

2. Шарыкин А. С. Врожденные пороки сердца: Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / А. С. Шарыкин. – М.: Теремок, 2005. – 384 с.

3. Мутафьян О. А. Врожденные пороки сердца у детей / О. А. Мутафьян. – СПб.: Невский диалект, 2002. – 331 с.

4. Орлов В. И. Кардиохирургическое лечение пациентов с приобретенными пороками сердца: отдаленные результаты и клинические факторы, влияющие на них / В. И. Орлов, Л. И. Мурзабекова // Российский кардиологический журнал. – 2005. – № 5 (55). – С. 87–93.

5. Белозеров Ю. М. Детская кардиология / Ю. М. Белозеров. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 221 с.

6. Кнышов Г. В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее / Г. В. Кнышов // Серце і судини. – 2003. – № 1. – С. 8–14.

7. Боднар Я. Я. Патологічна анатомія і фізіологія людини: [підруч.] / Я. Я. Боднар. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 494 с.

8. Туманян М. Р. Нейропсихологический статус пациентов в отдаленном периоде после радикальной коррекции тетрады Фалло, выполненной в раннем возрасте / М. Р. Туманян, Т. Г. Горячева, Т. И. Мусатова // Кардиология. – 2001. – № 9. – С. 26–28.

9. Естественные нейротропные аутоантитела и патология нервной системы / А. Б. Полетаев, В. В. Алферова, А. А. Абросимова [и др.] // Нейроиммунология. – 2003. – № 1. – С. 11–17.

10. Чехонин В. П. Иммунохимический анализ нейроспецифических антигенов / В. П. Чехонин, Т. Б. Дмитриева, Ю. А. Жирков. – М., 2000. – 416 с.

11. Характеристика специфических белков промежуточных филаментов в опухолях головного мозга человека / В. С. Недзвецкий, В. А. Березин, Т. И. Оберняк, Е. Н. Жмарева // Биохимия. – 1986. – Т. 51. – № 11. – С. 1843–1850.

12. Ohkawa H. Assay for lipid peroxides in animal tissues by thiobarbituric acid reaction / H. Ohkawa, N. Ohishi, K. Yagi // Analytical biochemistry. – 1979. – Vol. 95 – 351–358.



ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД

УДК 615.825

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА В КАБІНЕТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ КЛІНІКИ ІНСТИТУТУ

Є. В. Канюка¹, С. О. Піндічев¹, Г. Ю. Макатуха²,
М. Д. Безус³

¹Державна установа «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро

²Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту

³КЗ «Дніпропетровська міська поліклініка № 2» ДОР»

Резюме: В статті розглянута проблема порушення функції позвоночника у пацієнтів при такому захворюванні як розповсюджений остеохондроз. Застосовані методики лікувальної фізкультури для реабілітації даної категорії хворих. Проаналізовані зміни функціонального стану позвоночника в динаміці. Предложено використовувати дану методику при складанні індивідуальних програм реабілітації.

Ключевые слова: лікувальна фізкультура, реабілітація, остеохондроз позвоночника.

Summary: In the article considers the problem violation of function of the spine in patients with such disease as a common an osteochondrosis. The use of exercise therapy techniques for the rehabilitation of these patients. The changes in the functional state of the spine over time. It is proposed to use this technique in the preparation of individual rehabilitation programs.

Keywords: therapeutic exercises, rehabilitation, vertebral osteochondrosis.

Вступ

Остеохондроз – (від дв.-грец. στέον — кістка та χόνδρος – хрящ) це дегенеративно-дистрофічне ура-

ження міжхребцевих дисків незапального характеру. Вперше термін «остеохондроз» запропонував німецький учений Хільдебранд у 1933 році.

Остеохондроз хребта (ОХ) є найчастішою причиною болю спини, що зустрічається у 40–80 % населення. Широка розповсюдженість патології, ураження переважно людей активного віку та часта схильність до стійкого, затяжного перебігу з неодноразовими рецидивами, незважаючи на достатню розробку, залишають питання лікування неврологічних проявів ОХ однією із актуальніших проблем у неврології. В Україні відбувається повільне зростання рівня інвалідності, спричиненої остеохондрозом хребта, що визначає велику соціально-економічну значущість проблеми. Лікування його нерідко буває безуспішним унаслідок безсистемного та погано продуманого застосування різних методів терапії без урахування етіології, особливостей патогенезу, клінічного перебігу хвороби. Неврологічні прояви остеохондрозу, з огляду на його поширеність і труднощі лікування та профілактики, є актуальною проблемою у медицині. Питома вага клінічних проявів ОХ хребта складає до 74 % серед усіх захворювань периферичної нервової системи. Ураження осіб найбільш працездатного віку та великі матеріальні втрати, які пов'язані з цим захворюванням, ставить вертеброгенні ураження периферичної нервової системи в ряд соціально значущих захворювань. Вивченню питань етіології та патогенезу неврологічних проявів ОХ хребта присвячено велику кількість робіт, але донині недостатньо вивчені причини різноманіття клінічних форм захворювання, значення анатомо-функціональних і конституціональних чинників виникнення і розвитку цієї патології. Проблема залишається актуальною. Недостатньо визначеними є підходи до вибору методів диференційованого лікування. Для оптимізації діагностичних заходів і підвищення ефективності лікування пацієнтів з неврологічними проявами ОХ необхідно подальше вивчення даної проблеми з використанням нових методологічних підходів до її вирішення. Розробка та експериментальне обґрунтування нових методів реабілітації є необхідними і виправданими, тому що застосування різних засобів консервативного лікування остеохондрозу хребта не завжди призводить до бажаних результатів.

Істотними складниками відновного лікування є різні методи лікувальної фізичної культури (ЛФК), масажу, фізіотерапії, гідролікування тощо (А. Ф. Каптелін, 1986; В. В. Гонгальский, 1993; А. В. Долженков, 2000; Н. І. Шевельова, 2000). Слід урахувати, що ЛФК є основним методом активної функціональної терапії і самостійно, і в комплексі з іншими засобами фізичної реабілітації позитивно впливає на результати лікування. Аналіз даних тематичної літератури свідчить, що терапевтичний ефект, досягнутий мануальними впливами, витягуванням, застосуванням різних фізичних методів, не може бути стійким без зміцнення м'язів, які фіксують хребет, без подальшого тривалого застосування ЛФК (В. Я. Фищенко, 1983; I. Yamamoto, M. Ranjabi, T. Crisco, 1989; Л. С. Захарова, 1991; В. А. Спіфанов, В. В. Шуляковський, 2000, І. А. Кульченко, 2005). На думку багатьох дослідників саме виконання малоамплітудних вправ низької інтенсивності тривалий час у по-

вільному темпі з використанням поструральних вимог ведуть до відновлення та укріплення глибоких м'язів спини, які беруть участь у формуванні м'язового корсета (A. Rissanen, H. Kalimo, H. Alaranta, 1995; D. Kader, D. Wardlaw, F. Smith, 2000; I. A. Лазарев, 2002 та ін.). У зв'язку з цим є актуальним розробка та обґрунтування методики фізичної реабілітації хворих поперековим остеохондрозом з урахуванням ефекту одночасного виконання вправ у поєднанні з розвантаженням хребта.

Матеріали та методи

З усього різноманіття засобів і методів фізичної реабілітації на початкових етапах загострення розповсюдженого остеохондрозу хребта, а також при прогресуючому його перебігу найбільш адаптованими є:

1. Люмбальна тракція, що дає змогу провести пасивну релаксацію паравертебральної мускулатури;
2. Постізометрична релаксація, що сприяє корекції рухового стереотипу;
3. Гальмівна методика масажу, що надає седативну та знеболювальну дію.

Корекція паравертебральних і екстравертебральних м'язових порушень при затримці еволюювання нового рухового стереотипу є невід'ємною складовою комплексного лікування і реабілітації хворих на остеохондроз хребта.

Під нашим наглядом знаходились 15 осіб з дегенеративно-дістрофічними захворюваннями хребта. Для визначення переважаючих вправ лікувальної гімнастики (ЛГ) при ОХ були сформовані 2 групи пацієнтів. Основним методом лікування був комплекс вправ ЛФК. Пацієнти кожної групи отримали по 7 процедур ЛГ. Першу групу (8 осіб) становили пацієнти, у яких вправи ЛГ були спрямовані на тракцію хребта. До другої групи ввійшли 7 пацієнтів, які виконували комплекс ЛГ для зміцнення «м'язового корсету» хребта. Хворі отримували процедури ЛГ малогруповим методом у кабінеті ЛФК. Тривалість однієї процедури ЛГ – 33–40 хвилин 1 раз у день. Критеріями оцінки функціонального стану хребта були: тест Шобера, тест Мінора, тест ВАШ.

Тест Шобера. Методика вимірювання люмбальної флексії: пацієнт у положенні стоячи прямо. Необхідно поставити відмітку на рівні уявної лінії, що з'єднує задні верхні клубові ості (розміщені біля «ямочок Венери»). Наступна відмітка ставиться на 10 см вище у вертикальній площині. Пацієнт максимально нахилиється вперед, вимірюється збільшення відстані між відмітками. Нахил повинен привести до розтягування поперекового відділу хребта на 5 см. Результат реєструють з точністю 0,1 см. Записується кращий результат із двох спроб.

Тест Мінора. Пацієнт перебуває в положенні стоячи, ноги разом, руки вздовж тулуба. Потім робиться нахил вперед і, не згинаючи ноги в кульшових та колінних суглобах, пацієнт намагається доторкнутися пальцями рук до підлоги. За допомогою сантиметрової стрічки вимірюється відстань від підлоги до нігтьової фаланги середнього пальця однієї

з рук. Якщо пацієнт може доторкнутися підлоги – це свідчить про достатню рухливість хребта.

Методика ВАШ. Візуальна аналогова шкала визначення болю Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E. C., 1974) – метод суб'єктивної оцінки болювого синдрому, який полягає в тому, що пацієнта просять зазначити на неградуйованій лінії довжиною 10 см точку, яка відповідає ступеню вираженості болю. Ліва межа лінії відповідає визначенню «болю немає», права – «найгірший біль, який можна

собі уявити». Як правило, використовується паперова, картонна або пластмасова лінійка завдовжки 10 см. Зі зворотного боку лінійки нанесені сантиметрові розподіли, за якими відзначається отримане значення і заноситься до листа спостереження. Методика проста в роботі і дозволяє не тільки швидко визначити болювий синдром пацієнта, але й отримати його об'єктивну оцінку в динаміці як під час заняття лікувальною фізкультурою (ЛФК), так протягом курсу відновного лікування.

Таблиця 1

Симптоми захворювання хребта у пацієнтів обох груп спостереження (n=15)

Симптоми захворювання хребта	До реабілітації абс., (%)	Після реабілітації абс., (%)
Порушення рухомості хребта	13 (86,6 %)	2 (13,4 %)
Біль	15 (100 %)	5 (33,3 %)
Підвищення тонуся паравертебральних м'язів	15 (100 %)	3 (20 %)

За даними табл. 1 можна бачити абсолютні та відносні показники пацієнтів груп спостереження за симптомами порушення функціонального стану хребта до та після курсу лікування в кабінеті ЛФК клініки інституту. У 100 % спостережень хворі мали підвищення тонуся паравертебральних м'язів та висловлювали скарги на біль у спині. У 86,6 % хворих було виявлено порушення рухомості хребта за тестами Мінора та Шобера.

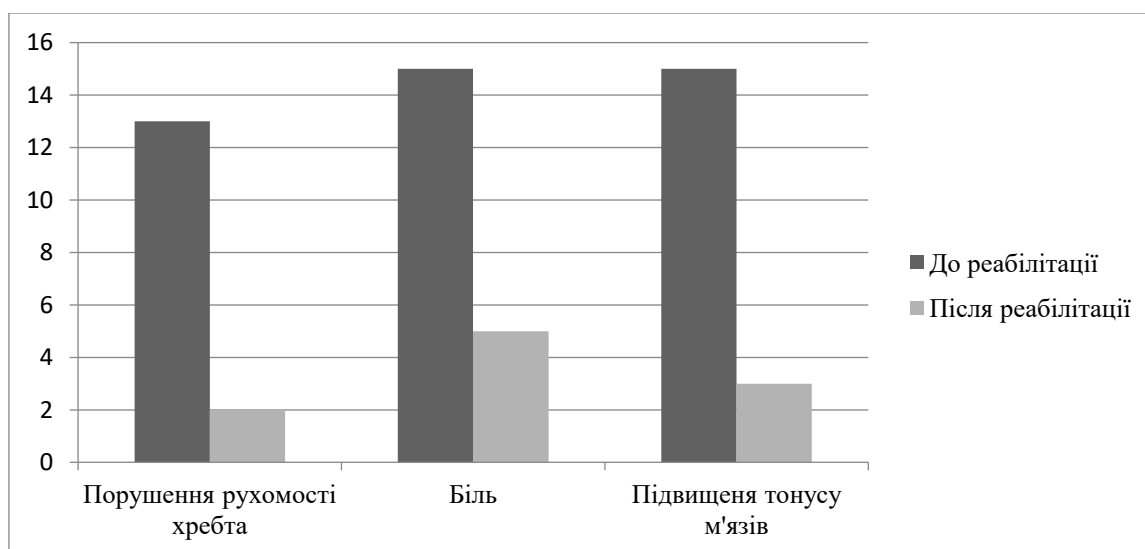


Рис. 1. Динаміка показників симптомів порушення функціонального стану хребта до та після курсу реабілітаційного лікування

На рис. 1 у графічному зображенні показана динаміка змін симптомів порушення функціонального стану хребта до та після курсу реабілітаційного лікування в кабінеті лікувальної фізкультури клініки інституту. Можна відмітити зниження кількості пацієнтів, які мали порушення рухомості хребта, болю та підвищеного м'язового тонуся.

Таблиця 2

Клініко-функціональна характеристика пацієнтів (n=15)

Критерії оцінки функціонального стану хребта	Група пацієнтів, у яких застосовували вправи на тракцію хребта (n=8) M±σ		Група пацієнтів, у яких застосовували вправи на зміцнення м'язового корсету тулуба (n=7) M±σ	
	до реабілітації	після реабілітації	до реабілітації	після реабілітації
Тест Шобера	3,12±1,24	5,25±0,7	3,14±1,06	5,16±0,69
Тест Мінора	2,12±0,99	0,87±0,64	2,14±0,69	0,92±0,46
ВАШ	4,37±1,18	1,12±0,64	4,28±1,11	1,28±0,69

З табл. 2 видно, що групи пацієнтів, які проходили реабілітаційне лікування в кабінеті лікувальної фізкультури, були статистично однорідними за клінічними ознаками до курсу реабілітації. Після курсу реабілітації у пацієнтів обох груп спостереження виявилась позитивна динаміка клініко-функціонального стану. Однак групі пацієнтів, які виконували вправи на тракцію хребта, спостерігалася більш виражена тенденція покращення, хоча вона не мала статистичної достовірності.

Висновок

Таким чином, найбільш перспективним слід вважати профілактичний підхід до порушень функції хребта, ще до клінічних проявів остеохондрозу. З урахуванням того, що дегенеративно-дистрофічні патології формуються на основі просторово-топографічних порушень, найбільш рання діагностика і їх корекція дадуть змогу попередити прогресування такого захворювання як остеохондроз різних відділів хребта. У зв'язку з цим профілактику, лікування і реабілітацію треба починати з корекції м'язових дисбалансів.

Формування м'язового корсету у хворих треба починати з відновлення динамічної рівноваги тонуса м'язів – антагоністів, оскільки поява дисбалансу тонуса м'язів – згиначів і розгиначів призводить до рецидиву больового синдрому, а також до посилення асиметрії. Своєчасна корекція асиметрії є основною умовою профілактики не тільки захворювань хребта, але і суглобів нижніх кінцівок, особливо в умовах істотних професійних або спортивних фізичних навантажень.

Ґрунтуючись на результатах досліджень, можна зробити такі висновки:

1. Лікувальна гімнастика є основним методом лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта.

2. У пацієнтів обох груп спостереження відзначалося поліпшення стану після курсу процедур ЛФК.

3. Вправи ЛГ при вертебральному синдромі, спрямовані на тракцію хребта, мають більшу тенденцію до покращання функціонального стану відносно вправ, що спрямовані на зміцнення м'язового корсету хребта.

4. У комплексах процедур лікувальної гімнастики при вертеброгенному синдромі ми рекомендуємо застосовувати вправи на тракцію хребта,

та вправи, що спрямовані на зміцнення м'язового корсету хребта.

Література

1. Колотуша В. Г. Особливості клініки, лікування та профілактики неврологічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта у хворих різних морфо-конституціональних типів: дис. канд. наук: 14.01.15 – К., 2002.

2. Мороз О. М. Медико-соціальна експертиза та реабілітація хворих з неврологічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта: дис... канд. мед. наук: 14.01.15 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2005.

3. Тондій О. Л. Особливості клінічного перебігу та лікування неврологічних проявів остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта з врахуванням статевого диморфізму та самогенетичних заходів захисту: дис. канд. мед. наук: 14.01.15 / Харківська медична академія післядипломної освіти. – Х., 2001. – 161.

4. Юрик О. Є. Неврологічні аспекти остеохондрозу хребта (патогенез, клініка та лікування): дис. д-ра мед. наук: 14.01.15 / Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – К., 2000. – 355.

5. Єпіфанов В. А. Лікувальна фізкультура в системі медичної реабілітації хворих і інвалідів / В. А. Єпіфанов // Лікувальна фізкультура й спортивна медицина – 2009. – № 8 (68). – С. 55–60.

6. Єпіфанов В. А. Лечебная физическая культура. – Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006 – 567 с.

7. Смычек В. Б. Основы реабилитации (курс лекций). – Минск, 2000 – 131 с.

8. Михайлина Е. С. Гравитационная терапия в комплексном лечении поясничного остеохондроза: дис. канд. мед. наук: 14.00.22. – Самара, 2009. – 118 с.

9. Котелевський В. І. Патогенетичне обґрунтування комплексного застосування лікувального масажу, мануальної терапії та психокорекції у реабілітації хворих на вертебральний остеохондроз: дис. канд. наук: 14.01.33 – К., 2008.

10. Сиротинська Г. І. Остеохондроз шийного відділу хребта і вегетативні розлади у людей різного віку: діагностика та лікування: дис. канд. мед. наук: 14.01.21 / Інститут геронтології АМН України. – К., 2000.

