

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ МАСАЖУ І ЛІКУВАЛЬНОЇ ГІМНАСТИКИ У ХВОРИХ З КОКСАРТРОЗОМ

Ярослав Філак, Фелікс Філак

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Україна

Анотація. Обстежено 20 хворих працездатного віку з коксартрозом II ступеня. Для оцінки амплітуди рухів у кульшовому суглобі та ефективності лікувального масажу терапевтичних вправ використовували методику гоніометрії. Лікувальний масаж призначали з метою зменшення болю шляхом зменшення підвищеного тону м'язів, поперека, бокової і задньої поверхні стегна, покращення крово- і лімфообігу, трофічних і регенеративних процесів в ураженому кульшовому суглобі та підтримання його п рухливості. Регулярне комплексне застосування методики лікувального масажу і терапевтичних вправ дозволяють суттєво полегшити біль, зберегти рухливість суглоба.

Ключові слова: лікувальний масаж, коксартроз, амплітуда рухів, порушення ходи, лікувальна гімнастика.

Abstract. 20 patients of working age with stage II coxarthrosis were examined. The goniometry method was used to assess the amplitude of movements in the hip joint and the effectiveness of therapeutic massage and therapeutic exercises. Therapeutic massage was prescribed to reduce pain by reducing increased muscle tone, lower back, lateral and posterior surfaces of the thigh, improving blood and lymph circulation, trophic and regenerative processes in the affected hip joint and maintaining its mobility. Regular complex use of the therapeutic massage technique and therapeutic exercises can significantly relieve pain and preserve joint mobility.

Keywords: therapeutic massage, coxarthrosis, amplitude of movements, gait disorders, therapeutic gymnastics.

Вступ. Коксартроз - дегенеративно-дистрофічне захворювання кульшового суглоба, яке розвивається поступово, протягом декількох років, що супроводжується руйнуванням хрящової тканини, зменшенням рухливості та больовими відчуттями. Хвороба схильна до прогресування, може бути як одностороннім, так і двостороннім. На жаль, ця патологія є однією з найпоширеніших форм артрозу і часто призводить до значного обмеження

якості життя, особливо серед людей середнього та похилого віку. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, коксартроз є однією з провідних причин втрати працездатності серед людей старше 60 років, охоплюючи понад 10% цієї вікової категорії. За даними ряду авторів, дегенеративно-дистрофічні захворювання кульшового суглоба серед дорослого населення в Європейських країнах коливається від 7 до 25 % і не має тенденції до зниження. Дана патологія вражає людей не тільки похилого віку, але і осіб середнього та молодого віку і часто призводить до тимчасової а інколи до стійкої втрати працездатності. Поширеність захворювання неухильно зростає, оскільки кількість людей похилого віку збільшується прогресуючий біомеханічний дисбаланс субхондральних структур [2, 4].

Захворювання супроводжується поступовим руйнуванням суглобового хряща, що в подальшому спричиняє зміни в субхондральній кістковій тканині, формування остеофітів по краях суглобової поверхні, втрату хрящової структури та ураження інших суглобових компонентів - зокрема синовіальної оболонки і зв'язок. Причини, що сприяють його розвитку, є прогресуючий біомеханічний дисбаланс субхондральних структур і локальні перенавантаження на суглоб. Чим вище ступінь механічних навантажень, пов'язаних з недорозвиненням взаємно опорних зон головки стегнової кістки та даху вертлужної западини, тим швидше відбувається зрив регенераторних можливостей суглоба. Запальні процеси, зокрема ті, що виникають у хрящовій тканині та внутрішньому шарі суглобової капсули - синовіальній оболонці, відіграють ключову роль у порушенні нормальної структури суглобового хряща. Значного впливу набувають також патологічні зміни в субхондральній кістці, де часто спостерігаються мікротріщини та перебудова тканини. У патогенезі остеоартрозу кульшового суглоба важлива роль належить синовіту - запаленню синовіальної оболонки, що проявляється її гіперплазією, інфільтрацією мононуклеарними клітинами, та розвитком проліферативно-ексудативних реакцій у ділянках прилягання синовії до хряща. В субхондральній кістці часто спостерігаються мікропереломи, остеосклероз та остеофітоз. Ці процеси відбуваються на фоні погіршення місцевого кровообігу та гіпоксії тканин, що з часом набуває незворотного характеру [1, 3, 5].

Мета дослідження – удосконалити та науково обґрунтувати вплив лікувального масажу для осіб зрілого віку з коксартрозом суглоба в поєднанні з гімнастичними вправами в амбулаторних умовах.

Завдання:

1. Аналіз наукової вітчизняної та зарубіжної наукової літератури з особливостей перебігу коксартрозу та методів реабілітації.
2. Удосконалити методику лікувального масажу в поєднанні з гімнастичними вправами у хворих з коксартрозом.

Результати дослідження: Дослідження проведені у 20 хворих на коксартроз II ступеня, які перебували на амбулаторному лікуванні в поліклінічному відділенні №1 м. Ужгорода. Пацієнти були віком від 55 до 60, із них 8 чоловіків і 12 жінок. Тривалість захворювання становила 5- років. При поступленні на відновне поліклінічне лікування пацієнти були детально обстежені. Діагноз коксартроз II ступеня базувався на даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження. Практично всі хворі 100,0% мали скарги на виражені болі в кульшовому суглобі, обмеження амплітуди рухів, порушення функцій ходи. Скутість в ураженому суглобі вранці відзначали 70,0% хворих. Середні показники болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) становили $6,2 \pm 1,4$ балів.

Для визначення обсягу рухів у кульшових суглобах нижніх кінцівок використовували метод гоніометрії з вимірювальною шкалою, градуйованою від 0 до 180 градусів. Визначали рухливість в ураженому кульшовому суглобі: згинання, відведення, приведення стегна. Нерухома бранша гоніометра встановлюється в проекційній точці обстежуваного суглоба, а рухлива – вздовж стегна. Амплітуда руху визначається як різниця між максимально можливим розгинанням і згинанням в суглобі. Хворий проводить максимальне згинання у кульшовому суглобі, а потім приведення і відведення стегна з різних вихідних положень та фіксуються відповідні показники. При вимірюванні амплітуди руху (згинання) у кульшовому суглобі з вихідного положення лежачи на спині за допомогою гоніометра, об'єм активного руху в градусах за шкалою гоніометра у пацієнтів становив $84,5^\circ$. Нормальний об'єм рухів – $0-120^\circ$. Проведені дослідження об'єму рухів при відведенні стегна складала $25,9^\circ$, при

нормі 0 - 45°. Амплітуда рухів при приведенні стегна в положенні лежачи на животі становили – 18,6°, при нормі 0 - 45°.

Лікувальний масаж призначали з метою зменшення болю шляхом зменшення підвищеного тону сідничних м'язів, попереку, бокової і задньої поверхні стегна, покращення крово- і лімфообігу, трофічних і регенеративних процесів в ураженому кульшовому суглобі підтримання рухливості суглоба за рахунок розслаблення м'язів та зменшення напруги, підтримка м'язового тону.

Алгоритм проведення масажу: спочатку проводили масаж попереково-крижової ділянки, сідниць, стегна, а потім масаж кульшового суглоба із вихідного положення лежачи на животі і на здоровому боці.

Починали масаж поперекової ділянки в напрямі знизу вгору від підсідничної складки до поперека прийомами глибокого площинного прямолінійного погладжування. Масажні рухи виконують обома руками від крижів і клубових гребенів у напрямку до пахових лімфатичних вузлів. Потім, фіксуючи рівень Х грудного хребця, ті ж самі рухи виконуються спочатку паралельно до остистих відростків хребта, а потім у напрямку пахових впадин (тобто до пахових лімфатичних вузлів). Інтенсивно використовували колове розтирання подушечками пальців, гребенеподібне тильною стороною зігнутих пальців всієї поперекової ділянки, а також пересічення і пиляння бокових поверхонь поперека. Розминання проводили поперечне, надавлювання, зсування і розтягування.

Потім проводили масаж великого сідничного м'яза по ходу м'язових волокон, починаючи від крижів, куприка і гребенів клубових кісток до пахових лімфатичних вузлів. Застосовують обхоплююче з обтяженням погладжування, прямолінійне, колове і спіралеподібне, розтирання. Більш інтенсивно застосовували прийоми штрихування, стругання та пиляння. Розминання – поздовжнє, поперечне надавлювання, зсування, розтягування. Поздовжнє розминання великих сідничних м'язів проводили від крижів і гребня клубової кістки в напрямі до вертлюжної впадини. Проводили масаж стегна спочатку в положенні пацієнта лежачи на животі, а потім на спині, використовували в більшості основні прийоми прямолінійного, колового і гребенеподібного

розтирання долонними поверхнями кистей рук спочатку задню групу м'язів стегна, зовнішню і внутрішню ділянки, а потім чотиригодового м'язу. Розминання - поздовжнє, поперечне, валяння, надавлювання, зсування, розтягнення обома руками. Далі переходили до масажу кульшового суглоба. Суглоб прикритий великим шаром м'язів і є малодоступним для масажу. Найбільш доступною до суглоба є ділянка між сідничним горбом і великим вертлюгом. Використовували розтирання кінчиками пальців, широкими штрихами в ділянці таза і верхньої частини стегна, а також інтенсивне гребенеподібне розтирання, пересічення, штрихування. Розминання: надавлювання і зсування. Вібрацію застосовували з метою потрушування окремих м'язових груп, постукування пальцями або кулаком, поплескування безперервна, або переривчаста обома руками, дозували залежно від стану пацієнта. Завершальні прийоми: легке погладжування для заспокоєння тканин. Проведення такого масажу сприяло зменшенню болю та напруги м'язів, покращенню крово- та лімфообігу, нормалізації тонусу м'язів, зниженню запального процесу. Тривалість масажу 20-25 хвилин, на курс 15 процедур.

Лікувальна гімнастика при коксартрозі має на меті: покращення кровообігу в ураженій ділянці, зміцнення м'язів стегна, сідниць і попереку, зниження навантаження на кульшовий суглоб, збереження обсягу рухів, попередження м'язової атрофії. Головний принцип — помірність і регулярність. Рухи повинні бути плавними, без ривків, а біль є сигналом до зменшення навантаження. Правильні гімнастичні вправи сприяють підвищенню стабільності суглоба, а також розтягуванню та розслабленню м'язів-згиначів та розгиначів стегна. У процесі призначення їх використовували динамічні та ізометричні вправи, при яких м'язи напружуються без руху самого тіла. При цьому амплітуда рухів у кульшовому суглобі повинна знаходитися в межах збереження рухливості (до виникнення болю). Але для їх збільшення необхідні тривалі систематичні тренування. Пацієнтам з коксартрозом рекомендували такі вправи, які зміцнюють зв'язки та м'язи, але не змушують суглоб посилено розгинатися і згинатися. Тривалість занять — 20-30 хвилин щодня. Уникали присідань, бігу, стрибків і тривалого стояння.

Після проведення курсу масажу у поєднанні з гімнастичними вправами, який тривав два місяці, зникли або зменшилися болі в кульшовому суглобі. Середні показники болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) зменшилися з $6,2 \pm 1,4$ бали до $3,6 \pm 1,6$ бали, що оцінюється як помірний. Скутість в ураженому суглобі вранці, який відзначали 70,0% хворих, зменшився до 30,0%. При повторному вимірюванні об'єму згинання у кульшовому суглобі із положення на спині амплітуда активного руху за шкалою гоніометра у пацієнтів збільшилася з $84,5^{\circ} \pm 1,3$ до $102,7^{\circ} \pm 1,6$, тобто на $18,2^{\circ}$. Нормальний об'єм рухів – $0-120^{\circ}$. Повторне дослідження об'єму рухів при відведенні стегна збільшились з $25,9^{\circ} \pm 1,4$, до $37,9^{\circ} \pm 1,3$ при нормі $0 - 45^{\circ}$. Амплітуда рухів при приведенні стегна в положенні лежачи на животі відповідно збільшилася з $18,6^{\circ} \pm 1,5$ до $29,3^{\circ} \pm 1,6$. при нормі $0 - 45^{\circ}$.

Висновки.

Лікувальний масаж та гімнастичні вправи є важливими компонентами комплексного лікування коксартрозу. Регулярне виконання вправ та проведення масажу сприяють зменшенню болю, покращенню рухливості суглоба та загальному покращенню якості життя пацієнтів. Важливо дотримуватися рекомендацій фахівців та уникати самостійного лікування без консультації з лікарем.

Література

1. Афанасьєв С., Афанасьєва О., Рокутов С., Проскура В., Муквич В. Ефективність застосування відновлювальної технології з використанням інерційної гімнастики та елементів ерготерапії у чоловіків, хворих на коксартроз // Україна здоров'я нації. №1.(63). 2021. С.94-99. DOI 10.32782/2077-6594.1.1.2021.227162
2. Афанасьєв С. М. Профілактика первинної інвалідності внаслідок захворювань і травм опорно-рухового апарату засобами фізичної реабілітації: [монографія] Дніпро: Журфонд, 2017. 259 с.
3. Герцик А. М. Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації /фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату: монографія / Андрій Герцик. Львів: ЛДУФК, 2018. 388 с.
4. Латогуз С.І., Литвиненко Г.Л., Литвиненко М.І., Карабут Л.В. Рябова

О.О. Фізична терапія пацієнтів з коксартрозом. Експериментальна клінічна медицина. 2022.91(2). С.29 – 31.

5. Травматологія і ортопедія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред. Г.Г. Голки, О.А.Бур`янова, В.Г.Климовицького. Вінниця: Нова книга, 2014. – 416 с.

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

References

1. Afanasiev S., Afanasieva O., Rokutov S., Proskura V., Mukvych V. Efektyvnist zastosuvannia vidnovliuvanoi tekhnolohii z vykorystanniam inertsii himnastyky ta elementiv erhoterapii u cholovikiv, khvorykh na koksartroz // Ukraina zdorovia natsii. №1.(63). 2021. S.94-99. DOI 10.32782/2077-6594.1.1.2021.227162

2. Afanasiev S. M. Profilaktyka pervynnoi invalidnosti vnaslidok zakhvoriuvan i travm oporno-rukhevoho aparatu zasobamy fizychnoi reabilitatsii: [monohrafiia] Dnipro: Zhurfond, 2017. 259 s.

3. Hertsyk A. M. Teoretyko-metodychni osnovy fizychnoi reabilitatsii /fizychnoi terapii pry porushenniakh diialnosti oporno-rukhevoho aparatu: monohrafiia / Andrii Hertsyk. Lviv: LDUFK, 2018. 388 s.

4. Latohuz S.I., Lytvynenko H.L., Lytvynenko M.I., Karabut L.V. Riabova O.O. Fizychna terapiia patsientiv z koksartrozom. Eksperymentalna klinichna medytsyna. 2022.91(2). S.29 – 31.

5. Travmatolohiia i ortopediia: pidruchnyk dlia stud. vyshchikh med. navch. zakladiv / za red. H.H. Holky, O.A.Bur`ianova, V.H.Klymovytskoho. Vinnytsia: Nova knyha, 2014. – 416 s.

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

Відомості про авторів:

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

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