

УДК 615. 8: 616. 071. 2

**Петровка Любов, ст. магістратури факультету здоров'я, фізичної культури і спорту;** науковий керівник – к.м.н., доцент Мартинюк Г. А. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

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

***Анотація.** У статті досліджено ефективність комплексного застосування лікувальної фізичної культури та масажу у хворих з люмбалгічним синдромом остеохондрозу поперекового відділу хребта, розглянуто класифікацію та клінічну картину остеохондрозу та засоби фізичної реабілітації при остеохондрозі поперекового відділу хребта.*

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

***Аннотация.** В статье исследовано эффективность комплексного применения лечебной физической культуры и массажа у больных с люмбалгическим синдромом остеохондроза поясничного отдела позвоночника, рассмотрена классификация и клиническая картина остеохондроза и средства физической реабилитации при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника.*

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

***Annotation.** The article studies the efficiency of medical physical training and massage complex use for patients with lumbago syndrome of spine lumbar part osteochondrosis. The classification, clinical presentation of osteochondrosis and physical rehabilitation at spine lumbar part osteochondrosis is considered.*

***Keywords:** therapeutic physical training, massage, spine.*

**В загальній структурі** захворюваності населення з тимчасовою втратою працездатності на долю вертеброневрологічних синдромів припадає значна частина, тому лікування і профілактика загострень у вертеброневрологічних хворих є важливим загальнодержавним завданням. Але, не дивлячись на таке поширення цієї проблеми та існування великої кількості ефективних методів лікування і реабілітації цього контингенту хворих, спеціалісти недостатньо їх використовують. Це зумовлено низкою обставин: відсутністю спільних поглядів лікарів та реабілітологів на основні поняття вертебрології, на патогенез нейродистрофічних синдромів, на класифікацію, та, відповідно, на принципи лікування та реабілітації тощо.

**Згідно із дослідженнями** сучасних вчених, не підлягає сумніву, що остеохондроз хребта є міждисциплінарною проблемою, що знаходиться на перехресті інтересів різних спеціалістів, а саме неврологів, ортопедів–травматологів, терапевтів, ревматологів, нейрохірургів, фізіоортопедів та реабілітологів. За останні десятиліття на цю тему було написано величезну кількість монографій, статей, наукових робіт. Не дивлячись на це, питання реабілітації хворих з остеохондрозом та профілактики загострень в них відпрацьовані ще недостатньо, бо кількість людей, що страждають на больові та інші синдроми остеохондрозу, неухильно збільшується.

**Метою нашої статті** є дослідження ефективності засобів лікувальної фізкультури (ЛФК) та лікувального масажу для ліквідації люмбалгічного синдрому при остеохондрозі поперекового відділу хребта в умовах місцевого санаторію загального профілю.

Завданнями статті є: визначення поширеності остеохондрозу із синдромом люмбалгії серед людей, які оздоровлюються в санаторії; вивчення причин розвитку остеохондрозу поперекового відділу хребта в цього контингенту; вивчення методів реабілітації та нетрадиційних методів лікування, які застосовуються при лікуванні остеохондрозу поперекового відділу хребта з явищами люмбалгії; встановлення ефективності застосування спеціального комплексу лікувальної фізкультури та лікувального масажу для ліквідації больового синдрому при остеохондрозі поперекового відділу хребта.

**Остеохондроз – це захворювання** при якому реактивні дистрофічні зміни виникають по всьому кінематичному ланцюгу хребет. Це поліфакторіальне захворювання з участю як спадкових рис, так і ряду набутих факторів: статико-динамічних, аутоімунних, дисциркуляторних, обмінних.

Етіологія остеохондрозу хребта невідома, але його наростаюча частота серед різних по професії груп дорослого населення змушує припускати немалу роль якихось соціально значимих змін в способі життя сучасної людини. Одним із припущень є думка про роль гіпокінезії. Еволюція людини у філогенезі поєднана з неухильним зменшенням питомої ваги фізичного навантаження. За останні 100 років воно зменшилося в 10 разів. Посилюється диспропорція між психоемоційною активністю, яка неминуче наростає, і фізичною діяльністю, яка стає все менш обов'язковою. Дефіцит м'язових навантажень, зменшення фізичних м'язових зусиль і заміна їх статичними в таких рухливих від природи частинах тіла, як шия і попереки, призводить до детренування хребетного «м'язового корсету», послаблення ресорної функції м'язів. На цьому тлі посилюється осьове навантаження на ресори іншого порядку – міжхребцеві диски і зв'язковий апарат, що створює умови для мікротравмування цих утворів в побуті і на виробництві. Водночас виникають фіброзно-хрящові аутоантигени, розвиваються аутоалергічний та аутоімунний процес по типу реакції антиген – антитіло. Доведено, що при дегенерації диска одночасно з механізмами лізосомального гідролізу відбуваються зміни окисно-відновних процесів та імунні зрушення в

організмі. Порушується архітектоніка та біохімічні властивості диска, приєднується ауто сенсibiliзація організму до продуктів розпаду, що поглиблює процес в диску і надає йому циклічного характеру. Некробіотичні процеси змінюються проліферативними, втягненням в процес навколишніх тканин і нервово-судинних утворів і формуванням типової картини остеохондрозу хребта [1–6].

Різноманітні захворювання хребта викликають широку гаму клінічних проявів, які можуть бути зведені до хребетного, м'язового, неврального та нейросудинного синдромів. Нині достатньо добре вивчені симптоми, що виникають в результаті ураження міжхребцевих дисків, передусім попереково–крижової локалізації. Це пов'язане з великою частотою цієї патології і накопиченим хірургічним досвідом лікування кил дисків. Ця клінічна ситуація розглядається за кордоном як «синдром чи хвороба, поперекового диска», а у нас – як «неврологічні прояви остеохондрозу хребта». По цей день більшість спеціалістів пов'язують клінічні прояви в таких хворих з випинанням чи випадінням фрагмента ураженого дистрофічним процесом диска, а безпосередню причину больового синдрому пояснюють подразненням закінчень синуввертебрального нерва або компресією корінця спинного мозку (відповідно виділяються рефлекторні больові і корінцеві синдроми). Цей простий принцип покладений в основу «Клінічної класифікації захворювань периферичної нервової системи», запропонованої академіком І. П. Антоновим. Перший розділ цієї класифікації стосується вертеброгенних захворювань [2; 5].

У комплексному лікуванні і попереджуванні рецидивів загострення остеохондрозу хребта значна роль надається лікувальній фізичній культурі. Вибір засобів і особливості методики ЛФК визначаються клініко-функціональним станом хворого, його віком, локалізацією патологічного процесу, фазою захворювання, біомеханічними особливостями відділів хребта, втягнутих у патологічний процес. У перебігові захворювання розрізняють гострий період і період ремісії (хронічна стадія). За поширеністю серед населення остеохондроз поперекового відділу хребта займає перше місце, друге – остеохондроз шийного відділу, потім грудного і поширений остеохондроз хребта.

Шийний відділ хребта в біомеханічному відношенні менш потужний і більш рухомий, чим грудний і поперековий відділи. Дегенерація дисків у шийному відділі зустрічається досить часто, особливо в сегментах C<sub>5</sub>–C<sub>6</sub> і C<sub>6</sub>–C<sub>7</sub>, причому вона виявляється не тільки килувими випинаннями, але і зміною кісткових структур внаслідок унковертебрального артрозу. Водночас при остеохондрозі відзначається згладженість шийного лордозу, що порушує статику шийного відділу хребта і веде до його нестабільності.

При проведенні лікувальної гімнастики в хворих з шийним остеохондрозом варто дотримуватися таких методичних принципів [3; 4]:

– виключити активні рухи в шийному відділі хребта в гострому періоді: вони включаються на заключному етапі лікування і виконуються без зусилля, у повільному темпі і з малим числом повторень (3–4 рази);

– загальзміцнюючі вправи для плечового поясу і тулуба чергувати з вправами на розслаблення, зокрема трапецієвидного та дельтоподібного м'язів, тому що ці м'язи при шийному остеохондрозі частіше інших утягуються в патологічний процес і знаходяться в стані гіпертонусу;

– у підгострому періоді в заняття включати вправи для зміцнення «м'язового корсета» шийного відділу хребта з використанням вправ ізометричного характеру; найбільш характерними вправами при цьому будуть вправи з утриманням голови у вихідному положенні лежачи і вправи з опором (спочатку руками інструктора, потім власними). При виконанні зазначених вправ важливо дотримуватися принципу поступовості як у дозуванні опору, так і в часі виконання вправи;

– спеціальні і загальзміцнюючі вправи чергуються з дихальними динамічними і статичними вправами, оскільки анталгічна поза і больовий синдром зменшують екскурсію грудної клітки;

– при проведенні занять з лікувальної гімнастики не повинно бути больових відчуттів.

Необхідно відзначити, що різна клініка шийного остеохондрозу вимагає диференційованого застосування засобів і методів ЛФК, зокрема при таких синдромах, як плечелопатковий періартроз та задній шийний симпатичний синдром. При цьому загальними задачами ЛФК є: зміцнення всього організму, зниження патологічної імпульсації з шийного відділу на верхній плечовий пояс, активізація кровообігу в ураженому хребетному сегменті, зменшення набряку в тканинах міжхребцевих отворів.

За допомогою лікувальної гімнастики варто виконувати і спеціальні завдання. Так, при плечелопатковому періартрозі ЛФК потрібно спрямовувати на збільшення об'єму рухів у плечовому суглобі руки, втягнутої в патологічний процес, попередження неврогенної контрактури плечового суглоба, відновлення оптимальної амплітуди руху в ньому; при задньому шийному симпатичному синдромі – на тренування вестибулярного апарата; при дискогенній ішемічній мієлопатії – на зміцнення ослаблених м'язів і боротьбу зі спастичними проявами захворювання.

Варто визнати недоцільним застосування великої кількості повторів активних рухів головою (особливо кругових рухів) з великою амплітудою, тому що ці вправи збільшують нестабільність шийних хребців, втягнутих у патологічний процес, що сприяє сублюксації. При наявності остеофітів це може призвести до здавлення симпатичного сплетення чи хребетної артерії.

Грудний відділ хребта характеризується малою рухомістю і наявністю грудного кіфозу. В цьому відділі максимальне навантаження здійснюється на передні ділянки міжхребцевих дисків. У силу цього, дегенерація дисків частіше відбувається в передніх відділах. Грудний кіфоз при цьому

збільшується в зв'язку з тим, що відбувається атрофія паравертебральних м'язів через постійне і тривале їх напруження.

Основними завданнями ЛФК при грудному остеохондрозі є: запобігання посиленню грудного кіфозу шляхом включення вправ на прогинання в грудному відділі хребта, зміцнення м'язів спини, верхнього плечового пояса і м'язів черевного преса.

Нерідко больовий синдром, а також збільшений грудний кіфоз ведуть до зменшення дихальних екскурсій грудної клітки, зменшення рухомості діафрагми. Збільшення кількості дихальних вправ є методичною особливістю занять лікувальною гімнастикою у хворих із грудним остеохондрозом (дихальні вправи поліпшують вентиляцію легень і насичення крові киснем, нормалізують кровоток і обмін речовин, збільшують працездатність).

Масаж здійснює вплив на рух лімфи і крові, на серцеву діяльність і тону судинної стінки, на газообмін та інші види обміну. З точки зору впливу на патологічні процеси в хребті і вторинні патогенетичні ланки остеохондрозу, особливий інтерес являють рефлекторні механізми масажу за рахунок подразнення екстерн- і пропріорецепторів. Це вплив через усю центральну нервову систему і, в особливості, через сегментарні апарати, що обумовлює доцільність сегментарного масажу. Варто врахувати, що в підшкірній клітковині, особливо вздовж дрібних судин, розміщується багато гладких («тучних») клітин. Так як вони синтезують гістамін, серотонін і гепарин, клітини ці сумарно являють ніби ендокринний орган, інтимно пов'язаний з симпатичною нервовою системою. Будучи її ефектором, цей орган подібний до мозкового шару наднирників, що іннервується симпатикусом. Тому вплив на шкіру і підшкірні тканини при масажі виявляється не тільки механічними, рефлекторними, але й нейроендокринними, нейрогуморальними ефектами, впливом біологічно активних речовин. У всіх відношеннях масаж – своєрідна адаптотерапія при розумній активності в умовах фізично пасивного положення пацієнта.

Що стосується класичного масажу, то основні рекомендації зводяться до того, що прийоми його в перші дні лікування при гострих проявах хвороби повинні бути щадними. В подальшому його слід проводити більш інтенсивно, але все ж обмежуючись погладженням, розтиранням і уникаючи рублення. Такі впливи особливо важливі для хворих з нейрогенними в'ялими парезами з цілло покращення крово- і лімфообігу в тканинах, підвищення м'язового тону. Окремі сеанси класичного масажу варто поєднати з іншими лікувальними впливами, наприклад з хлоретиловою блокадою.

До масажу потрібно приступати, коли хворий перестав страждати від сильного болю, коли закінчилося прогресування при гострій люмбо-, цервіко- і торакалгії. При люмбо- і цервіко-мембральних синдромах, коли болі переважають в кінцівках, можна проводити легкий масаж і раніше. Курс необхідно розпочинати з впливу на ділянку хребта і закінчення курсу обмежувати цією ділянкою [2; 4].

В кожному випадку масаж повинен бути безболісним. Після сеансу пацієнт повинен відчувати легку свіжість, бадьорість, зменшення болю. По мірі підвищення переносимості інтенсивність прийомів необхідно збільшувати. Лікар може рекомендувати тільки набір прийомів. Які різновидності прийомів будуть застосовані – цілком в компетенції масажиста. Досвідчений масажист повинен будувати програму індивідуально для кожного пацієнта.

Бальнеофізіотерапія займає значне місце в комплексі засобів фізичної реабілітації при остеохондрозі хребта. У відповідних реакціях організму на фізичні фактори розрізняють неспецифічні і специфічні впливи. Рефлекторні відповідні реакції реалізуються в сегментарних і супрасегментарних апаратах. Карл Левіт вважає, що результат залежить не від того, чим ми впливаємо на тканини сегменту: банками, ультразвуком, масажем чи токами Д'Арсонваля, а від того, чи раціонально взагалі в цей період хворого впливати на шкірні рецептори. Це, до певної міри, справедливо і по відношенню до неспецифічних впливів. Специфічні ж впливи можуть дати прямо протилежні ефекти при впливі як на шкірні, так і на більш глибоко розміщені рецептори. Так, наприклад, ультрафіолетова еритема в момент «зацвітання» підвищує чутливість рецепторів в зоні еритеми, а в період «відцвітання» викликає стійку анальгезію внаслідок парабіозу тих же нервових закінчень і всього чутливого нерва. Якість реакції, «масивність» її реалізації (малими засобами чи задіюючи великі системи) залежать від великої кількості особливостей впливу: вибору факторів, їх поєднання з іншими методами, послідовності, методики їх застосування, дози тощо [1; 6].

Необхідно пам'ятати, що в гострій стадії захворювання тепло та інші фактори можуть посилити небажану на цьому етапі гіперемію тканин епідурального простору. Тому, при підборі засобів фізіобальнеотерапії необхідно враховувати стан периферичних тканин і центральних апаратів а також стадію процесу. Важливою є і специфіка фізичного фактору [3; 5].

Важливу роль при реабілітації остеохондрозу хребта відіграє ультразвук. Ультразвук (УЗ) – це механічні коливання високої частоти (0,8 – 1 МГц), які впливають на тканини як своєрідний мікромасаж. Ультразвукову терапію при синдромі остеохондрозу окремі автори рекомендують застосовувати в гострій стадії процесу. Але цей фізичний фактор володіє кумулятивною дією. Після його використання впродовж місяця не бажане призначення інших фізіотерапевтичних процедур. Тому на висоті болювих проявів ця методика недоцільна. Озвучуванню необхідно піддавати зони ураженого хребетного сегменту, і, в особливості, зони нейроостеофіброзу. За одну процедуру варто озвучувати не більше 3–4 ділянок, тривалістю 5–12 хвилин. Курс лікування повинен включати 6–12 процедур. При цьому рекомендується чергувати УЗ з радоновими ваннами концентрації від 100 до 300 одиниць Махе – 0,0364–0,1092 мкКи/л.

Більш широко при остеохондрозі в останній час стала використовуватися методика фонофорезу лікарських речовин, гангліоблокаторів, анестезину,

спазмолітиків, бджолиної отрути, і, особливо, гідрокортизону. Підвищення проникності цих препаратів досягається втиранням препаратів з подальшим фонофорезом, гідротерапією шкіри і її нагріванням, а також подовженням тривалості процедури до 15 хв.

Широко відомим способом купування больового синдрому при остеохондрозі хребта є лікування ультрафіолетовими еритемами. Його необхідно призначати в обсязі 4–5 біодоз, при люмбаго – одноразово, при гострих болях в нозі – щоденно.

Необхідно мати на увазі, що будь яка структурна перебудова хребтнорухового сегменту (ХРС) включає комплекс оборотних змін, супутніх основному патологічному процесу, що часто зовні створюють видимість самостійних. Тому остеохондроз, як локальний процес, викликає велику кількість супутніх функціональних змін:

- 1) зміни рухового стереотипу (верхній і нижній перехресні синдроми);
- 2) функціональні блокади ураженого ХРС, а також суміжних та віддалених сегментів;
- 3) вкорочення розгиначів і ротаторів хребта;
- 4) тригерні феномени (пункти) в м'яких тканинах.

Функціональні блокади шийних і поперекових ХРС значно передують органічній перебудові хребта, визначають больові феномени і зміни рухової функції. Наступні структурні зміни включаються в складний ланцюг за типом порочного кільця, де структурні зміни тягнуть за собою зміни функцій, які сумуються з оборотними функціональними змінами за рахунок блоkad ХРС. В цьому контексті повинно бути чітко визначені межі терапевтичних можливостей мануальної терапії – це усунення патологічних функціональних змін, які не мають в своїй основі структурних зсувів, що здатні накладатися на основний процес і поглибити наявну симптоматику. При цьому доля оборотних змін може бути настільки значною, що в результаті їх усунення цілком може виникнути ілюзія вилікування від остеохондрозу, хвороби Бехтерева, остеохондропатій, спондиліту та інших серйозних перебудов кістков-хрящових елементів ХРС. Тому необхідно наголосити, що мануальна терапія не може звільнити пацієнта від цих захворювань, і неправильне тлумачення можливостей мануальної терапії в усуненні описаного феномена здатне нанести шкоду пацієнту і репутації лікаря [3; 5].

Народна медицина донесла до нас з глибини віків численні рецепти приготування ліків з рослин. Вони доступні, дешеві, можуть бути виготовлені в домашніх умовах і, що саме головне, не менш ефективні, ніж ліки, придбані в аптеці. Однак, готуючи настої і відвари з трав, необхідно дотримуватись нескладних, але важливих умов: заварювати трави тільки в емальованому та скляному посуді; проціджувати відвари тільки гарячими; не використовувати стару рослинну сировину і незнайомі рослини.

Правила прийому цих ліків також прості: пити тільки свіжі настої і відвари; після місяця прийому робити тижневу перерву; не вживати під час прийому лікарських трав алкоголю, прянощів, жирної їжі.

При болях в суглобах, попереку та хребті для прийому всередину рекомендуються рослини, які мають заспокійливу та болетамувальну дію, покращують трофіку тканин. Якщо раптово з'явився сильний біль в спині, то «швидку допомогу» може надати простий, але надійний посередник – відвар з березового та брусничного листа. Для цього необхідно взяти по пів чайної ложки березового та брусничного листа, всипати в киплячу воду (1 склянка) і варити на маленькому вогні 2–3 хвилини. Настоявати відвар потрібно протягом 30 хвилин, потім процідити і маленькими ковтками приймати весь день. Тривалість прийому повинна бути 2–3 дні. За цей час зникнуть набряки в ділянці пошкодженого хребця. Можна скористатися й іншими травмами, які мають сечогінну, знеболюючу, метаболічну дію.

Причинами розвитку остеохондрозу в хворих можуть бути: неправильне, вимушене положення при виконанні професійних завдань, коли тривалий час людина перебуває в одній позі, перевантаження поперекового відділу хребта при перенесенні вантажів, переохолодження, неправильне харчування, професійні шкідливості, дефекти постави та сколіози, перенесені травми спини та тазу на фоні слабості м'язового корсету спини.

**Отже можна зробити висновок**, що при проведенні реабілітації пацієнтів з люмбалгічним синдромом потрібно застосовувати спеціальні комплекси лікувальної фізкультури, курс лікувального масажу, який складається з елементів класичного, сегментарного та точкового масажу, фізіотерапії, тракційної та мануальної терапії, рефлексотерапії тощо.

Застосування засобів фізичної реабілітації, а саме спеціальних комплексів лікувальної фізичної культури та лікувального масажу під час санаторного лікування пацієнтів з патологією внутрішніх органів, що мають, як супутнє захворювання, люмбалгічний синдром остеохондрозу поперекового відділу хребта, є ефективним, і повинно використовуватися в практиці спеціалістів-реабітологів, що працюють з такими хворими в санаторно-курортних закладах.

1. Васильєва А. В. Остеохондроз : профилактика и исцеление от недуга / А. В. Васильєва. – СПб. : Невский проспект, 2010. – 126 с.
2. Завацький В. Фізіологічна характеристика рухів як цілеспрямованої поведінки людини : Навчальний посібник / В. Завацький. – Луцьк : Надстир'я, 2003. – 84 с.
3. Бака М. Социально-биологические проблемы физической культуры и спорта / М. Бака, В. С. Бойко, С. С. Гурвич. – К. : Здоров'я, 2003. – 248 с.
4. Белая Н. А. Руководство по лечебному массажу – 2–е изд. – М. : Медицина, 1983. – 287 с.
5. Васичкин В. И. Справочник по массажу / В. И. Васичкин. – М. : Медицина, 1991. – 192 с.
6. Гостовцев П. И. Лечебная физкультура и массаж / П. И. Гостовцев, А. Д. Субботов, В. П. Селиванов. – М. : Медицина, 1997. – 304 с.