

**Усик І. А., ст. магістратури факультету здоров'я , фізичної культури і спорту;** науковий керівник – к.пед.н, доцент Сірман О. В. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

## **ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА**

***Анотація.** В статті досліджено актуальні проблеми реабілітації осіб з остеохондрозом хребта. Визначено причини виникнення та розглянуто особливості клінічної картини, захворювання. Охарактеризовано засоби комплексної програми реабілітаційно-відновного лікування із застосуванням лікувальної фізичної культури, лікувального масажу, кріотерапії. Наведено основні завдання та принципи лікування хворих.*

***Ключові слова:** фізична реабілітація, остеохондроз шийного відділу хребта.*

***Abstract.** Actual problems of rehabilitation of persons with spinal osteochondrosis are investigated in the article. The causes of emergence are determined, the features of the disease clinical picture are considered. Means of the complex program of rehabilitation and rehabilitation treatment with the use of therapeutic physical training, therapeutic massage, cryotherapy are characterized. The basic tasks and principles of treatment of patients are given.*

***Key words:** physical rehabilitation, cervical spine osteochondrosis.*

**Остеохондроз хребта** вражає найбільш працездатну частину населення молодого та середнього віку і займає третє місце щодо втрат робочого часу у загальній структурі захворюваності серед осіб цього віку. Завдяки значним досягненням в медицині, фізичній реабілітації та суміжних дисциплінах вдалося глибше вивчити суть патологічного процесу при остеохондрозі хребта. Проте немає єдиного підходу в трактуванні етіології та патогенезу, не проведено зіставлення неврологічних проявів і ортопедичних змін в прилеглих тканинах при цьому захворюванні. Досі не вироблені чіткі критерії відбору пацієнтів для реабілітації. Чітко не визначено також, хто повинен лікувати хворого – ортопед чи нейрохірург, немає єдиної методики лікування цього захворювання. Тому засоби фізичної реабілітації є невідомою частиною лікування хворих на остеохондроз хребта.

Дослідженням причин виникнення остеохондрозу та методів його лікування, профілактиці та реабілітації присвячено чимало праць відомих вітчизняних і світових науковців, зокрема Є. І. Аухадева [1], Л. Войчишина [2],

М. С. Гоменської [3], Ю. С. Клименка [4], І. А. Жарової [5], однак ця проблема потребує подальших досліджень.

**Метою нашої статті є** дослідження впливу засобів фізичної реабілітації на хворих з остеохондрозом шийного відділу хребта.

**Остеохондроз – це** дегенеративно-дистрофічні зміни, які найчастіше відбуваються у хрящових тканинах хребта. Згодом вони провокують зміну структури хребців та міжхребцевих дисків, обмежуючи їх природну функціональність. Хребці стають менш витривалими та більш схильними до травматизації, а міжхребцеві диски до певної міри втрачають свою еластичність. Цей стан супроводжується порушенням обмінних процесів у м'яких тканинах, що оточують хребетний стовп. Оскільки хрящові й кісткові тканини отримують корисні речовини тільки із навколишніх м'яких тканин, порушення обміну речовин у них відразу позначається на стані перших. Якщо хребці та міжхребцеві диски впродовж тривалого часу недоотримують поживних речовин, поступово це призводить до структурних змін. В результаті остеохондрозу збільшується ризик травмувань і появи серйозних захворювань хребта. Зокрема, протрузій та гриж міжхребцевих дисків, гриж Шморля, сколіозу та ін.

Основною причиною остеохондрозу є вікові зміни, які відбуваються в організмі. Також його розвиток асоціюється з погіршенням обмінних процесів у навколохребетних тканинах. Однією з причин цього може бути низька рухова активність всіх структур хребта.

Крім цього до ймовірних причин остеохондрозу відносять:

- спадкову схильність;
- порушення обміну речовин в організмі;
- вікові зміни в організмі;
- травми та викривлення хребта;
- малорухливий спосіб життя;
- надмірні або несиметричні навантаження на хребет.

Сучасна людина веде малорухливий сидячий спосіб життя. Тому, із всіх її м'язових груп постійне навантаження мають тільки м'язи тулуба та шиї, які своєю невеликою, але постійною напругою зберігають та підтримують робочі та побутові положення організму. Коли втома наростає, м'язи тулуба та шиї вже не в змозі забезпечити амортизаційну функцію, яка переходить на хребет. При постійному навантаженні на хребет в ньому розвиваються дегенеративно-дистрофічні зміни, в першу чергу в міжхребцевих дисках.

Дегенеративний процес починається в пульпозному ядрі міжхребцевого диска. Спочатку воно втрачає вологу та центральне положення, зморщується та розпадається на окремі сегменти. Фіброзне кільце диска втрачає форму, блиск, пружність. Воно жовтіє, стає нееластичним, сухим, в ньому з'являються тріщини та розриви. При наростанні дистрофічних змін в диску змінюється його висота. А внаслідок втрати пружності та еластичності під

впливом фізіологічного навантаження відмічається звуження щілини між двома хребцями. Це одна з основних ознак остеохондрозу. При рухах тулуба можуть з'являтися зміщення тіл хребців по відношенню один до одного. Розвивається нестабільність хребцевого сегмента та в деяких випадках можуть виникати підвивихи в хребцевих суглобах. Зниження амортизаційної функції м'язів потребує підвищення опірної функції хребта. У зв'язку з цим по краях хребців у різних напрямках можуть утворюватися кісткові розростання – остеофіти. З одного боку їх можна роздивлятися як позитивну компенсаторну реакцію, яка покращує опорну функцію хребта, але, з іншої – коли остеофіти спрямовані в задньобоківі відділи, вони можуть здавлювати нервові корінці та артерії, від яких живиться спинний мозок.

Беручи до уваги механізм розвитку остеохондрозу, багато дослідників наголошують на патогенетичному впливі, як основної причини захворювання, а не симптоматичного. З цієї метою у відомих методиках фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом ставляться завдання для зменшення патологічної больової імпульсації з уражених сегментів хребта, покращення кровопостачання уражених ділянок, зміцнення м'язевого корсету. Проте головним недоліком цих методик є невеликий підбір засобів фізичної реабілітації для вирішення поставлених завдань.

Головним завданням реабілітації хворих на остеохондроз є:

- а) функціональне відновлення (повне або компенсаційне при недостатньому відновленні);
- б) пристосування до повсякденного життя і праці;
- в) залучення до трудового процесу;
- г) диспансерний нагляд за реабілітованими.

Реабілітація повинна спрямовуватися на відновлення здоров'я, усунення патологічного процесу, відновлення або часткову компенсацію порушених функцій, підготовку до побутових навантажень. Реабілітація буде мало-ефективною, якщо не дотримуватись таких принципів:

- раннього початку реабілітаційних заходів;
- безперервності реабілітаційних заходів і їх постійного чергування;
- комплексності реабілітаційних заходів;
- індивідуальності реабілітаційних заходів (індивідуального підходу до кожного хворого з урахуванням його стану).

Водночас, при лікуванні остеохондрозу хребта потрібно дотримуватись таких принципів:

- виключення несприятливих статично-динамічних навантажень на хребет;
- застосування навантажень, які стимулюють активність м'язів хребта;
- фазовості та комплексності лікування, необхідності впливу не тільки на ділянку хребта, але й на позахребцеві патологічні вогнища. Цей принцип повинен відповідати положенням про цілісність організму, оскільки, важливо

досягти не просто позитивного результату, а сприятливого виходу з патологічного процесу;

- зменшення больових відчуттів;
- щадного характеру лікувального впливу.

Лікувальна фізична культура (ЛФК) займає особливе місце в реабілітації остеохондрозу хребта. Це пов'язано, перш за все, з тим, що вона допомагає не тільки зміцнюванню м'язів, покращанню крово- та лімфообігу, але і виробленню компенсаторно-адаптуючих механізмів, спрямованих на відновлення фізіологічної рівноваги в хребцевому сегменті. Такий ефект дії ЛФК дозволяє віднести її до патогенетично обумовлених методів лікування остеохондрозу хребта. Як і інші реабілітаційні заходи вона повинна проводитися з врахуванням стадії захворювання, синдромів, що розвиваються, рівня ураження в 3 режимах: щадному, лікувально-тренувальному, тренувальному. Проведення ЛФК в перших двох режимах забезпечує розтягування, мобілізацію хребта, розслаблення м'язів, третій – стабілізацію хребта.

При проведенні занять лікувальної гімнастики при локалізації остеохондрозу у шийному відділі хребта необхідно дотримуватися таких ключових методичних принципів:

- при патологічній рухливості хребцевих сегментів заняття слід проводити у фіксуючому шийний відділ ватно-марлевою комірці типу Шанца;
- протипоказані активні рухи у шийному відділі хребта в гострій і підгострій періоди, оскільки вони можуть призвести до звуження міжхребцевих отворів і компресії нервових та судинних утворень; вони призначаються на заключному періоді хвороби і виконуються у повільному темпі, без посилювання та напруження;
- усі вправи слід чергувати з вправами на розслаблення;
- з перших процедур потрібно вводити вправи для зміцнення м'язів шиї у вигляді 5–7-секундного опору згинанню голови, повороту, утримання її в положенні лежачи на спині, животі, боці;
- для подолання наслідків больового синдрому, що зменшували екскурсію грудної клітки, слід включити дихальні вправи;
- не допускати підсилення больових відчуттів під час виконання вправ.

Основними задачами ЛФК при грудному остеохондрозі є: попередження збільшення грудного кіфозу шляхом включення вправ на прогинання в грудному відділі хребта, зміцнення м'язів спини, верхньоплечого поясу і м'язів черевного пресу. Часто больовий синдром, а також збільшений грудний кіфоз, призводять до зниження дихальної екскурсії грудної клітки, зменшення рухливості діафрагми. Збільшення кількості дихальних вправ є методичною особливістю занять ЛФК для хворих з грудним остеохондрозом (дихальні вправи покращують вентиляцію легень і насичення крові киснем, нормалізують кровообіг і обмін речовин, покращують працездатність).

Лікувальний масаж є одним з найефективніших методів лікування остеохондрозу. Ця процедура знімає біль і запалення, посилює кровообіг у хребті, зменшує м'язові спазми, покращує обмінні процеси. Пацієнт відчуває користь масажу спини при остеохондрозі після кількох сеансів, оскільки, при його виконанні знімається біль, зміцнюється м'язовий корсет, з'являється прилив сил. Поліпшення кровопостачання та лімфодренаж при масажі значно зменшують больові прояви та допомагають відновити уражені ділянки хребта. Масаж при остеохондрозі повинен тривати не менше 30 хвилин, а курс масажу становити не менше 10 процедур.

Протипоказання до масажу при остеохондрозі: гарячкові стани різної етіології, загострення запальних захворювань шкіри та підшкірної клітковини, м'язів або суглобів, різні захворювання крові, схильність до кровотеч, туберкульоз кісток та суглобів, остеомієліт, а також стадії загострення будь-яких хронічних захворювань, вроджені та набуті вади серця, цукровий діабет та пухлини будь-якої природи.

Щоб досягти максимального ефекту від лікувального масажу, краще поєднувати масажні техніки із кріотерапією. Наприклад після масажу на розігрітій тканині тіла можна прикласти на 3 с пакетик з льодом. За рахунок цього, ще більше збільшиться кровообіг і лімфообіг у локальній зоні.

Кріотерапія – різновид фізіотерапевтичних процедур, дія якого на організм зумовлена реакцією на дозоване охолодження верхнього шару шкіри. Локальна кріотерапія діє на конкретну анатомічну ділянку та активує каскад фізіологічних реакцій, спрямованих на усунення патологічного стану. Низькою температурою до 160 градусів нижче нуля можна короткочасно впливати на окремі ділянки шкіри або весь організм. Холод тимчасово уповільнює обмін речовин, гальмує доступ крові до охолодженого ділянки, кровonosні судини спочатку різко звужуються, потім розширюються. В результаті активізуються фізіологічні процеси у всьому організмі та руйнуються патологічні частини тканин. При цьому вплив холоду відбувається локально, а сусідні тканини не зачіпаються. Кріотерапія усуває запальні процеси та больовий синдром, а також проявляє спазмолітичну дію.

Холод викликає такі зміни в організмі: підсилює приплив крові за рахунок звуження судин; за рахунок тимчасового припливу крові підсилює обмінні процеси; омолоджує шкірний покрив; стимулює живлення тканин і внутрішніх органів; покращує відтік венозної крові; підсилює теплоутворення в організмі; заспокоює нервову систему; зменшує тонус м'язової тканини.

**Отже, послідовне застосування** дихальних та ізометричних вправ, методу пострещипроктної релаксації, вправ з осьовою тракцією хребта та динамічних вправ в комплексі ЛП сприяє значному зменшенню болю в шії. Зменшення болю, а також застосування динамічних вправ для збільшення рухливості хребта сприяє відновленню амплітуди рухів. Якість життя хворих покращується внаслідок зменшення болю та відновлення амплітуди

рухів в шиї. Поєднання ізометричних вправ з вправами із утриманням голови сприяли розвитку сили та статичної витривалості шиї та плечового поясу, що є важливою умовою відновлення рухових можливостей хворих на остеохондроз хребта. Поєднання лікувального масажу і кріотерапії сприяє покращенню кровообігу, лімфообігу у тканинах, зменшенню болю, усуненню запального процесу, зняття спазму м'язів. Всі зазначені методи дають позитивну динаміку у реабілітації хворих на остеохондроз.

1. Аухадеев Э. И. Уроки физического воспитания в специальной и подготовительной медицинской группах. *Высшая школа*. 2000. № 5. С 18–35.
2. Войчишин Л. Лікування порушень постави із застосуванням кінезотерапевтичних та механотерапевтичних засобів. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2009. № 1. С. 27–31.
3. Гоменская М. С. Принципы профилактики прогрессирования плоскостопия у детей и подростков. *Медицинская помощь*. 2003. № 5. С. 41–45.
4. Клименко Ю. С. Фізичне виховання дітей зі сколіозом на етапі мотивованої базової підготовки їх у школі інтернаті. *Теорія та методика фізичного виховання*. 2007. № 11. С. 37–40.
5. Жарова И. А. Показатели термографии у больных остеохондрозом и плоскостопием до и после курса физической реабилитации. *Физическое воспитание студентов творческих специальностей*. 2005. № 2. С. 66–72.