

УДК 616.711-007.5:616-084

О. В. Лясковський – магістр інституту фізичної культури та здоров'я Волинського національного університету імені Лесі Українки;
О. В. Усова – кандидат біологічних наук, старший викладач кафедри фізичної реабілітації інституту фізичної культури та здоров'я Волинського національного університету імені Лесі Українки

Проблеми профілактики й реабілітації шийного остеохондрозу в юнацькому віці

Роботу виконано на кафедрі фізичної реабілітації ВНУ ім. Лесі Українки

Досліджено поширення, етіологію, патогенез та методи лікування остеохондрозу хребта. Проаналізовано вплив та ефективність різних засобів реабілітації хворих шийним остеохондрозом.

Ключові слова: остеохондроз, юнацький вік, реабілітація.

Лясковський А. В., Усова О. В. Проблемы профилактики и реабилитации шейного остеохондроза в юношеском возрасте. Исследовано распространение, этиологию, патогенез и методы лечения остеохондроза позвоночника. Анализируются влияние и эффективность разных средств реабилитации больных шейным остеохондрозом.

Ключевые слова: остеохондроз, юношеский возраст, реабилитация.

Liaskovsky O. V., Usova O. V. Problems of Prophylaxis and Rehabilitation of Neck Osteochondrosis at Young Age. Prevalence, etiology, pathogeny and methods of treatment of osteochondrosis of, facilities is investigational. Influencing and efficiency of different methods of rehabilitation of patients by a neck osteochondrosis is analysed.

Key words: osteochondrosis, youth age, rehabilitation.

Постановка наукової проблеми та її значення. Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми.

Багато досліджень свідчать про значне поширення остеохондрозу здебільшого в дорослих пацієнтів. Його рентгенологічні ознаки виявляються майже в кожній людині віком 20–25 років, коли припиняється ріст організму [6; 11].

У структурі захворюваності остеохондроз хребта виходить на третє місце після серцево-судинних та онкологічних захворювань [9]. Клінічні аспекти й проблеми лікування остеохондрозу широко висвітлені в монографіях та періодичній науковій літературі [1; 4; 6; 12]. Діагностиці й лікуванню цієї тяжкої форми ураження хребта присвячено багато наукових праць клінічної, неврологічної та рентгенологічної спрямованості [1; 3; 9; 11]. Згідно з даними медичної статистики остеохондрозом страждає, близько 80 % дорослого населення. Це захворювання набуває все більшої соціальної проблеми у зв'язку з невинним ростом кількості хворих серед осіб працездатного віку [6]. Остеохондроз займає одне з перших місць у структурі захворювань із тимчасовою втратою працездатності й інвалідності населення [9]. Так, за даними статистики МОЗ України, у 2001 р. остеохондроз хребта становив 2,91 % від інвалідності в разі захворювань та травм опорно-рухового апарату, а первинна інвалідність становить 1,5 тис. хворих на 100 тис. населення [8; 12]. Серед факторів ризику раннього остеохондрозу (гіподинамія, статичні перевантаження хребта, порушення постави) останнім часом важливе значення надається функціональним блокадам хребта, які можуть мати вроджений характер чи виникати в різному віці внаслідок мікротравм, піднімання важких предметів, дистресу та інших причин [3].

Метою нашої роботи було дослідити причини, механізми шийного остеохондрозу в юнацькому віці та засоби реабілітації при цьому захворюванні.

Методи та організація досліджень: аналіз літературних джерел.

Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження. За остеохондрозу виникає нарощення дегенеративних змін у диску, що призводить до зниження його висоти. У зв'язку з цим можуть з'являтися незначні зміщення тіл хребців один відносно одного під час рухів тулуба й шиї. Розвивається так звана “нестабільність” або “розхитаність” хребетного

сегмента. У деяких випадках можливі підвивири в міжхребцевих суглобах. Надмірна рухливість і підвивири хребців можуть призводити до травматизму спинного мозку та його корінців [1].

У тих випадках, коли виникає розрив фіброзного кільця із виходом за межі його частини або всього драглистого ядра, говорять про грижу диска [10]. У шийному відділі хребта частіше буває лише випинання диска. Подразнення або компресія корінців спинномозкових нервів призводить до їх асептичного запалення. Запальний процес супроводжується розвитком венозного застою й набряку, що, зі свого боку може посилювати компресію та подразнення судинно-нервових утворень [3; 10].

Найчастіше дегенеративні "зміни" спостерігаються в нижньошийному та нижньопоперековому відділах хребта. Незважаючи на те, що шийний відділ хребта витримує менше осьове навантаження, ніж поперековий, досить велика рухливість шийного відділу за значно меншої його потужності призводить до того, що він підпадає під великі навантаження [3].

Аналізуючи причини й механізми розвитку захворювання, М. В. Дев'ятова (1983) виділяє три основні ступені порушень, які виникають у хребтовому стовпі, як єдину функціонально-цілісну систему: I ступінь – компенсаторне підвищення м'язового тону; II ступінь – зниження тону м'язів і зменшення лордозів; III ступінь – дегенеративно-дистрофічні зміни різного характеру в дисках [7].

I ступінь характеризується функціональними м'язовими змінами, II є перехідним від функціональних м'язових змін до порушень статичних відношень у хребті, III характеризується органічними змінами в пасивній частині рухового апарату хребта (міжхребцевих дисках, міжхребцевих суглобах, хребцях, зв'язках) [7].

Оскільки I ступінь є функціональним, то своєчасна діагностика й методично правильне лікування можуть привести до повного виліковування хворих. Наслідком II ступеня можуть бути як повне одужання, так і перехід в органічну зміну за повної діагностики й лікування. За III ступеня дегенеративні зміни незворотні, захворювання має періоди загострень і ремісій. Лікування спрямоване лише на запобігання прогресуванню захворювання за рахунок формування компенсаторних механізмів [7; 8].

Указані ступені не завжди мають чіткі межі, оскільки захворювання розвивається поступово й протікає повільно. Однак ця класифікація може бути корисною для вирішення практичних питань методики лікувальної фізичної культури та прогнозування наслідку хвороби [4; 8].

Лікування дефектів постави й деформації опорно-рухового апарату комплексне. Воно передбачає використання ЛФК разом із масажем, фізіотерапією, загартуванням, гігієнічними й оздоровчими заходами в режимі навчання, праці та відпочинку. Головний діючий чинник серед них – фізичні вправи. Необхідність їх застосування зумовлюється різностороннім впливом на організм. Насамперед вони підвищують загальний тонус, активують діяльність ЦНС, серцево-судинної, дихальної та інших систем організму, стимулюють обмінні процеси, забезпечують перерозподіл м'язового напруження, зміцнення м'язів, створення м'язового корсета. Систематичні заняття фізичними вправами тренують людину, сприяють виникненню й закріпленню нових умовних рефлексів, руйнують стереотипи неправильного утримання тіла [4; 8].

Вправи лікувальної гімнастики добре допомагають на початкових стадіях остеохондрозу, коли ще немає важких функціональних змін [7].

Однак, якщо відкладення солей є дуже масивними, диск майже зруйнований, а верхній та нижній хребці зростаються між собою. Щоб ліквідувати ушкодження, яке утворилося, шийну зону не слід навантажувати [1].

Умовно, якщо рухливість у шийному відділі збереглася, вправи мають менше навантажувати зовнішні м'язи та діяти глибше на внутрішні м'язи. Для цього їх виконують у розслабленому стані й дуже повільно [8].

За умови регулярного виконання ЛФК відкладення солей у шийному відділі припиняється. Покращується кровообіг і більш чи менш помітно покращується діяльність головного мозку. Однак повторювати комплекс потрібно хоча б тричі на добу – уранці, у середині дня та за годину–дві перед сном. Після вечірніх вправ напружувати м'язи шиї не рекомендується, тоді ефект буде максимальним. На початку занять виконувати всі рухи лише один–два рази, через місяць регулярних вправ – три–чотири рази [7; 8].

Єдність причин захворювання дає можливість запропонувати спільну методику сеансів масажу для хворих із різними синдромами. Основну увагу потрібно звернути на усунення причин захворювання (компресії або подразнення корінців шийного відділу спинного мозку), а не лікування симптомів захворювання (біль та обмеження функції плечового суглоба при синдромі плечо-

лопаткового періартриту, недостатність кровопостачання задніх відділів головного мозку при кардіальному синдромі тощо) [12].

Так, Н. А. Белая (1977) запропонувала курс масажу, де вибір ділянки обумовлювався клінічними особливостями захворювання. Наприклад, під час вираженої болі в руці, спині, гіпотрофії м'язів руки, підвищеному тонусі м'язів спини масажують руку й спину. Якщо виникає біль у грудях – призначають масаж грудних м'язів, за болу в шиї, обмеження рухливості в ній – масаж шиї [2].

У всіх випадках обов'язковий масаж шийно-грудного відділу. Ця вимога обумовлена етіологією й патогенезом захворювання, за якого патологічний процес локалізується в міжхребцевих дисках і корінцях цієї ділянки. Із метою зняття гіпертонусу м'язів і покращення рухливості хребта використовують такі прийоми масажу: поверхневе прогладування, легкі колові розтирання кінчиками одного або чотирьох пальців, легку вібрацію з поступовим підключенням енергійних розтирань і розминань [2].

Перші 3–4 сеанси лікувального масажу виконуються в щадному режимі, незначної тривалості (10–12 хвилин). Масаж проводять у положенні сидячи на стільці, спираючись на масажний столик. На доцільність цього положення вказував А. С. Штеренгерц (1996) [12].

Фізіотерапія спрямована на загальне зміцнення організму, стимуляцію ослаблених м'язів, підвищення пристосувальних можливостей організму. Неспецифічна дія фізичних чинників направлена на збереження й підтримку на певному рівні діяльності фізіологічних систем. Вона забезпечує стимуляцію захисних рефлекторних реакцій, що приводить до відновлення порушеної сталості внутрішнього середовища. При цьому створюються оптимальні умови для репарації пошкоджених тканин. Реалізація неспецифічних реакцій здійснюється нейрогуморальним шляхом за участю всіх рівнів регуляції, починаючи від вищих кіркових і закінчуючи спінальними та периферичними апаратами. Дія бальнеофізіотерапевтичних чинників великою мірою визначається рефлекторними відповідями на подразнення шкіри й глибше розташованих тканин. Важлива роль у регуляції вказаних реакцій належить нервово-ендокринним механізмам, особливо системі гіпофіз – кора наднирників [4; 5].

Висновки. Під час остеохондрозу відбуваються дегенеративні зміни в міжхребцевих дисках, що призводить до зменшення висоти хребта. У зв'язку з цим порушуються нормальні відношення в міжхребцевих суглобах.

Незважаючи на те, що шийний відділ хребта витримує менше осьове навантаження, ніж поперековий, досить велика рухливість шийного відділу за значно меншої його потужності призводить до того, що він підпадає під великі навантаження, тому рентгенологічні ознаки остеохондрозу проявляються майже в кожній людині у віці 20–25 років.

Знання причин виникнення захворювання дасть змогу ефективно лікувати хворих із шийним остеохондрозом хребта. Воно включає в себе медикаментозну терапію, масаж, фізіотерапію, профільне санаторно-курортне лікування й ЛФК. Для лікування та профілактики вищезазначені засоби ефективні лише за комплексного їх застосування, коли один засіб лікування доповнює та підсилює інші.

Перспективним є дослідження впливу засобів реабілітації на показники мозкової гемодинаміки студентів, які хворі на остеохондроз шийного відділу хребта.

Література

1. К вопросу остеохондроза позвоночника и обусловленных им неврологических нарушений / [И. П. Антонов, Г. Г. Шанько, Б. В. Дривотников, Н. В. Хмара, В. Я. Латьева и др.] // Современные принципы лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. – М. : [б. и.], 1980. – С. 8–12.
2. Белая Н. А. Еще раз о массаже / Белая Н. А. – М. : Знание, 1977. – С. 95.
3. Боровик Л. В. Компенсаторно-приспособительные реакции костно-хрящевой ткани шейного отдела позвоночника в процессе старения / Л. В. Боровик // Старение и адаптация. – Киев : [б. и.], 1980. – С. 20–22.
4. Войтаник С. А. К механизму образования блокады двигательных сегментов позвоночника / С. А. Войтаник, Б. В. Гавата // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 1988. – № 3. – С. 59–62.
5. Клешина О. А. Нет остеохондрозу / О. А. Клешина, Т. В. Гиптун. – Ростов н/Д : Феникс, 2003. – С.138–145.
6. Корнацький В. М. Хвороби кістково-м'язової системи: стан проблеми в Україні та Європі / В. М. Корнацький // Укр. мед. часоп. – 2001. – №4. – С 139–143.
7. Девятова М. В. Лечебная физическая культура при остеохондрозе позвоночника и заболеваниях периферической нервной системы / Девятова М. В. – Ленинград : Медицина, 1983. – 78–85 с.

8. Епифанова В. А. Лечебная физкультура как метод восстановительной терапии при заболеваниях и повреждениях нервной системы / В. А. Епифанова // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2003. – № 3. – С. 31–37.
9. Попелянский Я. Ю. Симптомы остеохондроза / Я. Ю. Попелянский // Клин. мед. – 1983. – № 9. – С 142–147.
10. Осина А. Н. Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза позвоночника / А. Н. Осина // Остеохондрозы позвоночника. – Новокузнецк: [б. и.], 1973. – С. 7–15.
11. Показники та аналіз надання травматолого-ортопедичної допомоги населенню України 2001–2002 рр. – К. : [б. в.], – 2003. – № 2. – С. 22–30.
12. Штеренгерц А. Е., Белая Н. А. Массаж для взрослых и детей / А. Е. Штеренгерц, Н. А. Белая. – Киев : Здоровья, 1996. – С. 125–226.

Адреса для листування:
43 000, Луцьк, просп. Волі, 13.

Статтю подано до редколегії
12.01.2010 р.