

Методи фізичної реабілітації в терапії дискогенного болювого синдрому поперекового відділу хребта

Роботу виконано в ЛДУФК

Стаття присвячена питанням реабілітації осіб із патологією міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта. Розглядаються можливості використання та поєднання різноманітних засобів і методів фізичної реабілітації при дискогенному болювому синдромі.

Ключові слова: біль, реабілітація, хребет, міжхребцева кила, фізичні вправи.

Тиравська О. І. Методы физической реабилитации в терапии дискогенного болювого синдрома поясничного отдела позвоночника. Стаття посвящена вопросам реабилитации особ с патологией межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника. Рассматриваются возможности использования и совмещения разнообразных средств и методов физической реабилитации при дискогенном болювом синдроме.

Ключевые слова: боль, реабилитация, позвоночник, межпозвоночная грыжа, физические упражнения.

Tyravs'ka O. I. Methods of physical Rehabilitation in Therapy of discogenic pain Syndrome of lumbar department of Spine. The article is devoted the questions of rehabilitation of persons with pathology of disks intervertebrals of lumbar department of spine. Possibilities of the use and combination the various facilities and methods of physical rehabilitation are examined at a syndrome pain.

Key words: pain, rehabilitation, spine, hernia in intervertebral, physical exercises.

Постановка наукової проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій. У всьому світі біль є основною причиною звернення до лікарів. Метою будь-якої терапії є не тільки боротьба з болем, а й усунення причин, що зумовили його виникнення [5].

На сьогодні в терапії дискогенного болювого синдрому провідними є медикаментозне, а в ряді випадків – і хірургічне лікування. Однак очевидно, що вказані способи терапії в багатьох випадках не забезпечують радикального й ефективного вирішення терапевтичних завдань. Широка розповсюдженість дискогенних болювих синдромів дегенеративно-дистрофічного походження визначає актуальність пошуку нових способів діагностики та лікування [4; 5].

Сучасний підхід до лікування осіб із дискогенною патологією не зводиться лише до використання медикаментозних засобів, які часто не дають необхідного позитивного впливу й водночас нерідко викликають побічні явища. Особливу увагу спеціалістів привертають немедикаментозні засоби лікування (засоби лікувальної фізичної культури, масаж, мануальна та рефлексотерапія, фізіотерапія) [1]. У зв'язку з цим питання терапії дискогенного болювого синдрому поперекового відділу хребта є актуальним, а особливий інтерес викликає фізична реабілітація.

Мета роботи – проаналізувати використання методик фізичної реабілітації під час дискогенного болювого синдрому поперекового відділу хребта, описаних у сучасній літературі.

Організація та методи дослідження – аналіз та узагальнення даних літературних джерел.

Результати досліджень та їх обговорення. У процесі планування терапії осіб з ураженням міжхребцевих дисків варто враховувати необхідність впливу, з одного боку, на певні структури (ЦНС, нерви, судини, м'язи, фіброзну тканину), а з іншого – на патогенетичні механізми.

Під час дискогенного болювого синдрому широко використовують фізіотерапевтичні засоби лікування [6; 8].

У гострому періоді захворювання ефективним вважається застосування діадинамічних струмів, діадинамофорез новокаїну, ампліпульстерапії, ультрафіолетового опромінення в еритемних зонах, ультразвуку, нейроелектростимуляції через шкіру, ультрафіолетового опромінення [7; 9].

Під час підгострого перебігу та на стадії регресу дискогенної патології використовують такі фізіотерапевтичні впливи: постійний електричний струм низької напруги (гальванізація, електрофорез), імпульсні струми постійного й перемінного напрямку, магнітні поля, електромагнітні поля високих і надвисоких частот, механічні коливання середовища (ультразвукові коливання, лікарський фонофорез, вібромасаж) [5; 8].

Масаж під час дегенеративно-дистрофічних захворювань, що супроводжуються дискогенним болювим синдромом поперекового відділу хребта, починають після того, як зникне гострий біль. Лікуваль-

ний масаж поділяється на точковий, періостальний, класичний лікувальний, сегментарно-рефлекторний масаж і апаратний, при яких застосовуються всі чотири основні прийоми: прогладжування, розтирання, розминання й вібрація [1; 3].

За відсутності абсолютних та відносних протипоказань масаж починають у підгострій і хронічній стадії захворювання. Методика масажу залежить від вираженості больового синдрому, клінічних проявів, стану серцево-судинної, дихальної та м'язової систем пацієнта, наявності локальних дистрофічних змін у тканинах і тригерних точок [1; 5].

Для надання заспокійливої, анальгезуючої дії використовується поверхове прогладжування. Під час локалізації больового синдрому в попереково-крижовому відділі проводиться масаж м'язів спини та поперекової ділянки, а за наявності корінцевої симптоматики – також ураженої кінцівки.

Залежно від стадії захворювання й больового синдрому змінюється тактика проведення масажу. У гострому періоді або під час вираження загострення хронічного процесу масаж не показаний або обмежується впливом на ноги для покращення кровообігу. Через один-два тижні в підгострому періоді, у період стабілізації та на початку відновлюваного періоду виконується класичний ошадливий масаж, інтенсивність і тривалість його зростає в процесі відновлення; за необхідності застосовують сегментарний, сполучнотканинний і точковий масаж. Масаж проводиться кожен день або через день, курс – 10–20 процедур. Тривалість сеансів зростає поступово від 7 до 30 хв. [1; 3; 6].

Одним із ефективних засобів лікування дискогенного больового синдрому поперекового відділу хребта є рефлексотерапія, зокрема голкорексотерапія. Її позитивний вплив під час неврологічних проявів поперекового остеохондрозу відзначено багатьма авторами [2; 3; 4; 5]. На думку Є. Л. Мачерет [5], особливо ефективною голкорексотерапія є під час вираженого больового синдрому без зміни функції. Згідно з даними автора, у своїй клініці у 83,4 % пацієнтів, які до цього без успіху лікувалися медикаментозно, було досягнуто значної позитивної динаміки.

Сьогодні в науковій літературі досить широко висвітлена техніка проведення мануальної терапії (МТ) під час вертеброгенної патології. Думки авторів щодо доцільності та безпечності використання МТ під час дискогенного больового синдрому розділяються. Так, Рейтман, Ессес наявність центральних кил міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта вважають абсолютним протипоказанням до проведення МТ [5].

Прихильники використання МТ під час дискогенних корінцевих синдромів (Є. Л. Мачерет зі співав., 2006, А. Ю. Кинзерський, 1999, П. Л. Жарков с соавт., 2001, К. О. Кузьминов, 2001, А. Б. Сител, 2003, Рутковський та ін., 2002) зазначають, що, зважаючи на сучасні дані про їх патогенез, провідним методом лікування повинен бути метод, основою якого є механічна дія на опорно-руховий апарат, що може забезпечити не тільки вплив на периферичний відділ нервової системи, а й може змінити функціональний стан ЦНС.

Отже, прихильники використання МТ під час больового синдрому поперекового відділу хребта зазначають, що патологія міжхребцевих дисків не є протипоказом, а вибір прийомів слід здійснювати враховуючи особливості неврологічної симптоматики, вираженості болу, ступеня розвитку м'язів та їх напруження, а також з обов'язковим урахуванням даних, отриманих при МРТ дослідженнях, просторового розміщення міжхребцевої кили й наявності протипоказів [5; 6].

Перед проведенням МТ слід виконати точковий або сегментарний масаж для зігрівання спазмованих м'язів, зменшення їх напруги. Виділяють такі варіанти прийомів МТ: 1) постізометрична релаксація м'язів (ППРМ); 2) мобілізація; 3) маніпуляція [1; 2; 3; 5].

Тракційна терапія є одним із методів відновного лікування захворювань хребта. Вона широко використовується в реабілітації хворих із дискогенною патологією [1; 6].

Витягнення хребта поділяється на "сухе" та підводне. Сухе витягнення має багато модифікацій, найпростіша з них відбувається на щитах, що встановлені на роликах. Витягнення може проводитися на функціональному ліжку із фіксацією пацієнта паховими лямками за плечовий пояс і підняттям головного кінця ліжка, тракція відбувається за рахунок ваги тіла. Використовують також витягнення з вантажем [1; 5; 8].

Підводне витягнення поєднує фізичний вплив води з прийомами тракції. Підводне витягнення може бути вертикальним і горизонтальним.

Важливо пам'ятати про те, що передозування тракційної терапії може призвести до зниження фіксуєчих властивостей м'язово-зв'язкового апарату й відповідно – нестабільності ХРС. Після завершення курсу витягнення основні зусилля повинні бути спрямовані на створення локальної міофіксації в ділянці ураженого ХРС, для чого застосовують ЛФК, акупунктуру паравертебральних точок, точковий масаж [1; 2; 5].

Універсальним стимулятором усіх фізіологічних процесів у нашому організмі є рухова активність, тому лікувальна фізична культура (ЛФК) посідає значне місце в системі реабілітації хворих із дискогенними больовими синдромами.

У методиці лікувальної гімнастики враховуються насамперед гострота больового синдрому й стадія захворювання. Метою ЛФК у гострий та підгострий періоди є усунення компресії (стиснення) нервових корінців і зменшення болю, розслаблення м'язів та ліквідація анталгічної деформації спини. Під час загострення захворювання хворому необхідний спокій, проте ненадовго, оскільки тривалий період гіподинамії призводить до зниження активності, ослаблення м'язової системи й збільшення термінів відновлення порушених функцій [1; 3,20]. Лікувальну гімнастику призначають через два-три дні після стихання гострого болю [5].

Хворим із вираженим больовим синдромом призначають щадний руховий режим. Основою лікування дискогенних уражень у цьому режимі є припинення навантажень по осі хребта розвантаження ХРС. Для цього застосовуються дихальні вправи, вправи на розтягнення хребта (з наступною іммобілізацією й тренуванням глибоких м'язів спини), кіфозування хребта в положенні лежачи та розслаблення м'язів [1; 3,20,21]. Лікувальні заняття варто починати із вправ лежачи на спині, які не викликать посилення болю.

У період ремісії основною метою лікувальної гімнастики є відновлення динамічного стереотипу. Для цього використовують фізичні вправи, спрямовані на зміцнення м'язів живота, спини, м'язів тазового пояса й нижніх кінцівок, формування правильної постави [1; 3; 5]. Вправи виконують із вихідного положення лежачи на спині, животі, на боці, сидячи, стоячи з опорою об спинку стільця чи гімнастичну стінку.

Вибираючи вихідні положення для пацієнтів із дискогенним больовим синдромом поперекового відділу хребта, слід особливу увагу приділяти вправам на похилій площині. Осьове (вздовж хребта) витягнення поперекового відділу забезпечує розвантаження хребта шляхом збільшення відстані між тілами хребців, зменшує патологічне напруження м'язів, знижує тиск усередині диску, що призводить до декомпресії нервового корінця й зменшення набряку [1; 3; 5]. У Києві розроблена методика кінезотерапії захворювань хребта з використанням профілактора Євмінова. Суть методу полягає в одночасному поєднанні розвантаження та м'якого розтягу хребта й розвитку глибоких м'язів спини.

Слід зауважити, що небезпечні (навіть у період ремісії) вправи з нахилом тулуба вперед (особливо небезпечні з ротацією), також неприпустимі піднімання прямої ноги в положеннях лежачи та сидячи, різкі повороти тулуба [4, 5].

Гідрокінезотерапія під час дискогенного больового синдрому застосовується на різних етапах реабілітації. Застосовуються три групи фізичних вправ у воді: 1) вільні рухи тулубом; 2) вправи на витягнення біля бортика; 3) ковзаючі й плавальні рухи у воді [4, 9].

Вправи біля бортика басейну, спрямовані на витягнення хребта, включають напівприсідання (хворий притримується руками за борт басейну), кіфозування хребта в упорі на поруччя, напіввис на перекладині.

У період ремісії використовують лікувальне плавання. Воно не повинне супроводжуватися збільшенням лордозу у зв'язку з небезпекою зайвої мобілізації поперекового відділу хребта і, як наслідок, – виникнення больових відчуттів.

Висновки. Сучасне лікування дегенеративно-дистрофічних пошкоджень міжхребцевих дисків повинно бути комплексним, яке враховує причини та механізми розвитку хвороби. Оперативне лікування цієї нозології дає швидкий результат, але воно приховує в собі загрозу розвитку захворювання в інших відділах хребта, оскільки не усуває причину появи патологічного процесу, несе ризик післяопераційних ускладнень і вимагає тривалого реабілітаційного періоду.

Під час консервативного лікування дискогенних больових синдромів із методів фізичної реабілітації застосовують переважно водолікування, фізіотерапію, масаж, витягнення й кінезотерапію. Для того, щоб підібрати ефективні методи реабілітації для пацієнта, реабілітолог повинен урахувати етіологію та патогенез цього захворювання, а також індивідуальні й вікові особливості хворого.

Перспективи досліджень полягають у розробці та апробації методики фізичної реабілітації осіб, котрі перенесли хірургічне лікування кил міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта.

Література

1. Елифанов В. А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / В. А. Елифанов, А. В. Елифанов. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – 272 с.
2. Коркушко О. О. Електродіагностика та лікування в рефлексотерапії / Коркушко О. О. – К. : [б. в.] 2001. – С. 240.
3. Остеохондроз позвоночника. Лечение и профилактика : практич. пособ. / Жук П. М., Стельмах И. Н., Нычик А. З. – К. : Кн. плюс, 2003. – 140 с.

4. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків : підручник / Мачерет Є. Л., Довгий І. Л., Коркушко О. О. – К. : [б. в.], 2006. – Т. 1. – 256 с.
5. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків : підручник / Мачерет Є. Л., Довгий І. Л., Коркушко О. О. – К. : [б. в.], 2006. – Т. 2. – 480 с.
6. Техника и методика физиотерапевтических процедур : справочник / под ред. В. М. Боголюбова. – Тверь : Губернская медицина, 2003. – 408 с.
7. Тихонова О. Я. Шлях до здорового хребта / Тихонова О. Я. – К. : Здоров'я, 2005. – 288 с.
8. Хабиров Ф. А. Клиническая неврология позвоночника / Хабиров Ф. А. – Казань, 2003. – 472 с.

Адреса для листування:

79 014, Львів, Сагайдачного, 7, кв. 4.

E-mail: tyravska@ukr.net

Статтю подано до редколегії

12.09.2008 р.