

МАНУАЛЬНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ХВОРИХ НА РАДИКУЛОПАТІЮ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА УСКЛАДНЕНУ ПРОТРУЗІЯМИ

Ярослав Філак, Фелікс Філак

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Анотація. Обстежено 30 осіб працездатного віку з радикулопатією поперекового відділу хребта. При дослідженні гнучкості хребта нахилом тулуба вперед у 100,0% пацієнтів виявлено обмеження рухливості у поперековому відділі. Доведена ефективність застосування мануальних методів корекції хворих на радикулопатію поперекового відділу хребта.

Ключові слова: лікувальний масаж, радикулопатія поперекового відділу хребта, постізометрична релаксація, гнучкість.

Abstract. 30 people of working age with radiculopathy of the lumbar spine were examined. When the flexibility of the spine was examined by bending the trunk forward in 100.0% of patients, mobility limitations in the lumbar region were found. The effectiveness of the use of manual methods of correction of patients with radiculopathy of the lumbar spine has been proven.

Key words: therapeutic massage, radiculopathy of the lumbar spine, postisometric relaxation, flexibility.

Вступ. В останні роки більш актуальним і сучасним є термін «радикулопатія», тому що не завжди при здавлюванні корінця в ньому є запалення. Радикулопатія ж означає порушення роботи нервового корінця внаслідок негативного впливу захворювань хребта. Причини різноманітні: надмірні перевантаження хребта, зниження рухової активності, вроджені дефекти хребта, травми внаслідок ударів, падінь, інфекції, переохолодження. За даними експертів ВООЗ, у розвинутих країнах захворювання досягає розмірів пандемій. Більшість хворих - це люди середнього, працездатного віку, яким хвороба не дає можливості реалізувати свій потенціал, погіршує якість життя.

Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині, має особистий (позитивний чи негативний) досвід лікування неврологічних проявів остеохондрозу хребта. Серед хворих, які страждають хронічними больовими синдромами, від 35% до 55%

спостережень складають пацієнти з поперековим остеохондрозом, який ускладнений протрузіями. З огляду на це стає зрозумілим, що остеохондроз поперекового відділу хребта є надзвичайно важливою медичною та соціально-економічною проблемою суспільства [1, 5].

Для клінічної картини характерний локалізований тупий ниючий біль в поперековій області. Іноді болі виникають гостро, які потім стають нестерпними, що іррадіюють по ходу нервових корінців. Для цього захворювання також характерні чутливі і рухові порушення в зоні іннервації ураженого корінця. До болю приєднуються гіпостезія (зниження чутливості) і парастезії - патологічні відчуття у вигляді похолодання, печіння, поколювання, повзання мурашок на шкірі кінцівок, грудної клітини або попереку [2, 4].

Ранній розвиток остеохондрозу з протрузіями має генетичну схильність, а виникнення його клінічних проявів передуює вплив ряду зовнішніх і внутрішніх факторів, а саме: механічні навантаження на весь хребет і локальні перевантаження окремих його відділів в побуті або на виробництві; температурний вплив; дію інфекційних агентів; аномалії розвитку хребта; особливості функціонування рухової системи; ожиріння. Протрузія диска – це патологічний стан, при якому міжхребцевий диск тисне на спинномозковий канал без розриву фіброзного кільця. За своєю природою протрузія — це дегенеративний розлад, який руйнує цілісність і анатомічно правильну структуру хребта. Формується цей стан через остеохондроз – хронічного незапального дегенеративного захворювання хребта.

Внаслідок вищезгаданих причин розвиваються дистрофічні зміни хребта з розвитком вогнищ дегенерації і деструкції. У відповідь в організмі розвивається незапальний процес, при якому продукти розпаду диска потрапляють в кров і сприймаються імунітетом як чужорідні. Постійно циркулюючи в крові, ці агенти вражають і здорові міжхребетні диски, запускаючи безперервну ланцюгову реакцію. На початковому етапі ці зміни не виявляються клінічними і не викликають у пацієнта больових відчуттів. Виявити їх можна тільки за допомогою [3].

Мета дослідження – удосконалити та науково обґрунтувати вплив лікувального масажу для осіб працездатного віку з радикулопатією

поперекового відділу хребта ускладненого протрузією в умовах поліклініки.

Завдання дослідження:

1. Обґрунтувати методику лікувального масажу у хворих на радикулопатію поперекового відділу хребта ускладненого протрузією.

2. Перевірити ефективність запропонованої методики масажу при радикулопатії поперекового відділу хребта ускладненого протрузією.

Результати дослідження: Нами проведено спостереження у 30 хворих на радикулопатію поперекового відділу хребта ускладненого протрузією віком 35-40 років, з них 20 чоловіків і 10 жінок. При поступленні на відновне лікування в поліклінічне відділення м. Ужгорода пацієнти були детально обстежені. На початку дослідження було проведено опитування хворих з метою збору скарг, анамнезу життя і хвороби. За даними опитування всі пацієнти скаржилися на гострий сильний біль при згинанні і розгинанні попереку, 72,0% хворих на ниючий біль у попереку після перебування в статичному положенні, іррадіацію болів в сідниці, нижню кінцівку на боці ураження відзначали 60,0% хворих, оніміння ноги, слабкість в кінцівках виявляли у 46,6. Середній показники болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) становив $7,8 \pm 1,3$ балів. При дослідженні рухливості (гнучкості) хребта з вихідного положення стоячи нахилом тулуба вперед у 100,0% пацієнтів з поперековою радикулопатією виявлено обмеження рухливості у поперековому відділі хребта. Серед них у 40,0 % хворих відстань від кінця III пальця до початку вимірювальної лінійки становила до 5 см; у 60 % пацієнтів – до 10 см.

При проведенні дослідження розгинання в поперековому відділі хребта з вихідного положення лежачи на животі також відзначається обмеження гнучкості хребта. Показники гнучкості хребта при розгинанні тулуба з положення лежачи на животі коливались з $31,0^\circ$ до $46,0^\circ$. Середні показники становили $39,3 \pm 7,5^\circ$. За даними комп'ютерної томографії виявлено дегенертивно-дистрофічні зміни в поперековому відділі хребта, циркулярно-дорзальне випячування (протрузії) міжхребцевого диска розміром 2-3 мм на рівні $L_3 - L_4$ та $L_4 - L_5$. В комплекс мануальних методів входили постізометрична релаксація, лікувальний масаж.

Постізометричну релаксацію (ППР) проводили з метою розтягування і

розслаблення м'язів нижніх кінцівок, що призводить до зняття гіпертонусу і зменшення больового синдрому. Постізометрична релаксація включала 2 фази впливу:

- ізометричне напруження м'язів нижніх кінцівок при спробі подолання пацієнтом помірної протидії руху протягом 7-10 секунд; .

- розслаблення м'язів пацієнтом і пасивне їх розтягнення в напрямку поздовжньої осі м'язів на видиху протягом 10-20 секунд. Процедуру повторювали 3-4 рази. На курс 10 процедур. Тривалість ППР 15 хвилин.

Лікувальний масаж застосували для зниження тону м'язів і збільшення скорочувальної здатності ослаблених; поліпшення крово- і лімфообігу, трофічних і регенеративних процесів; усунення невралгічних проявів остеохондрозу; підтримання рухливості хребта і працездатності пацієнтів. Процедури масажу розпочинали після того, як зник гострий біль. Проводили у положенні хворого лежачи на животі на кушетці, руки вздовж тулуба. Починали масаж зі спини з поверхневого погладжування, яке поступово переходило у площинне глибоке і обхоплююче погладжування двома руками або з обтяженням. Охоплюють погладжуванням також бічні поверхні тіла, зовнішні краї найширших м'язів. Також використовують граблеподібне, гребенеподібне погладжування. Розтирання поздовжнє, поперечне колове, зигзагоподібне, двома руками, а також з обтяженням. Кінчиками пальців - у циркулярних напрямках і штрихування в ділянці остистих відростків, крижів, внутрішнього краю і кута лопатки. Розтирання ліктьовим краєм кисті руки або основою долоні паравертебральних зон, гребенів клубової кістки, найширших м'язів спини та трапецієвидних м'язів. Гребенеподібне розтирання в поздовжньому і поперечному напрямках. Пересічення зовнішніх країв найширших м'язів спини і верхніх країв трапецієвидних м'язів та шиї. Потім проводили розминання поздовжнє і поперечне обома руками найширших м'язів спини. Надавлювання основою долоні в ділянці паравертебральних зон, найширших м'язів спини і трапецієвидних м'язів. Накочування, зсування, розтягування, при необхідності стиснення м'язів спини по всій поверхні. Для більш глибокої дії на м'язи вздовж хребта обидві руки розмістили на цю ділянку так, щоб пальці знаходилися під прямим кутом до великого пальця.

Надаючи достатній тиск, рухалися вздовж усього хребта, зміщуючи шкіру.

Вібрація - лабільна безперервна дія кількома пальцями вздовж прямих м'язів спини. у місцях виходу корінців спинномозкових нервів. Стабільна вібрація в зонах напруження м'язів. Потрушування, стрясання усієї спини або окремих її ділянок. Переривчаста вібрація: рубання, поплескування, шмагання м'яких м'язів спини, пунктування подушечками кінцевих фаланг пальців у ділянці остистих відростків і міжреберних проміжків. Потім переходили на масаж поперекової ділянки

Масаж поперекової ділянки також починали з поверхневого і глибокого площинного прогладжування. Масажні рухи виконували обома руками від крижів і клубових гребенів у напрямку до пахових лімфатичних вузлів. Потім, фіксуючи рівень X грудного хребця, ті ж самі рухи виконували спочатку паралельно до остистих відростків хребта, а потім у напрямку пахових впадин (тобто до пахових лімфатичних вузлів). Розтирання колове подушечками пальців, гребенеподібне тильною стороною зігнутих пальців всієї поперекової ділянки, пересічення бокових поверхонь попереку, пиляння. Розминання поперечне, надавлювання, накочування, зсування, розтягування використовували диференційовано залежно від стану пацієнта. Вібрація - лабільна безперервна обома руками. Переривчаста – поплескування, постукування, дозувати залежно від стану пацієнта.

Масаж сідничних м'язів виконували за ходом м'язових волокон великого сідничного м'яза, починаючи від крижів, куприка і гребенів клубових кісток до пахових лімфатичних вузлів. Застосовували площинне, обхоплююче з обтяженням погладжування, прямолінійне, колове, спіралевидне, гребенеподібне розтирання, а також штрихування, стругання, пиляння. Розминання – поздовжнє, поперечне надавлювання, зсування, розтягування, вібрація – плескування, постукування, струшування. Потім виконуються пасивні й активні рухи у кульшовому суглобі. При масажуванні ділянки тазу проводили погладжування, розтирання знизу вгору. Розтирання – колове з обтяженням, гребенеподібне, пиляння. Розминання – починали з поздовжніх осей, потім поперечних спочатку на одній, а потім на іншій масованій частині тіла, використовуючи надавлювання долонним краєм кисті, розтягування,

зсування. Вібрація – лабільна безперервна всієї поверхні тазу. Тривалість масажу 25 хвилин. На курс 15 процедур.

Після проведеного курсу мануальних методів лікування відзначалась позитивна динаміка клінічних показників. Найбільш виразними були зменшення та зникнення гострих болів в попереку. Ниючий біль у попереку після курсу масажу відзначали 20,0% пацієнтів, оніміння ноги, слабкість в кінцівках виявляли у 6,7% хворих. Середній показники болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) після курсу лікування зменшився з $7,8 \pm 1,3$ до $1,17 \pm 0,9$ балів. Також відзначалась позитивна динаміка рухливості хребта у поперековому відділі з вихідного положення основна стійка і нахил тулуба вперед. Обмеження згинання, а саме відстань від кінця III пальця до 5 см початку вимірювальної лінійки ми спостерігали у 3,3% хворих. Обмеження гнучкості в поперековому відділі хребта при вимірюванні відстань від кінця III пальця до 10 см в кінці курсу мануальних методів відзначали 13,3% пацієнтів.

Висновки:

Проведені дослідження окремих клінічних і функціональних показників стану опорно-рухового апарату у пацієнтів з радикулопатією поперекового відділів хребта з протрузією дисків показали, що найбільш характерними є зниження амплітуди рухів в поперековому відділі хребта, який відзначали 100,0% хворих, гострий сильний біль при згинанні і розгинанні попереку, який відзначали 72,0% пацієнтів.

Застосування мануальних методів відновного лікування хворих з радикулопатією поперекового відділів хребта з протрузією дисків є ефективним методом, що зменшує тривалість перебування пацієнтів на амбулаторному лікуванні.

Перспективи подальших досліджень У подальшому передбачається дослідження віддалених результатів, а саме тривалості ремісії при поєднаній патології.

Література.

1. Корольчук А.П. Масаж загальний і самомасаж: навчально-методичний посібник для студентів факультету фізичного виховання і спорту / А.П. Корольчук, А.С. Сулима – Вінниця: 2018. – 124 с.

2. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: Підручник /Мачерет Є.Л., Довгий І.Л., Коркушко О.О. Т. 1. – К., 2006. – 256 с.

3. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: Підручник /Мачерет Є.Л., Довгий І.Л., Коркушко О.О. – Т. 2. – К., 2006. – 480 с.

4. Філак Я.Ф., Філак Ф.Г. Масаж і нетрадиційний масаж: підручник. Ужгород: ФОП Сабов А.М., - 2015, - 336 с.

5. Тихонова О.Я. Шлях до здорового хребта: Науково-популярне видання. – К.: Здоров'я, 2005. – 288 с.

References

1. Korolchuk A.P. Masazh zahalnyi i samomasazh: navchalno-metodychnyi posibnyk dlia studentiv fakultetu fizychnoho vykhovannia i sportu / A.P. Korolchuk, A.S. Sulyma – Vinnytsia: 2018. – 124 s.

2. Osteokhondroz poperekovoho viddilu khrebt, uskladnenyi hryzhamy dyskiv: Pidruchnyk /Macheret Ye.L., Dovhyi I.L., Korkushko O.O. T. 1. – K., 2006. – 256 s.

3. Osteokhondroz poperekovoho viddilu khrebt, uskladnenyi hryzhamy dyskiv: Pidruchnyk /Macheret Ye.L., Dovhyi I.L., Korkushko O.O. – T. 2. – K., 2006. – 480 s.

4. Filak Ya.F., Filak F.H. Masazh i netradytsiinyi masazh: pidruchnyk. Uzhhorod: FOP Sabov A.M. 2015. 336 s.

5. Tykhonova O.Ia. Shliakh do zdorovoho khrebt: Naukovo-populiarne vydannia. – K.: Zdorovia, 2005. – 288 s.

Відомості про авторів

Філак Ярослав Феліксівич: кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент; ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна.

Філак Фелікс Георгійович: кандидат медичних наук, доцент; ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна.