

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАССАЖА В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Пурик Г.Ю., Евдокимов Е.И.

Институт здоровья, спорта и туризма классического
приватного университета г. Запорожья

Аннотация. В работе рассмотрены вопросы применения средств физической реабилитации при заболеваниях периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Выявлены некоторые неблагоприятные тенденции возникновения и развития шейного остеохондроза позвоночника. Предложена новая эффективная программа коррекции функциональных нарушений шейного отдела позвоночника за счет использования комплекса реабилитационного массажа. Составленная программа направлена на повышение трудоспособности взрослого населения Украины.

Ключевые слова: массаж, остеохондроз, подвижность, позвоночник, синдром.

Анотація. Пурик Г.Ю. Використання масажу у фізичній реабілітації при дегенеративно-дистрофічних ураженнях шийного відділу хребта. В роботі розглянуті питання застосування засобів фізичної реабілітації при захворюваннях периферичної нервової системи та опорно-рухового апарату. Виявлені деякі несприятливі тенденції виникнення та розвитку шийного остеохондрозу хребта. Запропонована нова ефективна програма корекції функціональних розладів шийного відділу хребта за рахунок використання комплексу реабілітаційного масажу. Складена програма спрямована на підвищення працездатності дорослого населення України.

Ключові слова: масаж, остеохондроз, рухливість, хребет, синдром.

Annotation. Puryk G.J., Yevdokimov E.I. Massage use in physical rehabilitation at degenerately - dystrophic defeats of cervical department of a backbone. In work questions of application of means of physical rehabilitation are considered at diseases of peripheral nervous system and the locomotorium. Some unfortunate trends of occurrence and development of a cervical osteochondrosis of a backbone are revealed. The new effective program of correction of functional infringements of cervical department of a backbone at the expense of use of a complex of rehabilitation massage is offered. The created program is directed on increase of work capacity of adult population of Ukraine.

Keywords: massage, an osteochondrosis, mobility, a backbone, a syndrome.

Введение.

Реабилитация больных с заболеваниями нервной системы является одной из актуальных проблем в Украине. Патология позвоночника считается наиболее частой причиной заболеваний периферической нервной системы [5].

Этиологическим фактором заболеваний периферической нервной системы в 80% случаев является остеохондроз позвоночника. Он поражает наиболее трудоспособную часть населения в молодом и среднем возрасте, занимает третье место по потере трудоспособности в общей структуре заболеваемости среди лиц этого возраста [6].

Впервые термин “остеохондроз” предложил немецкий ученый Хильдебранд в 1933 году для обозначения дегенеративных изменений в межпозвонковых дисках [1].

Под термином “остеохондроз позвоночника” понимают первично развивающийся дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках, что в свою очередь ведет к вторичному развитию реактивных

и компенсаторных изменений в костно-связочном аппарате позвоночника [4].

Дегенерированный диск при шейном остеохондрозе – это источник болевых проявлений, патологических импульсов, которые, переключаясь через центральную нервную систему, вызывают компрессионные и рефлекторные нарушения в области шеи, плечевого пояса, верхнегрудного отдела [1].

Новый подход в реабилитации дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника показывает недостаточную эффективность использования только традиционной медикаментозной терапии. Поэтому специалистов привлекают немедикаментозные средства реабилитации (массаж, лечебная физическая культура, мануальная терапия, физиотерапия и др.) [7].

Поэтому, с учетом вышеперечисленных проблем, нами была составлена программа физической реабилитации, которая была направлена на максимальное восстановление функциональных нарушений периферической нервной системы, психоэмоциональной сферы, профилактику рецидивов.

Работа выполнена по плану НИР института здоровья, спорта и туризма классического приватного университета.

Цель, задачи работы, материал и методы.

Целью данного исследования явилось выявление эффективности вновь разработанной программы физической реабилитации при дегенеративно-дистрофических поражениях шейного отдела позвоночника.

Основной задачей исследования являлось определение положительного воздействия реабилитационного массажа при шейном остеохондрозе, методика которого была дополнена специальными приемами растягивания мышц и аутомобилизационными приемами постизометрической релаксации.

Предусматривалось проведение оценки предложенной программы физической реабилитации сравнительно с общеизвестными.

Результаты исследований.

Исследования проводились у лиц, страдающих шейным остеохондрозом, являющихся пациентами медицинского центра “Атлант Плюс” города Запорожья. В исследованиях участвовали 24 женщины 35-45 лет, имеющие диагноз, поставленный несколькими годами ранее: дегенеративно-дистрофическое поражение шейного отдела позвоночника, стабильная форма. Все пациентки были ознакомлены с условиями проведения эксперимента.

При первичном обследовании всем пациенткам проводилась оценка функционального состояния шейного отдела позвоночника с помощью пальпации и мануального миофасциального тестирования. Определялись подвижность шейного отдела позвоночника в разных направлениях, наличие мышечных контрактур и триггерных точек, болезненных при надавливании и вызывающих отраженную боль в отдаленные участки тела [3, 7].

У пациенток регистрировалась хроническая боль. Преобладали неврологические синдромы с головными болями, болями в области затылка, шейного отдела позвоночника, в межлопаточной области, области сердца. При этом наблюдалось ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника, в плечевом суставе. Были установлены расстройства чувствительности у обследованных, причем это было снижение болевой чувствительности по корешковому типу ($C_6 - C_8$) [2].

Боль имела выраженную психоэмоциональную окраску. Известно, что основными эмоциональными нарушениями, связанными с болью в спине, являются тревожно-депрессивные расстройства [6].

После оценки функционального состояния методом случайного выбора пациенток разделили на две группы. Пациенткам, в первую очередь, проводилась медикаментозная терапия: противовоспалительными нестероидными средствами (диклофенак-натрий, ибупрофен) в виде таблеток и мазей; витаминами группы В.

В контрольной группе проводился курс лечебной гимнастики в кабинете ЛФК поликлиники по месту жительства, без получения массажных процедур.

В экспериментальной группе применялась программа физической реабилитации, состоящая из комплекса реабилитационного массажа. Комплексность заключалась в использовании одновременно и последовательно: массажа мышц шеи и верхнегрудного отдела позвоночника, приемов растягивания пораженных триггерными точками мышц шейного и верхнегрудного отдела позвоночника, аутомобилизационных приемов постизометрической релаксации.

Массаж проводился по методике Н.А. Белой [2]. Пальпаторное определение триггерных точек и растягивание пораженных ими мышц проводилось нами по методике Travell L. и Simons D., описанной Епифановым В.А. [7]. Использовались аутомобилизационные приемы постизометрической релаксации, описанные Евдокимовой Т.А. [8].

Курс реабилитационных мероприятий в обеих группах составлял 14 дней. Программа физической реабилитации в экспериментальной группе проводилась по 5 дней ежедневно, 1 раз в сутки, с перерывом в 2 дня.

Продолжительность массажа составляла (в зависимости от типа конституции пациентки) 25-35 минут, а программа физической реабилитации – от 45 до 60 минут.

Процедура проведения приемов проводилась в положении пациентки сидя, с акцентом на максимальное расслабление области, подвергаемой реабилитационному воздействию. Растягиванию подвергались различные пораженные триггерными точками мышцы, с дифференцированными определенными синдромами для каждой пациентки [3].

Предложенная нами программа физической реабилитации при шейном остеохондрозе была

направлена на ускорение кровообращения и лимфообращения в зоне поражения, улучшение процессов регенерации, снижение болевого синдрома, восстановление силы и выносливости мышц шеи и верхнего плечевого пояса, восстановление двигательных функций шейного отдела позвоночника, восстановление работоспособности и ликвидацию депрессивных состояний пациенток, профилактику прогрессирования дегенеративно-дистрофических процессов позвоночника [4,6].

Группой сравнения явились пациентки, проходившие курс лечебной гимнастики в кабинете ЛФК поликлиники по месту жительства.

Эффективность средств физической реабилитации оценивалась по результатам обследования пациенток контрольной и экспериментальной групп, которые проводились до и после курса реабилитации.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена при помощи коэффициента Стьюдента, расхождения считали достоверными при $p < 0,05$.

Оценка гибкости и подвижности шейного отдела позвоночника проводилась по методике, предложенной В.А. Епифановым [7].

Исследовались и оценивались следующие движения в шейном отделе:

- а) движение назад (разгибание) ШОП в сагиттальной плоскости;
- б) боковой наклон головы: вправо, влево;
- в) поворот головы: вправо, влево.

Полученные данные обрабатывались методами математической статистики с применением пакета программ Statistica 8,0 и были представлены в виде таблиц.

При сравнении функционального состояния шейного отдела позвоночника у пациенток контрольной и экспериментальной групп нами были получены следующие данные.

Из данных таблицы 1 видим, что при применении стандартной программы физической реабилитации в контрольной группе были зафиксированы положительные изменения подвижности шейного отдела позвоночника. Однако до и после проведения реабилитации показатели существенно не изменились. Так, подвижность при наклонах головы вправо улучшилась на 1%, наклонах головы влево – на 2%, при поворотах головы вправо – на 2%, поворотах головы влево – на 1%. Лучший результат был достигнут при разгибании шейного отдела – 3%.

После статистической обработки данные не превышали критическое значение коэффициента Стьюдента ($p > 0,05$) по всем показателям, что свидетельствует об однородности сравниваемых групп по основным параметрам.

Для объяснения причин появления подобных показателей мы определили изменение объема движений ШОП под влиянием физической реабилитации в экспериментальной группе, результаты оформили в виде таблицы.

Как показывают данные таблицы 2, применение предложенной нами программы физической реабилитации в экспериментальной группе наметилась тенденция на улучшение подвижности шейного отдела позвоночника. Отмечалась положительная динамика во всех показателях, причем увеличение было существенным. Так, разгибание шейного отдела возросло на 13%, наклон головы вправо – на 8%, наклон головы влево – на 6%, поворот головы вправо – на 11%, поворот головы влево – на 8%.

Большинство результатов после статистической обработки имели достаточную степень достоверности, превышая критическое значение коэффициента Стьюдента ($p < 0,05$).

Для большей наглядности мы провели сравнительную оценку результатов проведенной физической реабилитации в контрольной и экспериментальной группах.

При сравнении количественных результатов после проведения физической реабилитации в контрольной и экспериментальной группе из данных

таблиц мы видим, что в среднем разница составила:

- разгибание шейного отдела – 1,5 см;
- наклон головы вправо – 1 см;
- наклон головы влево – 1 см;
- поворот головы вправо – 2,5 см;
- поворот головы влево – 2 см.

При этом в экспериментальной группе эффективность выше по всем видам движений, с достаточной степенью достоверности ($p < 0,05$).

Полученные результаты объясняются несколькими причинами, а именно:

1. Различные исходные данные подвижности шейного отдела позвоночника до проведения физической реабилитации в границах одной группы.
2. Несоблюдение последовательности проведения комплекса физической реабилитации в контрольной группе.
3. Неправильно подобран комплекс ЛФК в контрольной группе или на его проведение было затрачено мало времени при ежедневных занятиях.

Таблица 1

Изменение объема подвижности шейного отдела позвоночника под влиянием физической реабилитации в контрольной группе

Показатель, единицы измерения	Исходные данные	Данные после физической реабилитации	Процент изменений, %
Разгибание ШОП, см	16,21 ± 0,56	16,83 ± 0,58	+ 3 %
Наклон головы вправо, см	21,92 ± 0,59	22,13 ± 0,62	+ 1 %
Наклон головы влево, см	21,96 ± 0,52	22,33 ± 0,54	+ 2 %
Поворот головы вправо, см	27,25 ± 0,58	27,75 ± 0,55	+ 2 %
Поворот головы влево, см	27,17 ± 0,59	27,50 ± 0,56	+ 1 %

Таблица 2

Изменение объема подвижности шейного отдела позвоночника под влиянием физической реабилитации в экспериментальной группе

Показатель, единицы измерения	Исходные данные	Данные после физической реабилитации	Процент изменений, %
Разгибание ШОП, см	15,5 ± 0,59	17,58 ± 0,62 *	+ 13 %
Наклон головы вправо, см	20,75 ± 0,52	22,42 ± 0,52 *	+ 8 %
Наклон головы влево, см	21,08 ± 0,57	22,50 ± 0,51	+ 6 %
Поворот головы вправо, см	27,42 ± 0,75	30,33 ± 0,75 *	+ 11 %
Поворот головы влево, см	27,79 ± 0,86	30,29 ± 0,77 *	+ 8 %

* - $p < 0,05$

Таблица 3

Сравнительная оценка эффективности физической реабилитации в контрольной и экспериментальной группах

Показатель, единицы измерения	Улучшение подвижности в см		Критерий Стьюдента (t)
	Контрольная группа	Экспериментальная группа	
Разгибание ШОП, см	0,63 ± 0,07	2,08 ± 0,09 *	13,19
Наклон головы вправо, см	0,46 ± 0,13	1,67 ± 0,15 *	6,00
Наклон головы влево, см	0,38 ± 0,11	1,42 ± 1,55 *	5,41
Поворот головы вправо, см	0,50 ± 0,13	2,92 ± 0,43 *	5,38
Поворот головы влево, см	0,33 ± 0,13	2,33 ± 0,23 *	7,40

4. Недобросовестное выполнение комплекса ЛФК пациентками контрольной группы.

5. Различные типы конституций пациенток, следовательно, различны размеры и количество нагружаемых мышц при выполнении движений разгибания, наклонов и поворотов.

6. Различный болевой порог у пациенток обеих групп, который значительно ограничивает объем движений при наличии любого болевого синдрома.

7. Более высокая физическая работоспособность пациенток экспериментальной группы.

8. Негативное психосоматическое отношение пациенток контрольной группы к комплексу ЛФК, как к средству физической реабилитации.

Выводы.

Ряд проблем реабилитации больных с заболеваниями периферической нервной системы остается недостаточно изученным. До настоящего времени не определен оптимальный срок назначения различных средств восстановительной терапии при разных по характеру и тяжести дегенеративно-дистрофических поражениях шейного отдела позвоночника. Еще имеются противоположные взгляды по теоретическим и практическим вопросам, касающимся данной проблемы. Нет четкой выразительности относительно механизмов восстановления двигательных функций, до конца не установлена роль факторов, которые влияют на процесс восстановления нарушенных функций.

В связи с этим усовершенствование системы реабилитационных мероприятий для пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника является крайне важной задачей.

Массаж с последующим растягиванием пораженных триггерными точками мышц предотвращает появление болевых ощущений, ликвидирует контрактуры мышц, в связи с чем эффективность миокоррекции возрастает. Применение самостоятельных приемов постизометрической релаксации позволяет закрепить достигнутый физической реабилитацией результат. Этим объясняется более высокая эффективность, проявленная в экспериментальной группе, в сравнении с контрольной.

Сравнительный статистический анализ в контрольной и экспериментальной группах, проведенный при помощи критерия Стьюдента показал, что полученные результаты по некоторым показателям существенно не отличаются, потому что за такой короткий период (2 недели) невозможно получить каких-либо существенных изменений результатов. Но тенденция к их возрастанию у пациенток экспериментальной группы выше, чем у пациенток контрольной группы.

Правильно подобранная форма организации реабилитационного процесса, направленная на методичную, планомерную, многочасовую работу в экспериментальной группе, обеспечила нам позитивный результат.

Во время подбора программы физической реабилитации, которая учитывала бы двигательные и функциональные нарушения больных, выяснилось,

что оптимальной будет программа, объединяющая различные реабилитационные средства: медикаментозную терапию, физические упражнения и комплекс реабилитационного массажа.

Вновь разработанная нами программа, являясь адекватным средством физической реабилитации, способствует уменьшению степени клинических проявлений и эмоциональных расстройств при дегенеративно-дистрофических поражениях шейного отдела позвоночника.

Дальнейшие исследования предполагается провести в направлении изучения использования других средств физической реабилитации для ликвидации и профилактики дегенеративно-дистрофических поражений шейного отдела позвоночника.

Литература

1. Антонов И.П. Шейный остеохондроз: клиника, лечение и профилактика // Здоровоохранение Беларуси. – М.: Антидор, 2000. – 568 с.
2. Белая Н.А. Лечебный массаж. – М.: Советский спорт, 2001. – 300 с.
3. Вегетативные расстройства: Клиника. Диагностика. Лечение / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Мед. Информ. Агентство. – 2000. – 752 с.
4. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Самиотов О.Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1990. – 288 с.
5. Губенко В.П. Мануальная терапия в вертеброневрологии: Пособие. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Медицина, 2006. – 496 с.
6. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб: ООО "Изд-во ФОЛИАНТ", 2004. – 304 с.
7. Епифанов В.А., Ролик И.С., Епифанов А.В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, клиника, лечение). – М., 2002. – 345 с.
8. Милукова И.В., Евдокимова Т.А. Лечебная физкультура: Новейший справочник / Под общей ред. проф. Т.А. Евдокимовой. – СПб.: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 862 с.

Поступила в редакцию 24.03.2009г.
silva.zp@mail.ru