

Фізична реабілітація при міжхребцевих грижах попереково-крижового відділу хребта, обумовлених остеохондрозом з нестабільністю

Резюме

Представлен материал по применению твист-терапии при межпозвоноковых грыжах пояснично-крестцового отдела позвоночника, обусловленных остеохондрозом с нестабильностью.

Summary

The material on the application of twist-therapy at intervertebral ruptures of lumbosacral part caused by osteochondrosis with instability has been presented.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. Хвороби периферичної нервової системи — важлива медико-соціальна та економічна проблема, оскільки за поширеністю та кількістю днів непрацездатності вони посідають перше місце в структурі неврологічної захворюваності дорослого населення (48—52 %) [5]. Причиною “болю в спині” в 90 % випадків є остеохондроз хребта, пов’язаний із дегенеративними змінами та грижами міжхребцевих дисків. На остеохондроз [2] страждає близько четверті всього населення. Хвороба поширюється на ті “амортизатори”, котрі забезпечують рухливість хребта, його захист від навантажень, а цьому сприяють статодинамічні навантаження, порушення обміну речовин, спадкові фактори, травми, інфекції тощо [4, 6]. До появи гриж диска, за наявності остеохондрозу призводять травми, неправильна постава, надмірні навантаження на хребет, нерозвиненість м’язового корсета, вікові зміни.

Остеохондроз хребта — це дегенеративно-дистрофічне ураження міжхребцевих дисків, в основі якого первинна дегенерація пульпозного ядра диска з подальшим розвитком реактивних змін у тілах суміжних хребців, міжхребцевих суглобах та кістково-м’язовому апараті [3, 5]. За сучасними уявленнями, остеохондроз належить до групи поліетіологічних, але монопатогенетичних захворювань. Це хронічне системне ураження сполучної (хрящової) тканини розвива-

ється на фоні існуючої вродженої чи набутої функціональної (переважно метаболічної) її недостатності. Реалізація дії певного генотипу у фенотипі зумовлюється різноманітними як внутрішніми, так і зовнішніми факторами середовища [2, 5, 9].

Диск, який складається з зовнішньої жорсткої оболонки та драглеподібного внутрішнього ядра, з часом “старіє”, стає менш пружним, еластичним, насичується кальцієм. Під впливом сильного навантаження зовнішня фіброзна оболонка пульпозного ядра вип’ячується в спинномозковий канал (протрузія), а її цілісність порушується. Так утворюється середня парамедіанна латеральна грижа [4, 7].

Проблеми виникають, коли гризовий мішок вип’ячується в бік спинного мозку чи нервових структур. Первинно подразнюються волокна нерва Люшка (синуввертебрального нерва). Нервовий корінець і кровоносні судини здавлюються грижею, що викликає чутливі, рухові й трофічні порушення. Біль може локалізуватися в попереку, по ходу сідничного нерва — по задній поверхні ноги до п’яти й стопи. Змінюються колінний та ахіловий рефлекси. Одночасно нога слабшає, атрофуються м’язи, людина втрачає працездатність.

Ділянка поперекового відділу хребта страждає в більшості випадків, оскільки на неї припадає основне навантаження, а рухливість тут найбільша.

Позиційні фізичні вправи можуть бути використані для створення певної позиції тіла, щоб

зменшити прояви хвороби. У цьому разі найбільш ефективною є ротаційна гімнастика, яка забезпечує повороти тіла і затримку в необхідному положенні на певний час (тракційна терапія) [6]. Подібний механізм дії на тіло з фіксацією без больових позицій має і твіст-терапія [7, 8].

Професор Пак Джи Ву назвав ротаційну гімнастику твіст-терапією [7, 8]. Короткі міжхребцеві м'язи забезпечують повороти тіла хребців один відносно одного. При подразненні нервових структур ураженого хребтвовухового сегмента виникає захисна контрактура цих м'язів. Зняти контрактуру міжхребцевих м'язів можна проведенням твіст-терапії, яка нагадує деторсійну гімнастику.

Твіст-гімнастика — це вправи, що активізують спіральну енергетичну систему тіла шляхом ритмічних скручувальних рухів. Традиційна китайська гімнастика (цигун) використовує для лікування енергетичні взаємодії між системами організму, тому твіст-терапія розглядається як метод впливу на енергетичні взаємозв'язки [7, 7].

Усі рухи, включаючи рухи людського тіла, виконуються в реальному світі, підпорядковуються фундаментальним силам — Нейто, Гетеро, Гомо і Нейтро, що діють разом із самого початку виникнення Всесвіту.

Втілення фундаментальних сил Трипочаткової моделі в рухах тіла висвітлює твіст-гімнастика. Тому її ритмічні скручувальні рухи, в яких важливе місце відводиться твісту хребта, володіють властивостями Нейтро. Згідно з чотириелементною формулою Трипочаткової моделі, кожний комплекс твіст-гімнастики складається з чотирьох стадій, у кожній з яких 16 рухів, тобто включає 64 твіст-рухи.

На першій стадії твіст-руху Нейто-, Гетеро-, Гомо- і Нейтрокатегорії слідує одна за одною, відтворюючи порядок розвитку Трипочаткової моделі. Рухи кожного послідовного процесу виконуються на чотири рахунки. Перша стадія включає 16 твіст-рухів. Друга стадія включає 16 діагональних твіст-рухів, які виконуються відразу за рухами першої стадії.

Після закінчення діагональних Нейтро-рухів на третій стадії починаються 16 поворотних твіст-рухів Безмежного Нейто.

На четвертій стадії, після досягнення досконалості виконання твіст-рухів, 16 рухів першої стадії повторюються швидко й природно в просвітленому й радісному стані розуму.

Залежно від положення, в якому виконуються вправи твіст-гімнастики, виділяють твіст-гімнастику стоячи, сидячи, лежачи й у русі (або комбіновану) [6, 8].

Показання до проведення тракційної терапії (твіст-терапії) поперекового відділу [1, 7, 8]:

- неврологічні прояви остеохондрозу I—II стадій, які супроводжуються больовим синдромом;
- цервікокраніалгії, цервікобрахіалгії, люмбоішіалгії, пов'язані з компресійним фактором;

- нейросудинні, нейротрофічні синдроми з м'язовотонічними проявами остеохондрозу хребта;

- компресійно корінцевий синдром;

- псевдоспондилолітез (зміщення хребця не повинне перевищувати 1/3 розмірів його тіла, а в шийному відділі — 1/5);

- повільно прогресуючі радикуломієлоішемічні синдроми, які повільно розвиваються, чітко пов'язані з дискогенною патологією міжхребцевої грижі.

Мета дослідження — удосконалити програму фізичної реабілітації при міжхребцевих грижах попереково-крижового відділу, обумовлених остеохондрозом із нестабільністю розмі-

ром до 0, 5 мм, тракційною терапією (твіст-терапією).

Завдання дослідження:

- удосконалити комплексну програму реабілітаційних заходів при міжхребцевих грижах попереково-крижового відділу хребта;

- обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації при міжхребцевих грижах попереково-крижового відділу хребта після тракційної терапії (твіст-терапії);

- оцінити ефективність використання розробленої комплексної програми фізичної реабілітації осіб із міжхребцевими грижами попереково-крижового відділу після тракційної терапії (твіст-терапії).

Методи та організація дослідження. 38 хворим із вертеброгенним радикарним синдромом, обумовленим остеохондрозом із нестабільністю на рівні L₁—L₂, L₂—L₃, L₃—L₄, L₄—L₅, L₅—S₁, було проведено рентгенологічне обстеження. Вік хворих 25—68 років, з них чоловіків — 16, жінок — 22. Всі вони отримали курс медикаментозної терапії в умовах поліклініки чи стаціонару. Контрольна група: 18 осіб (жінок — 10, чоловіків — 8). У контрольній групі застосовувалася реабілітаційна методика стаціонару. Основна група: 20 осіб (жінок — 12, чоловіків — 8). Пацієнти основної групи крім відновних заходів стаціонару додатково отримали твіст-терапію.

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх пацієнтів як основної, так і контрольної груп, оцінювали у балах больовий синдром, чутливий розлади, тонус м'язів, м'язову силу, обсяг рухів [11]. До лікування середня оцінка в контрольній групі становила 3,84 бала, після лікування — 4,08 бала, наприкінці лікування різниця середньої оцінки була 0,24 бала. До лікування середня оцінка в основній групі становила 4,08 бала, після лікування середня оцінка — 4,84 бала, в кінці лікування різниця

Таблиця 1 – Комплекс тракційних вправ (твіст-терапії) для поперекового відділу хребта [4, 7, 8]

| Група м'язів | Вихідні положення | Рекомендації |
|---------------------------|---|--|
| Грушоподібний м'яз | Лежачи на животі на кушетці | На боці спазмованого м'яза зігнути ногу в колінному суглобі під кутом 90—100°, відхилити гомілку назовні (внутрішня ротація стегна). Протягом 3 с зробити вдих з послідовним включенням м'язів живота, діафрагми та грудної клітки й одночасним відведенням очних яблук догори, одночасно долонною поверхнею руки виконувати мінімальний опір. Зберігаючи м'язове напруження, на 8 с затримати дихання. Потім поступово здійснити видих, відводячи очі донизу, і, не порушуючи сили натискання на внутрішню частину стопи, пасивно збільшувати обсяг внутрішньої ротації в кульшовому суглобі. Повторити вправу тричі з поступовим збільшенням обсягу руху |
| Задня група м'язів стегна | Лежачи на животі на краю кушетки так, щоб ноги на рівні кульшових суглобів вільно звисали з кушетки | Підняти хвору ногу догори до місця обмеження руху й утримувати її протягом 16 с. Повторити вправу тричі з поступовим збільшенням обсягу руху. Відпочинок між вправами 16—32 с |
| М'язи тазового дна | Лежачи на животі, п'ятки назовні | Зробити повільний вдих, виконуючи відведення очних яблук догори, одночасно покласти руку на сідниці, максимально відвести у сторони, злегка напружити і спромогтися звести. Зберігаючи м'язове напруження на 7 с, затримати дихання. Потім поступово здійснити видих, відводячи очі вниз, розвести сідниці в сторони. Повторити вправу тричі |

середньої оцінки була 0,76 бала. Отримані дані свідчать про високу ефективність програми.

В основу комплексу фізичної реабілітації покладено використання твіст-гімнастики [4, 7, 8] і правильність її виконання. В ході роботи було додатково відпрацьовано ряд рекомендацій.

У період загострення виключити нахили вперед, повороти у боки, щоб не провокувати натягнення корінців, не посилювати больовий синдром і утворення гриж.

Виконання нахилів і поворотів у боки дозволялося після закінчення процесу загострення в щадному режимі.

Комплекс тракційних вправ (твіст-терапії) поперекового від-

ділу хребта [4, 7, 8] подано в таблиці 1.

Висновки

- При складанні програми фізичної реабілітації потрібно враховувати ураження хребців поперекового відділу, розмежовуючи верхні та нижні рівні, що вимагає різноманітних за спрямованістю рухів і фізичних вправ.

- Комплексну програму фізичної реабілітації пацієнтів з ураженням верхнього рівня дисків L_1-L_2 , L_2-L_3 , L_3-L_4 , а також L_4-L_5 , L_5-S_1 — нижнього рівня поперекового відділу хребта необхідно доповнити різноманітними вправами твіст-гімнастики для ураженої ділянки.

- Комплексна програма фізичної реабілітації, яка включає крім кінезитерапії класичний ма-

саж та фізіотерапію, повинна використовувати твіст-терапію, що сприяє швидшому зняттю больового синдрому, скороченню кількості використання медикаментів і тривалості лікування, а також зниженню витрат на відновну терапію і реабілітацію.

1. Крыжановский Г. Н. Общая патология нервной системы / Г. Н. Крыжановский. — М., 1997. — 286 с.

2. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. — [3-е изд., перераб. и доп.]. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 672 с., ил.

3. Жулев Н. М. Остеохондроз позвоночника: руководство для врачей / Н. М. Жулев, Ю. Д. Бадзагоразде, С. Н. Жулев. — СПб. — Издание "Лань". — 2001. — 592 с.

4. Ходарев С. В. Принципы методов лечения больных с вертеброневрологической патологией: учебн. пособие / [С. В. Ходарев, С. В. Гавришев, В. В. Молчановский, Л. Г. Агасаров]. — Ростов н/Д: Феникс, 2001. — 608 с.

5. Вейн А. М. Периферические вегетативные синдромы / А. М. Вейн // Болезни нервной системы. — М., 1982. — Т. 2.

6. Епифанов В. А. Средство физической реабилитации в терапии остеохондроза позвоночника / В. А. Епифанов, И. С. Ролик. — М., 1997. — 486 с.

7. Твист-гимнастика Пак Джэ Ву. — М: Институт спиральных движений, 2003. — 126 с.

8. Пак Джэ Ву. Твист-терапия. Лечебная сила спиральных движений / Пак Джэ Ву. — М.: Су Джок Академия, 2002. — 300 с.

9. Коган О. Г. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника / О. Г. Коган, И. Р. Шмидт, А. А. Толстокоров. — Новосибирск. — 1993. — 598 с.

10. Карлов В. А. Терапия нервных болезней / В. А. Карлов. — М. — 1996. — 399 с.

11. Загородный П. Н. Физיותרпия / П. Н. Загородный, А. П. Загородный. — К.: Здоров'я, 1980. — 288 с.