерухоме положення тулуба приводять до зменшення кровообігу, а значить, і до недостатності трофічних процесів зв'язкового апарату міжхребцевих суглобів попереково-крижового відділу хребта та ослаблення паравертебральних м'язів, зменшенню їх амортизуючої функції. На цьому фоні посилюється осьове навантаження на міжхребетні диски, суглоби та зв'язки, що створює умови для їх мікротравматизації. Усі ці чинники сприяють динамічному розвитку остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта [5].

Провівши аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання проблеми лікування остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта, ми вважаємо, що нині найбільш прогресивними є концепція Маллігана і система Маккензі.

Концепція Маллігана – це новий підхід до вирішення проблем, пов'язаних з порушеннями опорно-рухового апарату. Цю концепцію називають мобілізацією з використанням рухів. Вона є новим підходом мануальної терапії. Ключовим моментом цієї концепції є виконання пацієнт руху, що був до цього болючим. У разі коли біль продовжує зберігатися при русі під час мобілізації, техніка Маллігана є протипоказаною. Це твердження є золотим правилом концепції. Візитною карткою концепції є негайний ефект знеболення руху.

Система лікування за Малліганом є досить популярною серед західних фізіотерапевтів. Вона органічно вписується в алгоритм роботи масажиста, істотно його збагачуючи. Основними принципами її є такі:

1. Під час огляду і тестування пацієнта масажисту необхідно знайти одну або дві ознаки, які можна виміряти (біль і обмеження руху);

2. Під час виконання мобілізацій (які проводяться пацієнтом у реальному часі), масажисту потрібно стежити, щоб робота проводилася відповідно до анатомічних особливостей суглоба. Для цього в процесі мобілізацій масажисту необхідно зафіксувати, а іноді змістити м'які тканини або суглобові поверхні в тому напрямку, в якому ця мобілізація не викликає болю; при цьому збільшується втрачена в результаті травми або захворювання амплітуда;

3. Масажист повинен постійно стежити за поведінкою пацієнта. Будь-який біль при виконанні мобілізації є протипоказанням. Звичайно передбачається виконання 3 процедур по 10 повторень (крім шийного відділу). Для створення кумулятивного ефекту це положення можна фіксувати кінезіологічним тейпом;

4. Якщо масажистові не вдалося знайти те положення, в якому проходить біль і поліпшується рухливість сегмента, це свідчить про те, що ця техніка в цьому конкретному випадку не підходить, і слід шукати

інший підхід. Чим більше технік в руках масажиста, тим більше варіантів лікування він може запропонувати [6].

Система Маккензі також відноситься до дуже популярних методик фізіотерапії, що використовуються на заході. Система використовується в основному при проблемах, пов'язаних з міжхребцевими дисками. Акцент в роботі ставиться на перерозподілі тиску на міжхребцеві диски та нормалізації рухових порушень, пов'язаних з цими змінами.

Основні принципи системи Маккензі:

1. Ця методика приносить позитивні результати в основному із зворотними проблемами в міжхребцевих дисках;
2. Перед початком лікування необхідно перевірити активні рухи у всіх площинах, включаючи протракцію і ретракцію;
3. Проводячи лікувальні мобілізації в області шийного відділу, акцент потрібно ставити на ретракції, оскільки цей рух дозволяє змінити положення пульпозного ядра і, тим самим полегшити стан пацієнта;
4. Лікування в гострій стадії потрібно починати проводити лежачи на спині чи на боці, і потім переводити пацієнта у вертикальне положення;
5. Для посилення лікувального ефекту в комплекс вправ необхідно додавати невелику екстензію;
6. Після закінчення лікувальної процедури необхідно перевірити, які зміни відбулися в здоров'ї пацієнта;
7. При наявності позитивної динаміки пацієнт пацієнту потрібно дати домашнє завдання;
8. При грижах диска протипоказане зайве механічне подразнення;
9. Важливо дотримуватися систематичності та послідовності, а також звертати увагу на поставу [7].

Метою нашого дослідження є удосконалення ефективності засобів ЛФК та лікувального масажу, проведення сеансів кінезотерапії, застосування кінезіологічних тейпів для ліквідації люмбалгічного синдрому при остеохондрозі поперекового відділу хребта в умовах місцевого санаторію загального профілю.

Завданнями дослідження є:

- ознайомлення з медичним досвідом лікування остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта;
- аналіз сучасних методик в лікуванні люмбалгічного синдрому при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта;
- розроблення практичних рекомендацій для покращення фізичної реабілітації хворих з остеохондрозом хребта;
- висвітлення результатів дослідження та їх аналіз;
- надання рекомендацій для спеціалістів-реабілітологів щодо ефективного застосування засобів фізичної реабілітації хворих з остеохондрозом хребта.

Дослідження проводилося впродовж шести місяців (жовтень 2016 року – березень 2017 року) на базі фізіотерапевтичного відділення водолікарні Шепетівської центральної районної лікарні (ЦРЛ). Основний контингент пацієнтів, які оздоровлювалися у водолікарні, складала хворі з патологією органів дихання, шлунково-кишкового тракту, органів виділення, потерпілі від аварії на Чорнобильській атомній електростанції, інваліди Великої Вітчизняної війни, прирівняні до них категорії населення, пенсіонери тощо, тобто люди зрілого та похилого віку, в значній кількості з яких зустрічаються, як основна або супутня, дегенеративно-дистрофічна патологія хребта, зокрема різні неврологічні синдроми остеохондрозу. Серед цих синдромів найчастіше зустрічався люмбалгічний.

Дослідження проводилося у два етапи. На першому етапі здійснювалися базові дослідження, аналіз, розробка програми фізичної реабілітації хворих із неврологічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта; на другому – порівняльний аналіз результатів лікування хворих, яким реабілітація проводилася з використанням загальноприйнятих методик масажу та мануальної терапії (контрольна група) і за вдосконаленими методиками реабілітації (основна група).

Особлива увага приділялася психосоматичній спрямованості проведених маніпуляцій, проведенню м'яких технік лікувального масажу та мануальної терапії, з використанням концепції Маллігана і системи Маккензі, проведення сеансів кінезитерапії, застосування кінезіологічних тейпів для ліквідації люмбалгічного синдрому при остеохондрозі поперекового відділу хребта.

Кількість сеансів на один курс лікування становила 10–12, тривалість сеансу – одна година. Основні показання до застосування методики: наявність функціональних блокад хребцево-рухових сегментів при функціональній патології хребта та неврологічних проявах люмбалгічного синдрому при остеохондрозі поперекового відділу хребта. Протипоказання відповідали загальноприйнятим протипоказанням для мануальної терапії.

На другому етапі дослідження ефективності застосування реабілітації з використанням концепції Маллігана і системи Маккензі, проведення сеансів кінезитерапії, застосування кінезіологічних тейпів пацієнти були поділені на дві клінічні групи – основну і контрольну по 40 пацієнтів в кожній. Досліджувалася динаміка клініко-функціональних показників стану хребта пацієнтів до і після проведеного курсу відновлювального лікування. Клінічні дослідження ефективності реабілітації проводилися у хворих з люмбалгічним синдромом остеохондрозу поперекового відділу хребта. За локалізацією патологічного процесу хворі були розподілені таким чином: основними клінічними синдромами, що переважали в обох обстежуваних групах, були больовий (100,0 % випадків) та міотонічний (58,4 %) синдроми. Больовий синдром найчастіше мав рефлекторний характер. Міотонічний синдром проявлявся в порушенні динамічного

рухового стереотипу. Інші клінічні синдроми зустрічалися набагато рідше (14,6 % випадків) і, як правило, співпадали із двома основними клінічними синдромами.

Клінічні групи по 40 пацієнтів в кожній отримували курс реабілітації по 10–12 процедур тривалістю 1 година щоденно або через день.

При порівняльному аналізі результатів дослідження ефективність реабілітації в основній групі значно перевищувала ефективність реабілітації в групі, в якій застосовувалися загальноприйняті методики.

Так, больовий синдром повністю зник у 36 (90 %) обстежених основної групи, у той час як при застосуванні загальноприйнятих методик в контрольній групі – у 29 (72%) (різниця – 18,0 %). Значне зменшення гіпертонусу спостерігалось в 32 (80 %) випадків після реабілітації в основній групі, у той час як при застосуванні загальноприйнятих методик – у 23 (57 %) (різниця – 23 %). У 34 (85 %) пацієнтів внаслідок реабілітації в основній групі повністю зникли функціональні блоки, які призводили до неврологічних проявів остеохондрозу, в порівнянні з 16 (40 %) пацієнтами, що на 45 % більше, ніж після лікувального масажу та мануальної терапії із застосуванням загальноприйнятих методик .

Порівняльний аналіз різних інтегрованих показників функціонального стану хребта дозволив визначити клінічну ефективність реабілітації з використанням концепції Маллігана і системи Маккензі, проведення сеансів кінезіотерапії, застосування кінезіологічних тейпів.

Так, наприкінці відновлювального лікування були отримані ефективні результати, що засвідчили покращення статичної функції хребта в обох групах, значне покращення статичної функції хребта, що виявлялося у виробленні й закріпленні стереотипу правильної постави, а також збереженні правильного положення тіла під час підйому та перенесення вантажів, сну, сидіння на стільці. Воно спостерігалось в середньому у 38 (95 %) хворих основної та у 30 (75 %) хворих контрольної груп.

Отримані дані засвідчують, що в результаті лікування зазнала позитивних змін і динамічна функція хребта. Так, відновлення функції обертів і нахилів у різні боки відбулося у 38 (95 %) пацієнтів основної групи і у 30 (75 %) пацієнтів контрольної групи.

Суттєво також відрізнялися віддалені результати відновлення статодинамічної функції хребта в обох обстежуваних групах. При цьому, віддалені результати дослідження статичної функції хребта відрізнялися від безпосередніх. Так, значне покращення статичної функції хребта спостерігалось в середньому у 36 (90 %) хворих основної та у 28 (70 %) хворих контрольної групи. Зазнала змін і динамічна функція хребта. Значне покращення динамічної функції хребта відбулося у 35 (87%) хворих основної та у 34 (85 %) хворих контрольної групи.

Порівнявши параметри функції хребта за показниками результатів лікування, можна дійти висновку, що у 36 (90 %) хворих основної групи спостерігалася стійкість отриманих позитивних результатів лікування і відсутність рецидивів захворювання. У контрольній групі, де застосовувався традиційний лікувальний масаж та мануальна терапія, подібний позитивний ефект відзначений лише у 29 (72 %) пацієнтів, що на 18 % гірше за результати пацієнтів основної групи.

Таким чином, можна дійти висновку, що застосування реабілітації з використанням концепції Маллігана і системи Маккензі, проведення сеансів кінезитерапії, застосування кінезіологічних тейпів ефективніше впливає на структурні та функціональні елементи хребта, відновлюючи його функцію, підвищує ефективність реабілітації при неврологічних проявах у хворих з люмбалгічним синдромом остеохондрозу поперекового відділу хребта в умовах місцевого санаторію.

Тому за результатами дослідження варто зазначити таке:

1. Враховуючи анатомо-фізіологічні особливості будови та функції хребетного стовпа і прилеглих до нього тканин, попереково-крижовий відділ є найчастішою областю розвитку патології хребта та, зокрема, остеохондрозу. При цьому, остеохондроз попереково-крижового відділу хребта характеризується системним ураженням хрящової тканини дегенеративно-дистрофічного характеру із залученням до патологічного процесу кісткових, суглобових, зв'язкових, м'язових і інших утворень цієї області хребта;

2. У розвитку попереково-крижового остеохондрозу хребта виділяють дві стадії захворювання та три ступені тяжкості патологічного процесу з відповідною клінічною картиною, від якої залежить раціональність призначення комплексу реабілітаційних дій цього контингенту хворих;

3. Комплексна реабілітація хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта проводиться з урахуванням патогенезу захворювання та провідних синдромів, що були виявлені у кожного конкретного хворого. У комплекс фізичної реабілітації при попереково-крижовому остеохондрозі хребта входять поєднання ЛФК, масажу та фізіотерапевтичного лікування;

4. При проведенні занять ЛФК для цього контингенту хворих рекомендується використовувати вправи на розслаблення м'язів; вправи, що підвищують вестибулярну стійкість; вправи на координацію; динамічні вправи для всіх м'язових груп; спеціальні дихальні вправи; вправи на зміцнення м'язів тулуба; спеціальну щадну ходьбу; фізичні вправи у воді з урахуванням стадії захворювання та рухового режиму, на якому знаходиться хворий. При лікуванні та відновленні хворих на попереково-крижовий остеохондроз хребта з люмбалгічним синдромом рекомендується застосовувати класичний лікувальний масаж, самомасаж, а також точковий і сегментарний масаж, мануальну терапію та рефлексотерапію. Також гарні результати дає

використання концепції Малліган і системи Маккензі, кінезіотерапія та використання кінезіологічних тейпів;

5. Найбільш ефективними при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта є електрофорез, гідротерапія, ультразвукова терапія, індуктотермія та застосування струмів Бернара.

1. Жарков П. Л. Остеохондроз и другие дистрофические изменения позвоночника у взрослых и детей / П. Л. Жарков. – М. : Медицина, 2004. – 190 с. 2. Марченко О. К. Физическая реабилитация неврологических больных. Учебн. пособ. / О. К. Марченко. – К. : Олимпийская литература, 1999. – 56 с. 3. Антонов И. П. Поясничные боли / С. А. Войтаник, Г. Г. Шанько. – Минск : Беларусь, 1981. 4. Войтаник С. А. Мануальная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / С. А. Войтаник, Б. В. Гавата. – Киев : Здоров'я, 1989. – 143 с. 5. Бубновский С. М. Природа разумного тела. Все о позвоночнике и суставах / С. М. Бубновский. – М. : Эксмо, 2012. – 512 с. 6. Mulligan B. R., Mobilisations with Movement (MWM's) for the Hip to Restore Internal Rotation and Flexion. The Journal of Manual and Manipulative Therapy, Vol. 4 No. 1, 1996 7. Васильева А. В. Остеохондроз : профилактика и исцеление от недуга / А. В. Васильева. – СПб. : Невский проспект, 2000. – 126 с.