Фізична реабілітація осіб з грудним остеохондрозом, гіперкіфозом та кардіальним синдромом

Вступ. Вертебро-невролгічні захворювання в даний час є однією з найважливіших медико-соціальних та, що не менш важливо, економічних проблем. Поширеність болю у спині в економічно розвинених країнах, за даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров’я, досягла розмірів неінфекційної епідемії. Виявлено, що 28% населення у віці від 20 до 70 років страждають періодичним болем у спині [2, 5, 19].

Мета роботи: обґрунтувати та розробити програму фізичної реабілітації хворих на остеохондроз грудного відділу хребта з гіперкіфозом та кардіальним синдромом.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури, педагогічне спостереження, кількісна оцінка біогеометричного профілю постави, тестування, комп'ютерна фотометрія, міотонометрія.

Програма фізичної реабілітації була розділена на 3 періоди: адаптаційний, корекційний та стабілізуючий.

Адаптаційний період (1-6 день) був спрямований на зняття больового синдрому, розслаблення та розтягнення паравертебральних м’язів, м’язів живота та великих грудних м’язів, а також стимулювання найширших, круглих м'язів спини, розгиначів хребта.

Використовуються, у зазначеній послідовності наступні засоби: масаж → підводний гідромасаж → підводне витяжіння хребта → іонофорез → лікувальна гімнастика.

Корекційний період (7-21 день) був спрямований на корекцію постави, за закріпленні навичок статичних поз при сидінні та стоянні.

Засоби що увійшли до даного періоду: масаж → підводний гідромасаж → гідрокінезотерапія → підводне витяжіння → лікувальна гімнастика.

Стабілізаційний період (22-31 день) спрямований на укріпленні м’язів спини, в тому числі і глибоких, міжреберних м’язів, косих м’язів живота і малих грудних м’язів. Засоби фізичної реабілітації: лікувальна гімнастика → гідрокінезотерапія.

Результати дослідження і їхнє обговорення

Найбільш характерними клінічними скаргами хворих з грудною локалізацією остеохондрозу хребта 19 хворих - 9 чоловіків (47 %) і 10 жінки (53 %) були: скарги на швидку стомлюваність і больові відчуття в м'язах шиї, плечового пояса, спини, верхньої кінцівки, на відчуття тяжкості в зазначених областях і на загальну втому. Виконання робочих і побутових рухів тільки посилювали ці відчуття. При зміні положення тіла хворі відчували дискомфорт. При проведенні контент-аналізу історій хвороби та карт занять рухові порушення були відзначені, як в м'язах шиї, безпосередньо прилеглих до зони ураження. У 12 пацієнтів (64 %) м'язи шиї, верхнього плечового поясу і грудної клітини перебували в стані захисної напруги, створюючи анталгічну позу, яка спрямована на зменшення подразнення окремих нервово-м'язових груп (Рис.1).

Отримані дані підтверджуються результатами попередніх інструментальних досліджень. Всі хворі звертали увагу на підвищену стомлюваність м'язів шиї, плечового пояса і верхньої кінцівки, поява не різко виражених болів до вечора і при зміні погоди. Після фізичної роботи посилення трофічних порушень - набряку кисті, її похолодання, синюшності, пітливості. Також у всіх пацієнтів, у меншій чи більшій мірі, був відзначений кардіальний синдром. Цей синдром нагадує справжню стенокардію, але на відміну від неї органічні зміни в серці відсутні.

Навіть на піку нападу, на електрокардіограмі не виявляються порушення коронарного кровообігу. Хворі легко переносять фізичні навантаження. У більшості випадків скарги хворих були на загострення болю в області серця, після появи болів в області шиї і плечових суглобів. У 16 випадках напади болю в області лівої половини грудної клітки виникали услід за різким рухом рук або тулуба або після підняття тяжкості, а також при кашлі та чханні.

Усі хворі, які займалися по запропонованим нами методикам фізичної реабілітації, відзначали істотне поліпшення в стані, зменшення больового синдрому та зниження відчуття втоми в спині. Зареєстровані при попередньому дослідженні рухові порушення в м'язах спини, безпосередньо прилеглих до зони ураження, і в м'язах, що знервуються нервами плечового сплетіння, значно знизилися. Дослідження твердості паравертебральних м'язів на рівні верхньо-грудного відділу хребта виконувалися по закінченні реабілітаційних заходів. При вивченні співвідношення показників тонусу напруженого і розслабленого м'язу, були отримані наступні результати:



Рис. 1: Динаміка результатів міотонометрії паравертебральних м'язів на рівні ураженого сегмента.

В основній групі після проходження курсу підводного витяжіння показник склав 10,1 у.о. а в контрольній 7,2. Наприкінці курсу після застосування програм лікувальної гімнастики та гідрокінезотерапії збільшення скоротливої здатності параветебральних м’язів було, на порядок вище ніж у контрольній групі 12,4 у.о. та 8,7 відповідно.

Для оцінки безпосередньо больового синдрому ми використовували 4-складову ВАШ болю (Quadruple Visual Analogue Scale), яка дозволяє характеризувати «розмах» суб'єктивних больових відчуттів в процесі захворювання(Рис. 2).



у пацієнтів контрольної та основної груп при зверненні;

у пацієнтів контрольної групи після курсу реабілітації;

у пацієнтів основної групи після курсу реабілітації.

Рис. 2: Динаміка оцінки больового синдрому за 4-складовій ВАШ болю у пацієнтів основної та контрольної груп.

Питання анкети:

 - Яка ваша біль у даний момент?

 - Який ваш найбільш типовий або середній рівень болю?

 - Який ваш рівень болю у кращі періоди захворювання?

 - Який ваш рівень болю у гірші періоди захворювання?

Зміни динаміки оцінки больового синдрому за 4-складовою візуально-аналоговою шкалою болю, у пацієнтів основної та контрольної груп, також показала переваги запропонованої нами програми. Рівень болю в найгірші періоди не підіймався у хворих основної групи вище ніж 3 бали, що статистично достовірно відрізнялося від показників хворих контрольної групи за всіма шкалами.

У групі хворих з порушеннями статичного стереотипу в сагітальній площині (гіперкіфозом) що займалися за розробленою нами методикою, в результаті статистично значимо змінились показники кутів α1 (утворений вертикаллю і лінією між центром маси голови і акроміон) (р <0,05), α 2 (утворений вертикаллю і лінією між акроміон з інфраторакальною точкою) (р <0,01) і α3 (утворений вертикаллю і лінією між інфраторакальною точкою і центром гребеня клубової кістки) (р <0,01) (рис. 3).





Рис. 3: Показники біогеометричного профілю постави, основної та контрольної груп.

Показники біогеометричного профілю постави після курсу фізичної реабілітації дають змогу стверджувати, що виконання запропонованої програми дало змогу скоректувати кіфотичну деформацію грудного відділу хребта. Так, кут α1 змінився з 8,33 до 3 градусів, а кут α2 з 7,67 до 3,16 градусів. Що статистично відрізняється від показників контрольної групи з достовірністю р <0,01.

Також можна стверджувати про позитивні зміни динаміки суб'єктивних показників стану пацієнтів які пройшли курс фізичної реабілітації (Табл. 1)

Таблиця 1

Динаміка суб'єктивних показників стану пацієнтів які пройшли курс фізичної реабілітації

|  |  |
| --- | --- |
| Показники  | Кількість пацієнтів |
|  | знизилося | зросло | не змінилось |
| Відчуття втоми у спині | 19 | -- | -- |
| Біль грудного відділу хребта | 17 (90%) | -- | 2 (10%) |
| Біль у зоні серця | 12 (64%) | 2 (10%) | 5 (26%) |
| Біль в області активних ТТ | 18 (95%) | -- | 1 (5%) |

фізична реабілітація хворий остеохондроз

Висновок

Аналіз отриманих даних показав що запропонований комплекс фізичної реабілітації ефективно вирішує задачі поставлені для реабілітації хворих на остеохондроз грудного відділу хребта супроводжений гіперкіфозом та кардіальним синдромом. Завдяки лікувальній гімнастиці у поєднанні із запропонованими нами засобами вдалося досягти результату в основній групі на порядок вище та стабільніше, ніж у контрольній. Це дає змогу рекомендувати запропоновану програму для використання у закладах де проводять підводне витяжіння.

Література

Бережкова Л.В. Остеохондроз: как сохранить здоровье позвоночника / Л.В. Бережкова / - СПб., 2003. 127 с.

Богачева Л.А. Боль в спине: лечение и профилактика / Л.А. Богачева, Т.Н. Седова, Е.П. Снеткова и др.//Врач.- М., 2000.-№ 4.-С.21-22.

Васильев А.Ю., Витько Н.К. Компьютерная томография в диагностике дегенеративных изменений позвоночника. / А.Ю. Васильев, Н.К. Витько //- Радиология-практика. - М.,2001.-№1-20 с.

Воробьева О.В. Боли в спине / О.В. Воробьева //Российский мед. журнал.- М. 2003.-№10.-С.594-597.

Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. /В.П. Веселовский //- Рига, 1991.

Голод М.С. Заболеваемость и пути совершенствования организации восстановительного лечения больных с вертеброневрологической патологией: Ав-тореф. дис. канд. мед. наук.-Иваново,2001.-24 с.

Епифанов В.А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника/В.А. Епифанов, А.В. Епифанов.- М.: Медпресс-информ, 2008.-384с.

Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / Епифанов В.А., Епифанов А.В.- М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 2-е изд., испр. и доп. - 272с, ил.

Жарова І.О. Ефективність застосування засобів фізичної реабілітації у хворих з порушеннями опорно-рухового апарату (остеохондроз і плоскостопість) / І.О. Жарова // Теорія і методика фізичного виховання і спорту, 2005. - №02-03. - С. 45-47

Жарова І.О. Фізична реабілітація хворих на статичну форму плоскостопості та остеохондроз хребта / І.О. Жарова // Молода спортивна наука України: Збірник наукових праць з галузі фіз. культури та спорту: Періодичне видання/ Львів. ДІФК. - Львів: Українські технології, 2006. - Вип. 10: У 4 т.. Т. 4, кн. 2. - С. 44-50.

Жарова І.О. Фізична реабілітація хворих на статичну форму плоскостопості та остеохондроз хребта: Автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : (24.00.03)/ НУФВСУ. - Київ, 2005. - 19 с.

Кульченко І.А. Ефективність застосування програми фізичної реабілітації хворих на поперековий остеохондроз з використанням малоамплітудних вправ на профілакторі Євмінова / І.А. Кульченко // Спортивна медицина, 2004. - №01-02. - С. 68-70.

Кульченко І.А. Застосування малоамплітудних вправ у поєднанні з розвантаженням хребта у фізичній реабілітації хворих на поперековий остеохондроз: Автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту: (24.00.03)/ НУФВСУ. - Київ, 2005. - 19 с.

Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих із травмами і захворюваннями нервової системи: Навч. посібник.-К.: Олімпійська література, 2006.-196с.

Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Епифанова. - : МЕДпресс-информ, 2005. - 328 с, ил.

Милюкова И.В., Евдокимова Т.А. Лечебная и профилактическая гимнастика. Практ. энциклопедия.-М.: Изд-во Эксмо, 2004.-496с., ил.

Петров К.Б. Лечебная гимнастика при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: Методические рекомендации для врачей, методистов и инструкторов ЛФК. - Новокузнецк, 2000. - 73 с.

Федоренко С. Фізична реабілітація хворих на остеохондроз із використанням комплексу ЛФК зі спеціальною кулею, враховуючи різні соматотипи // Теорія і методика фізичного виховання і спорту: Науково-теоретичний журнал/ Наук. кон-т В.М.Платонов; Гол. ред. Ю.М.Шкребтій; НУФВСУ. - Київ: Олімпійська література, 2004. - №01. - С. 48-50.

Челноков В.А.Остеохондроз позвоночника: перспективы применения физических упражнений // Теория и практика физической культуры: Научно-теоретический журнал. - Москва, 2005. - №01. - С. 11-16

Чокашвили В.Г., Садофьева В.И., Ивановская О.Д. и др., Остеопатическая реабилитация больных с краниосокральной патологией //Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 5.-СП6., 2000. С.78-81.

Шитиков Т.А. Применение мануальной терапии при Low back pain синдроме //Бюлл. Об-ва мануал. терапевтов Украины.- Киев, №2.-2001.-С. 12-15

Шостак Н.А. Дорсопатии в практике терапевта новые возможности лечения //Терап. Архив.- М., 2003.-Т.75.-№12.-С.59-61.R.A. Diagnostic evaluation of LBP: reaching a specific diagnosis is oftenimpossible // Arch Intern Med. 2002. - Vol. 162. - P. 1444 - 1447.A., Jonsson.E., ed: Neck and-back pain: the scientific evidence of causes, diagnosis and treatment-Philadelphia,2000.guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care/ Van Tulder M.W., Becker A., Bekkering T. et al.. 2004.