

21. Javadi Parvaneh Vadood; Shiari, Reza Proposed modifications to Beighton criteria for the diagnosis of joint hypermobility in children Indian journal of rheumatology. Indian Rheumatology Association. 2016. Volume: 11. – P.97–100.

22. Johannessen, Elise Christine et al. Shoulder function, pain and health related quality of life in adults with joint hypermobility syndrome/Ehlers-Danlos syndrome-hypermobility type Disability and rehabilitation Taylor & Francis, Taylor & Francis Group. 2016. Volume: 38. – P.1382–1390.

23. Differences in body structure and function between patients with systemic lupus erythematosus and healthy individuals, with particular reference to joint hypermobility Scandinavian journal of rheumatology Taylor & Francis / P.M. Johnsson [et al.]. – 2017. – Volume. 46. – P.40–43.

24. Refining patterns of joint hypermobility, habitus, and orthopedic traits in joint hypermobility syndrome and Ehlers-Danlos syndrome, hypermobility type American journal of medical genetics / S.Morlino [et al.]. – Part A. – V. 173, № 4. – 2017. – P. 914–929.



УДК 615.825

МЕТОДИКА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ПРОЯВАМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Є. В. Канюка¹, С. А. Чернігівська¹, О. С. Дядюра¹, С. М. Дереза¹,
І. В. Трубачова²

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

²КП «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології та кардіохірургії Дніпропетровської обласної ради»

Резюме

В статті предложена методика фізичної реабілітації для пацієнтів трудоспособного віку з проявами остеохондрозу грудного відділу позвоночника. Произведена оцінка функціонального стану даної категорії пацієнтів в динаміці. Получены позитивні результати.

Ключеві слова: фізична реабілітація, остеохондроз позвоночника.

Summary

The article proposed a method of physical rehabilitation for patients of working age with manifestations of osteochondrosis of the thoracic spine. An assessment of the functional status of this category of patients in the dynamics. Positive results obtained.

Key words: physical rehabilitation, spinal osteochondrosis.

Вступ. Дегенеративно-дистрофічні захворювання в даний час є однією з найважливіших медико-соціальних і економічних проблем. Поширеність болю в спині в економічно розвинених країнах, за даними експертів ВООЗ, досягла розмірів неінфекційної епідемії [1,2]. Ураження периферичної нервової системи, обумовлені остеохондрозом хребта, є однією з найчастіших причин стійкої втрати працездатності, тому медико-соціальна значимість вертеброгенних захворювань досить висока [2,3].

У багатьох країнах світу спостерігається значний економічний і моральний збиток у зв'язку з інвалідизацією при вертеброгенних захворюван-

нях. Грошові витрати на лікування болю в спині в три рази перевищують витрати на лікування онкологічних хворих [3]. Близько 28 % населення у віці 20–69 років страждає періодичними болями в спині і 84 % переживає відносно тривалий епізод болю в спині хоча б раз протягом життя [4].

Показники поширеності вертеброневрологічної патології мають тенденцію до зростання [5]. Спостерігається виражена тенденція почастішання випадків дорсалгій у молодому віці, ускладнення процесу, збільшення днів непрацездатності у зв'язку із захворюванням. Проте літературні дані щодо поширеності, характеру і прогностичної значимості різних чинників у виникненні та перебігу

неврологічних проявів остеохондрозу хребта досить суперечливі [6,7].

Остеохондроз хребта – це хронічне захворювання, здебільшого виникає і розвивається в середньому віці, і прогресує серед осіб старших вікових груп населення [7]. Воно належить до деструктивно-дистрофічних захворювань опорно-рухової системи, що мають високу медико-соціальну значимість і суттєво впливають на якість життя людини [8,10]. Нині остеохондроз хребта має неухильну тенденцію до збільшення частоти виникнення в осіб працездатного віку [9].

Реабілітації пацієнтів з проявами остеохондрозу хребта присвячені численні дослідження, які торкаються в основному медичних аспектів проблеми [10,11]. Удосконалення і розвиток профілактики та високих технологій комплексного лікування хворих на остеохондроз хребта дало змогу досягти високих функціональних результатів у пацієнтів, що отримували курси відновного лікування [11].

Засоби фізичної терапії (фізичні вправи, масаж, руховий режим та ін.) належать до групи неспецифічно діючих терапевтичних чинників. Різні форми і засоби руху змінюють загальну реактивність організму, підвищують його неспецифічну стійкість, руйнують патологічні динамічні стереотипи, що виникли в результаті хвороби, і створюють нові, що забезпечують необхідну адаптацію.

Основними принципами відновлення порушених функцій є: ранній початок відбудовної патогенетичної терапії; тривалість і безперервність її при етапній побудові реабілітаційного процесу; спрямоване комплексне застосування різних видів комплексно-відбудовного лікування [12].

Для успішного проведення відновної терапії потрібно: клініко-функціональна оцінка загального стану хворого і порушення окремих рухових функцій, визначення ступеня і характеру дефекту і на основі цього – вибір адекватної методики для усунення виявленого розладу. Вироблення у хворого нових навичок з використанням збережених функцій сприяють підвищенню загальної активності, практичної самостійності і тим самим більш повноцінної загальної реабілітації.

Реабілітація хворих з руховими порушеннями потребує цілеспрямованого застосування всіх засобів фізичної реабілітації (фізичних вправ, корекції положенням, масажу, прийомів розтягання м'язів, тракціонного лікування, фізіотерапевтичних методів, прийомів мануальної терапії, рефлексотерапії та ін.). Кожен з цих засобів, сполучення їх і обсяг навантаження залежать від характеру і локалізації патологічного процесу, загального стану хворого, періоду захворювання [13].

Механічна тракція хребта (витяжіння за допомогою спеціальних пристосувань) – перший з методів мануальної медицини, яким стала користуватися медицина офіційна. У медичних установах такі пристосування використовуються різні, іноді дуже складні механізми. В амбулаторних умовах можна успішно і без шкоди для здоров'я застосувати для тракції прості й ефективні прийо-

ми, засновані на використанні сили ваги і постізометричні релаксації м'язів [11].

Розтягування і витяжіння незамінні в разі гострого захворювання хребта. Інші методи мануальної терапії, у тому числі прийоми мобілізації при сильних болях не завжди можливі. Однак і витяжіння може виявитися неефективним, якщо суглоби хребта блоковані, оскільки розтягуватися будуть тільки надмірно рухливі і здорові сегменти, а не блоковані [12].

Постізометрична релаксація м'язів (розслаблення після напруги) – одна з новітніх методик в арсеналі мануальної терапії. Ця методика, що полегшує розслаблення напружених м'язів при мобілізації блокованих сегментів хребта, уже згадувалася в попередньому розділі. Особливістю даного методу є пасивне розтягування м'яза з положення переднапруги (пасивного руху, максимально можливого для болісно скороченого м'яза). Розтягування виробляється після невеликого м'язового опору, спрямованого убік протилежний розтягуванню. За основу методу взято рефлекторний механізм зниження м'язового тону після попередньої напруги м'яза. Особливо легко цей механізм спрацьовує при ізометричній нарузі м'язів, тобто при їхньому скороченні без руху в суглобі [13].

Під час постізометричної релаксації використовуються дихальні вправи і зміни напрямку погляду: розслаблення м'язів полегшується на видиху і при русі очей у бік розтягування. Метод постізометричної м'язової релаксації дає змогу остаточно відновити повний обсяг рухів у блокованому суглобі, позбутися від болючого синдрому, зняти спазматичну напругу м'язів.

Спазматичне скорочення м'язів тулуба і кінцівок звичайно супроводжує блокування суглобів хребта. Після усунення блокування хребців укорочення і спазматичне скорочення м'язів часто зберігаються. При спазматичному скороченні м'язів спостерігаються обмеження рухів убік, протилежні рухові спазмованого м'яза (наприклад, виникає біль при нахилі вперед при скороченні м'яза, що розгинає хребет); порушення положення тіла (кривошия, функціональний сколіоз, посилення або згладжування грудного кіфозу або поперекового і шийного лордозу); хворобливість у місцях прикріплення м'яза до окістя; хворобливі ущільнення в товщі м'яза. Іноді хворобливість м'язів, зв'язок виявляється основним симптомом порушень роботи опорно-рухового апарата, а остеохондроз і корінцеві синдроми залишаються непоміченими.

Прийоми постізометричної м'язової релаксації – доступний кожному метод боротьби з хронічними м'язовими спазмами і хворобливим скороченням м'язів. Результати правильного виконання цих вправ часто відчуються вже під час розтягування: напруга м'язів буквально «тане», зникають хворобливі м'язові ущільнення, перестають відчуватися болючі зони.

Однак багато питань з відновного лікування пацієнтів з остеохондрозом хребта залишаються відкритими. Фізична реабілітація – метод ліку-

вання, що використовує фізичні вправи (рухи) для відновлення здоров'я та працездатності. Рух є важливим компонентом фізичної реабілітації при остеохондрозі хребта. Аналіз науково-методичної літератури свідчить, що педагогічні аспекти оздоровчо-відновлювальних технологій на окремих етапах фізичної реабілітації при даному захворюванні не достатньо розроблені і науково обґрунтовані, а приватні методики застосування фізичних вправ недостатньо диференційовані в залежності від віку, статі, локалізації ураження хребта, мотивації та функціональних можливостей хворих. Фізична реабілітація хворих на остеохондроз хребта актуальна і не з'ясована проблема невропатології, нейрохірургії, лікувальної фізичної культури. Загальноприйнята в Україні практика фізичної реабілітації не дає змоги повною мірою забезпечити необхідний лікувально-відновлювальний результат при даному захворюванні. У зв'язку з цим доцільно, базуючись на сучасних прогресивних концепціях лікувальної та адаптивної фізичної культури, розробити і науково обґрунтувати методику диференційованого застосування фізичних вправ при остеохондрозі хребта у пацієнтів працездатного віку.

Матеріали та методи. Для дослідження стану пацієнтів були застосовані такі методи:

- опитування, огляд постави, пальпація паравертебральних м'язів хребта пацієнтів зі скаргами на біль у спині;
- візуальна аналогова шкала (ВАШ) для визначення суб'єктивного больового синдрому пацієнтів;
- тест Мінора для визначення рухливості хребта;
- опитувальник Освестрі для визначення функціонального стану пацієнтів з остеохондрозом хребта;
- шкала самовідчуття, активність, настрої (САН).

Під нашим наглядом знаходилась 21 особа з дегенеративно-дистрофічними 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 10 процедур ЛГ. Першу контрольну групу (10 осіб) становили пацієнти, в яких вправи ЛГ виконувались за методикою, що була запропонована В. А. Єпіфановим та спрямована на зміцнення паравертебральних м'язів хребта. До другої основної групи ввійшли 11 пацієнтів, які виконували комплекс ЛГ за оригінальною методикою. Запропонована методика фізичної реабілітації містила такі методи: ранкову гімнастику, дихальну гімнастику у поєднанні з гімнастичними формами лікувальної фізкультури, елементи йоги, постізометричну релаксацію паравертебральних м'язів грудного відділу хребта, дозовану ходу. Тривалість кожної процедури становить 40 хвилин. За розробленою нами методикою фізичної реабілітації був також включений лікувальний масаж за методикою В. І. Дубровського [12]. Тривалість масажу – 15–20 хв. Курс – 10 процедур. Хворі отримували процедури ЛГ малогруповим методом

у кабінеті ЛФК. Тривалість однієї процедури ЛГ – 35–40 хвилин 1 раз на день. Критеріями оцінки стану пацієнтів були: тест Мінора, тест ВАШ, опитувальник САН, опитувальник Освестрі.

Тест Мінора. Пацієнт перебуває в положенні стоячи, ноги разом, руки вздовж тулуба. Потім робиться нахил уперед 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 до підлоги – це свідчить про достатню рухливість хребта.

Візуальна аналогова шкала визначення болю (ВАШ) – метод суб'єктивної оцінки больового синдрому, який полягає в тому, що пацієнта просять відзначити на неградуйованій лінії довжиною 10 см точку, яка відповідає ступеню вираженості болю. Ліва межа лінії відповідає визначенню «болу немає», права – «найгірший біль, який можна собі уявити». Зазвичай, використовується паперова, картонна або пластмасова лінійка довжиною 10 см. Зі зворотного боку лінійки нанесені сантиметрові розподіли, за якими відзначається отримане значення і заноситься до листа спостереження. Методика проста в роботі і дає змогу не тільки швидко визначити больовий синдром пацієнта, але й отримати його об'єктивну оцінку в динаміці як під час заняття лікувальною фізкультурою (ЛФК), так і протягом курсу відновного лікування.

Тест САН (Самопочуття. Активність. Настрій). Тест САН – різновид опитувальників станів і настроїв, розроблений у 1973 р. Ця методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності й настрою. Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп перебігу функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу. При оцінці функціонального стану важливі значення окремих показників та їхнє співвідношення. Наприклад, у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття приблизно однакові. Із наростанням втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності, порівняно з настроєм.

Опитувальник Освестрі застосовується при хронічних і рецидивуючих болях у спині. Він заповнюється пацієнтом і дає можливість у балах оцінити вплив болю на самообслуговування, сон, суспільне життя, ходьбу, пересування в просторі, здатність піднімати тяжкості, як і тривалий час стояти і сидіти. Опитувальник представлений 10 розділами, по 6 пунктів у кожному. Хворому пропонується відзначити в кожному розділі тільки один пункт, який найбільш точно відображає його стан на момент обстеження.

Симптоми захворювання хребта у пацієнтів обох груп спостереження (n=21)

Симптоми захворювання хребта	До реабілітації абс. (%)	Після реабілітації абс. (%)
Порушення рухомості хребта	18 (85,7%)	4 (19,1%)
Біль (ВАШ більше 3)	19 (90,4%)	3 (14,3%)
Підвищення тону м'язів	21 (100%)	6 (28,6%)

За даними таблиці 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 % спостере-

жень хворі мали підвищення тону паравертебральних м'язів та висловлювали скарги на біль у спині в 90,4 % випадків. У 85,7 % хворих було виявлено порушення рухомості хребта за тестом Мінора.

Таблиця 2

Клініко-функціональна характеристика стану пацієнтів до та після курсу фізичної реабілітації (ФР)

Критерії оцінки функціонального стану пацієнтів (n=21)	Контрольна група пацієнтів (n=10)		Основна група пацієнтів (n=11)	
	до ФР	після ФР	до ФР	після ФР
Тест Мінора	8,2	6,3	7,9	5,5
ВАШ	4,87	1,12	4,79	0,88
Опитувальник Освестрі	17,3	14,1	17,8	13,4

З таблиці 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. Рухливість хребта (тест Мінора) в динаміці збільшилась у контрольній групі на 22 %, в основній – на 30 %. Больовий

синдром регресував у контрольній групі в 4,3 разу, а в основній – у 5,4 разу. Функціональний стан пацієнтів за опитувальником Освестрі в динаміці покращився у контрольній групі на 18,4 %, в основній – на 24,7 %. Однак у групі пацієнтів, що виконували вправи за оригінальною методикою, спостерігалася більш виражена тенденція покращення, хоча вона не мала статистичної достовірності.

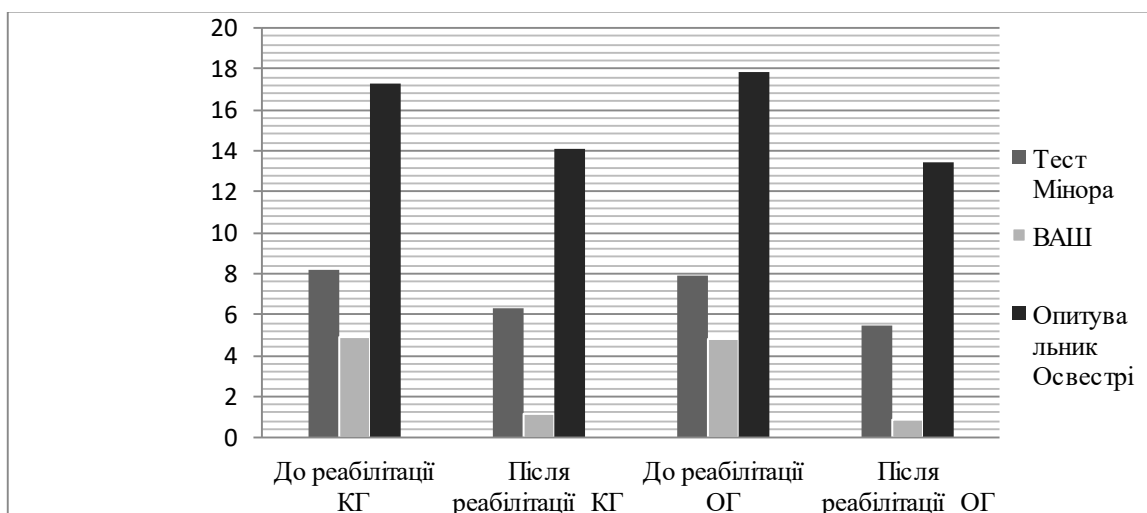


Рис. 1. Динаміка показників функціонального стану хребта до та після курсу реабілітаційного лікування у пацієнтів контрольної групи (КГ) та основної групи (ОГ)

На рис. 1 у графічному зображенні показана динаміка змін симптомів порушення функціонального стану хребта до та після курсу реабіліта-

ційного лікування в кабінеті лікувальної фізкультури клініки інституту.

Оцінка психофункціонального стану пацієнтів за методикою САН до та після реабілітації

Методика САН (n=21)				
	показники	самопочуття	активність	настрій
До реабілітації	Контрольна група (n=10)	52,9	49,7	50,9
	Основна група (n=11)	52,5	50,1	51,4
Після реабілітації	Контрольна група (n=10)	58,9	54,8	57,1
	Основна група (n=11)	60,2	56,6	59,9

Аналіз даних, що наведені у таблиці 2, засвідчив таке: результати за методикою САН у динаміці підвищилися за всіма показниками. В контрольній групі самопочуття – на 11,3 %; активність – 10,2 %; настрої – 12,2 %. В основній групі само-

почуття – на 14,6 %; активність – 12,9 %; настрої – 16,5 %. Отже, в динаміці більше покращення психологічних показників мали пацієнти основної групи, порівняно з контрольною: самопочуття – на 3,3 %; активність – 2,7 %; настрої – 4,3 %.

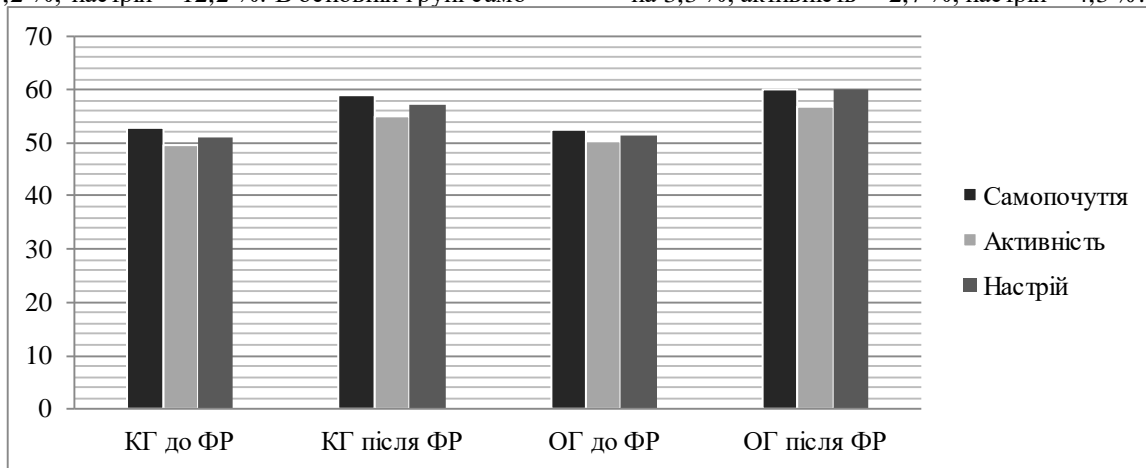


Рис. 2. Динаміка показників самопочуття, активності, настрою (САН) до та після курсу фізичної реабілітації (ФР) у пацієнтів контрольної групи (КГ) та основної групи (ОГ)

На рис. 2 у графічному зображенні показана динаміка змін психофункціонального стану пацієнтів за методикою САН до та після курсу реабілітаційного лікування в кабінеті лікувальної фізкультури клініки інституту.

Висновки. Отже, ґрунтуючись на результатах досліджень, можна зробити такі висновки:

Після курсу реабілітації у пацієнтів обох груп спостереження виявилась позитивна динаміка клініко-функціонального стану. Рухливість хребта (тест Мінора) в динаміці збільшилась у пацієнтів основної групи краще, ніж у пацієнтів контрольної групи. Больовий синдром регресував більш виражено у пацієнтів основної групи, ніж у пацієнтів контрольної групи. Функціональний стан пацієнтів за опитувальником Осверстрі в динаміці покращився більшою мірою у пацієнтів основної групи, ніж у контрольній групі. Більш виражену позитивну динаміку психологічних показників мали пацієнти основної групи, порівняно з контрольною. Це, на нашу думку, пов'язано з комплексним функціональним підходом до відновного лікування пацієнтів з наслідками остеохондрозу грудного відділу хребта, який впливає на основні ланки патологіологічних процесів, що відбуваються в організмі.

У результаті аналізу впливу описаних у роботі методів фізичної терапії хворих при дегенеративно-дистрофічному ураженні хребта встановлено, що запропонована оригінальна методика більш ефективна ніж загальноприйнята, яка використовується в лікувальних установах.

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

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 с.

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. Епифанов 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. кандидата медицинских наук: 14.00.22 / Михайлина Елена Сергеевна. – Самара, 2009. – 118 с.

9. Клименко А. В. Постізометрична релаксація при остеохондрозі хребта. – Київ, 2000 – 324 с.

10. 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.

11. Манін М. В. Оптимізація засобів фізичної реабілітації хворих на дорсопатії поперекового відділу хребта на етапах стаціонарного та амбулаторного лікування. Автореф. дис. канд. наук: 14.01.24 – Дніпропетровськ, 2017.

12. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия). – М.: ВЛАДОС, 2001. – 524 с.

13. 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.

14. Солодков А. С. Физиология человека. – Москва, 2005. – 354 с.



УДК 61:615.8

ПРОБЛЕМА ПОШИРЕННЯ ЕРГОТЕРАПІЇ У ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ТА ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

С. А. Чернігівська¹, Є. В. Канюка¹, В. Б. Бакурідзе-Маніна²

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

²ДЗ «Дніпропетровська державна медична академія МОЗ України»

Резюме

В статье освещены особенности организации реабилитационной помощи в Украине, как одной из стран постсоветского пространства. Раскрыты основные проблемы организации и развития эрготерапевтического процесса в Украине в ключе применения эрготерапии в процессе лечения пациентов и лиц с особыми потребностями с целью восстановления их способности к активной и независимой повседневной жизни.

Ключевые слова: эрготерапия, эрготерапевтический процесс, лица с особыми потребностями.

Summary

The article highlights the features of the organization of rehabilitation assistance in Ukraine, as one of the countries of the former Soviet Union. The main problems of the organization and development of the occupation process in Ukraine in the key of the use of occupation therapy in the treatment of patients and people with special needs with the aim of restoring their ability to an active and independent daily life are revealed.

Key words: occupation therapy, occupation process, persons with special needs.

За останні роки соціальна політика в Україні стосовно осіб з особливими потребами продовжує зазнавати суттєвих змін. Відтак до даної соціальної групи людей сформоване ставлення як до повноправних членів суспільства, з рівними правами та обов'язками.

Однак існує багато проблем щодо створення умов, які сприяли б більшій реалізації прав осіб з особливими потребами нарівні з іншими громадянами нашої держави. Для вирішення цих питань, крім удосконалення законодавства, насамперед необхідно продовжити змінювати ставлення