

**Дармограй Марія, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту;** науковий керівник – д.м.н., професор Мухін В. О. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

## **ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ**

***Анотація.** У статті досліджено сучасні підходи до застосування засобів фізичної реабілітації при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта. Охарактеризовано погляди вчених на теоретичні і практичні аспекти сучасної медицини щодо реабілітації хворих на остеохондроз шийно-грудного відділу хребта. З'ясовано ефективність застосування різноманітних засобів фізичної реабілітації хворих на це захворювання, запропоновано власну методику лікування остеохондрозу.*

***Ключові слова:** фізична реабілітація, остеохондроз шийно-грудного відділу хребта, методика.*

***Аннотация.** В статье исследованы современные подходы к применению средств физической реабилитации при остеохондрозе шейно-грудного отдела позвоночника. Охарактеризованы взгляды ученых на теоретические и практические аспекты современной медицины по реабилитации больных остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника. Выяснена эффективность применения различных средств физической реабилитации больных этим заболеванием, предложена собственная методика лечения остеохондроза.*

***Ключевые слова:** физическая реабилитация, остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника, методика.*

***Annotation.** In the article the modern approaches to the use of physical rehabilitation of cervical–thoracic spine osteochondrosis is investigated. The views of scientists on the theoretical and practical aspects of modern medicine on the rehabilitation of patients with cervical-thoracic spine osteochondrosis are characterized. It is shown the efficacy of physical rehabilitation of patients with this disease; own methods of osteoarthritis treatment are offered.*

***Keywords:** physical rehabilitation, osteochondrosis of the cervical and thoracic spine, technique.*

**Остеохондроз попереково-грудного відділу** найчастіше розвивається у людей, які за родом професійної діяльності займаються важкою фізичною працею, що вимагає постійних нахилів з обтяженням. Нерідко дегенеративні

зміни в цьому відділі хребта виникають у тих, хто має або схильний до викривлень хребет і зайнятий сидячою роботою.

Діагноз попереково-грудного остеохондрозу часто буває утруднений через малу вираженість проявів, які характеризують порушення в грудному відділі. Тому, в першу чергу, необхідно виключити патологію з боку серця і органів дихання, а потім – органів травлення. Остаточний діагноз визначається на підставі даних рентгенографії, ядерно-магнітного і комп'ютерного сканування хребта.

**Проблеми фізичної реабілітації** хворих на остеохондроз досліджували такі вчені, як: Г. Ф. Мартиненко, Б. В. Петровський, В. С. Шаргородський, В. А. Швець, Г. С Юмашев та ін.

**Метою нашої статті** є дослідження ефективності фізичної реабілітації хворих на остеохондроз.

**Сучасна людина веде** малорухомий сидячий спосіб життя. Із всіх 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 структури хребта. 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 спостерігається 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 утворюватись кісткові розростання – остеофіти. З одного боку їх можна розглядати 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.

Клінічні прояви остеохондрозу численні та залежать від локалізації процесу, ступеня порушень та фізичного розвитку хворого. Остеохондроз буває шийний, грудний та поперековий.

При шийному остеохондрозі х турбує біль у ділянці плечового суглобу та шиї. Біль носить інтенсивний та пекучий характер. М'язи шиї напружені. Може спостерігатися кардіальний синдром, який нагадує стенокардію, аритмію, тахікардію. Але при обстеженні серцевого м'яза ні функціональні, ні органічні зміни не спостерігаються (при відсутності серцевих захворювань). Також для шийного остеохондрозу характерні головний біль, запаморочення, нудота, погіршення зору у вигляді «мушок» та «шлівки» перед очима, розлад сну та важкість у голові.

Грудний остеохондроз проявляється функціональним ураженням внутрішніх органів – серця, нирок, шлунка, задишкою, зниженням потенції у чоловіків.

Поперековий остеохондроз є найбільш розповсюдженим. Першим проявом його є різкий біль у попереку, пов'язаний з м'язовим перевантаженням. Ще його називають радикуліт або люмбаго. Біль у ділянці попереку суворо локалізований. За характером пекучий, стріляючий, колючий. Хворий не може повернутись з боку на бік, встати з ліжка, нахилитись. Згодом біль може розповсюджуватись на кульшові суглоби, стегна, аж до гомілки та ступні.

В гострому стані захворювання завданням лікувальної гімнастики є нормалізація тону центральної нервової системи, підсилення крово- та лімфоток у суглобах хребта, зняття напруги м'язів, покращення функціонування основних систем організму. Вправи виконуються у положенні лежачи та сидячи, у повільному темпі, дуже обережно під наглядом лікаря. В стадії ремісії вправи виконуються у тренувальному режимі та спрямовані на укріплення м'язів спини, шиї, живота, кінцівок. Можна використовувати гантелі та тренажери. Дуже корисне виконання вправ у воді та плавання.

Масаж повинна виконувати спеціально навчена людина. В гострій стадії прийоми масажу потрібно виконувати дуже повільно з мінімальним навантаженням. Завданням масажу є зниження напруги м'язів, запобігання утворення контрактури суглобів, підвищення загального тону організму. Поза загостренням прийоми масажу можуть мати інтенсивніший характер. Дозволяється як ручний, так і апаратний, вібраційний, точковий та самомасаж. Курси потрібно проводити 3–4 рази на рік. Додатково можна застосовувати голкотерапію, су-джок.

Дуже ефективним є витягування хребта із застосуванням ваги від 3 до 30 кг. Загалом витягування хребта буває горизонтальним і вертикальним (залежно від площини, в якій проводиться процедура), а також підводним і сухим (залежно від середовища, де проходить процедура). Для сухого витягнення використовують різні столи – вертикальні або горизонтальні. Вони оснащені комп'ютерними датчиками, що допомагають визначити силу тракції. До речі, сила, застосовувана під час процедури, не повинна перевищувати третин частини маси хворого. Сама процедура триває близько півгодини. Підводне витягування хребта проводиться в спеціальних

ваннах або басейнах. Тепла вода, іноді з додаванням солей і мінералів, розслаблює м'язи, завдяки чому можна використовувати меншу силу тракції. Однак, підводне витягування не підійде для людей з проблемами серцево-судинної системи і захворюваннями нирок.

За даними вчених у кожної другої людини після 35 років спостерігаються симптоми остеохондрозу. Якщо хвороба стрімко прогресує та виникають ускладнення (найтяжче – грижа міжхребцевих дисків) це призводить до інвалідності. Тому роль профілактики у запобіганні остеохондрозу величезна. До того ж профілактичних заходів слід дотримуватись з дитинства. Водночас потрібно забезпечити лікування інфекційних та інших захворювань, які здатні призвести до остеохондрозу

В процесі дослідження ефективності фізичної реабілітації хворих на остеохондроз нами були проведені такі дії:

1. Проведено аналіз літературних джерел;
2. Визначено ступінь вираженості больового синдрому;
3. Проведена комп'ютерна діагностика хворих.

Після проведення аналізу медичних карток амбулаторного прийому хворих, які брали участь у проведенні досліджень, журналів обліку масажних та фізіотерапевтичних процедур, лікувальної фізичної культури (ЛФК), рефлексотерапії та мануальної терапії в Ланівецькій КЗ ЦРП було встановлено, що у хворих спостерігалось значне покращення загального стану, який в значній мірі асоціювався із зниженням запального процесу та відновленням фізіологічної функції хребта. Переносимість реабілітаційних процедур була доброю.

В залежності від вираженості запального процесу, місця локалізації та сутності захворювання кожний хворий пройшов курс масажу (10–12 сеансів), курс рефлексотерапії (10 сеансів), ЛФК (10–12 сеансів) з подальшим самостійним лікуванням. Хворі отримали консультацію мануального терапевта. При цьому в залежності від ступеня і стадії захворювання проводилася корекція хребта з підбиранням спеціального поясу (2–5 сеансів), а також курс фізіотерапії (ДДТ, СМТ, магніто терапія, ультразвукова терапія, електрофорез з новокаїном). Процедури також підбиралися індивідуально.

За результатами проведеного дослідження в контрольній групі виражений больовий синдром до проведення фізичної реабілітації був у 10 пацієнтів (60 %), а після – у 6 (40 %). В експериментальній групі до застосування засобів фізичної реабілітації виражений больовий синдром був у 10 пацієнтів (65 %), а після проведення фізичної реабілітації – у 4 пацієнтів (20 %). Тобто у контрольній групі відмічалось покращення здоров'я у 20 % хворих, а в експериментальній – 45 %. Помірно виражений больовий синдром був у 7 чоловік (35 %), а в кінці дослідження лишився у 6 чоловік (30 %).

Отже, використовуючи такі засоби фізичної реабілітації при лікуванні остеохондрозу хребта в Ланівецькій КЗ ЦРП як рефлексотерапія, мануальна терапія, фізіотерапія, ЛФК і лікувальний масаж та інші нетрадиційні засоби лікування ми досягли позитивного результату.

**Підводячи підсумок проведених досліджень** можна зробити висновок, що використання засобів фізичної реабілітації у хворих при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта дає відчутний позитивний ефект, дозволяє значно скоротити час проходження реабілітації та забезпечує тривалу ремісію. Рациональне і комплексне їх використання сприяє швидкому проходженню захворювання, зниженню запального процесу, запобіганню ускладнень, зменшенню больового синдрому, відсутності локалізації вогнищ в хребті і зменшенню сили навантаження на кожен хребець, швидкому відновлюванню функціональних властивостей хребта.

1. Иерусалимский А. П. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника / Иерусалимский А. П. – Новосибирск : «Наука», 1983. – 213 с.
2. Исаев Ю. О. Нетрадиционные методы лечения остеохондроза позвоночника / Ю. О. Исаев. – К. : С.К.ф., 1996. – 312 с.
3. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : «Олімпійська література», 2000. – 424 с.
4. Попелянский Я. Ю. Синдромы поясничного остеохондроза. Лечение, профилактика, экспертиза / Я. Ю. Полянський // Часть 2. – Т. – М., 1990. – 43 с.
5. Руководство по вертеброгенным заболеваниям нервной системы. – К., Издательство Казанского университета, 1986. – 287 с.
6. Попелянский Я. Ю. Болезни периферической нервной системы : Руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. – М. : Медицина, 1989. – 464 с.
7. Юмашев Г. С. Консервативное лечение остеохондроза позвоночника / Г. С. Юмашев, Г. Ф. Мартыненко, В. С. Шаргородський, В. А. Швец. – К : Здоровье, 1989. – 168с.
7. Юрик О. Е. Неврологічні прояви остеохондрозу : патогенез, клініка, лікування / О. Е. Юрик. – К. : Здоровья, 2001. – 344с.