

МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ВИКЛИКАНИХ ФІЗИЧНИМИ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯМИ

- **М.С. Сапожник**, магістр 6-го курсу, 22 «Охорона здоров'я» спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Е.В. Горова, к. мед. н., доц.
- *Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського,
м. Київ, Загальноузівська кафедра фізичного виховання, спорту і
здоров'я людини*

Актуальність дослідження

Результати проведення Міжнародної декади (The bone and joint decade 2000—2010) удосконалення боротьби з найбільш поширеними захворюваннями опорно-рухового апарату показали, що хвороби кісток і суглобів займають дедалі більшу питому вагу серед нозологічних форм, а проспективні демографічні дослідження передбачають подвоєння числа хворих на цю патологією до кінця 2022 [1]. Серед професійних захворювань опорно-рухового апарату, які викликаються перенапругою та мікротравматизацією, переважають ураження верхніх кінцівок. Це пояснюється анатомічними особливостями будови плечового пояса та руки, а також різноманітням функцій верхньої кінцівки. Більшість описуваних хворобливих форм відрізняються великою стійкістю і різко знижують працездатність хворих [2-5].

Для лікування захворювань опорно-рухового апарату широке застосування отримали медикаментозні засоби (аналгетичні та нестероїдні протизапальні препарати, хондропротектори) [5-9]. Однак серед недоліків лікарської терапії можна відзначити велику тривалість курсу лікування, негативний вплив на функціональний стан слизової оболонки шлунково-кишкового тракту, алергічні реакції. Не викликає сумнівів важливість комплексного використання природних та преформованих фізичних факторів у лікуванні професійно обумовлених захворювань [5,9, 10], у тому числі включають інактивацію тригерних точок [10], мануальну та ударно-хвильову терапію [2, 10], лікувальну фізичну культуру (ЛФК) [8, 10].

При м'язово-скелетних розладах залучення до патологічного процесу низки систем потребує патогенетично обґрунтованого підходу до складу реабілітаційних комплексів. Необхідно передбачити вплив як на нервово-м'язовий апарат плечового суглоба для покращення його біомеханіки, так і на дистрофічно змінені сухожильно-капсульні структури обертової манжети плечового суглоба (ентезопатії при фізичних функціональних перенапругах є однією з ланок прогресування дистрофічних процесів) [69]. Патогенетична спрямованість реабілітаційного

комплексу сприятиме збереженню більш тривалого часу отриманих результатів лікування, запобіганню можливого прогресування біомеханічних та нейродистрофічних порушень і як наслідок впливу на прогноз захворювання.

Питання терапії і реабілітації хворих із захворюваннями, викликаних фізичними перевантаженнями, вже давно вийшли за межі суто медичної проблеми.

Оперативне та традиційне консервативне лікування не дозволяють у більшості випадків досягти суттєвого прогресу патологічного неврологічного статусу. (Паймре Р.І., Раудам Е.І, Жулев П.М., Rannou F., Corvol M.). Спроби покращити результати консервативного лікування хворих за рахунок використання немедикаментозних технологій робилися неодноразово. Є відомості про ефективність використання при лікуванні тракційної терапії (Лапшина Л.С., Забеліна Є.П.), фізіотерапії (Козлов В.І., Пономаренко Г.І.), голкорексфлексотерапії (Гальперін С.М.), мануальної терапії (Сітель А.Б.), лікувальної фізкультури (Кулик Н.М.); фармакотерапія (Collins R.D.; Cooper G., Lutz G.E., Whitmore C.E.).

Разом з тим, незважаючи на широкий спектр можливих варіантів застосування природних і фізичних факторів, далеко не всі з них мають виражений лікувально-профілактичний ефект або через неправильний вибір параметрів, або через неефективні методи їх комбінованого застосування відповідно до клінічної стадії розвитку захворювання.

Таким чином, відсутність загально-фізіологічної теоретичної бази мануальної терапії, неприйняття принципів класичної травматології-ортопедії та функціональної терапії, не розробленість діагностичного алгоритму обстеження пацієнтів та методичних вказівок з диференційованого застосування мануальних методів у комплексі реабілітаційних заходів у процесі лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями. До того ж, на сьогоднішній день лише 10% ускладнень від маніпулятивних прийомів, що проводяться, офіційно реєструється, що становить близько 0,5% * від загальної кількості хворих, що лікувалися методами мануального впливу [25; 28; 61; 67]. Нескладно підрахувати, що лікувальні методи, що викликають навіть 5% ускладнень, ні як не можуть вважатися абсолютно безпечними і рекомендуватися для профілактичного застосування [118].

У зв'язку з цим, оптимізація техніки та методології мануальних методів лікування в комплексі реабілітаційних заходів у процесі лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями, є актуальною проблемою, не тільки відновлювальної медицини, травматології та ортопедії, лікувальної фізкультури та фізіотерапії, а й усієї сучасної медицини, одне з провідних напрямів якої - досягнення функціональних результатів лікування. Все це визначило актуальність та тему дослідження **«Мануальна терапія захворювань викликаних фізичними перевантаженнями».**

Мета роботи - розробка програми лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями за допомогою методів мануальної терапії.

Відповідно до мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Провести аналіз сучасної науково-методичної літератури та практичного досвіду фахівців з лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями за допомогою методів мануальної терапії.
2. Вивчити особливості методів мануальної терапії у процесі лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями.
3. Розробити програму лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями за допомогою методів мануальної терапії.
4. Оцінити ефективність програми лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями за допомогою методів мануальної терапії.

Для реалізації поставлених завдань дослідження застосовано такі **методи**: аналіз і вивчення сучасної науково-методичної літератури та інформаційних джерел; клінічні методи дослідження (контент-аналіз історій хвороби, огляд); педагогічні методи (опитування, анкетування, тестування); методи дослідження функцій ПО (ротація, нахили вперед і назад, нахили в сторони до появи болю або дискомфорту, антропометрія); інструментальні методи дослідження (гоніометрія, стабілографія); методи математичної статистики.

Об'єкт дослідження

Лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями.

Предмет дослідження

Лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями за допомогою методів мануальної терапії.

Наукова новизна дослідження в тому, що вперше в межах дослідження у порівняльному аспекті, із застосуванням традиційних та нетрадиційних методів діагностики та лікування наведено результати лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями за допомогою методів мануальної терапії.

Вперше на клінічному матеріалі з використанням сучасних методів дослідження функціонального стану опорно-рухового апарату отримані дані, що дозволили сформулювати напрям у питанні діагностики та лікування дросалгій: розроблено принципи лікування захворювань викликаних фізичними перевантаженнями методами мануальної терапії з урахуванням патогенетичних механізмів порушень у опорно-руховому апараті. Доведено високу ефективність запропонованої програми мануальної терапії у пацієнтів із захворюваннями, викликаними фізичними перевантаженнями.

Практична значимість

Розроблена програма лікування захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями за допомогою методів мануальної терапії, яка включає методи мануальної діагностики та мануальної терапії, спрямовані на усунення виявлених патобіомеханічних порушень опорно-рухового апарату (з використанням спеціальних технік).

Обґрунтування значення мануальної терапії та впровадження алгоритму діагностики та лікування порушень та патобіомеханічних змін опорно-рухового

апарату при захворюваннях, викликаних фізичними перевантаженнями, дозволяє оптимально індивідуалізувати програму мануальної терапії.

Обсяг і структура роботи

Матеріали дослідження представлені на 100 сторінках, в тому числі 87 сторінок тексту, складається зі вступу, трьох розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Робота містить 5 рисунків і 6 таблиць. Список використаної літератури включає 128 джерело (60 вітчизняних і 68 іноземних).

Практичні рекомендації

1. Терапевтичний масаж з метою покращення трофічних процесів і мікроциркуляції у тканинах.
2. Зняття больового синдрому.
3. Мобілізацію суглобів у вигляді мануальної техніки пасивного відведення, згинання та розгинання нижньої кінцівки в дозволені межі. Класичною методикою для покращення їх діапазону руху є методика постізометричної релаксації для усунення спазму м'язів стегна.
4. Рекомендації зі щоденної активності та мобільності.

Висновки

1. Результати узагальнення даних сучасної науково-методичної літератури та практичного досвіду дають підстави для висновків, що сучасні підходи та методи мануальної терапії поєднують діагностичні та лікувальні техніки та прийоми. Кінцевою метою застосування МТ є поліпшення чи відновлення морфофункціональних характеристик локомоторної системи загалом та окремих частин, корекція пато-біомеханічних порушень, покращення чи нормалізація бар'єрних функцій різних структур та тканин, відновлення резерву руху. В останні роки завдяки численним дослідженням розширилися уявлення про механізми та закономірності формування та прогресування ПБМН у ЛС, що призводять до розвитку болю в спині та інших клінічних проявів остеохондрозу хребта.

Терапевтичний ефект лікувальних технік та прийомів МТ заснований на рефлекторному чи механічному впливах. Рефлекторне вплив виявляється лише на рівні м'яких тканин, сегментарного апарату чи ЦНС. Механічний, зумовлене покращенням морфофункціональних характеристик м'язів, сухожиль, зв'язок, капсул суглобів, міжхребцевих та периферичних суглобів. Серед численних лікувальних технік МТ виділяють такі категорії: прямі та непрямі; активні та пасивні; м'які та механічно агресивні (жорсткі).

2. Виділено фактори, які можуть порушувати функціональний баланс усередині локомоторної системи та виводити її з рівноваги: вроджені та набуті гіпо- та гіпермобільність, неоднакова довжина ніг; статодинамічні навантаження під час виконання різних видів професійної діяльності, зокрема спортивних навантажень, деяких видів регулярної фізичної активності; травма; тривало існуюча нерухомість або недостатня фізична та функціональна активність;

запалення; больові синдроми, спричинені пошкодженням шкіри, нервових стовбурів, захворюваннями внутрішніх органів; ураження центрів регуляції рухів при дегенеративних захворюваннях центральної нервової системи; депресивні стани; тригерні точки, слабкість м'язів спини.

Усі фактори, що призводять до дисфункції ЛЗ, а також патологічні зміни в м'яких тканинах та ПДС об'єднані у групи: біомеханічні (постуральна дисфункція, порушення стереотипу дихання, подразнення ноцицепторів, міофасціальні ТТ); біохімічні (харчові, ішемія, запалення, токсичні фактори, порушення стереотипу дихання); психосоціальні (фізичні чи психологічні навантаження, порушення стереотипу дихання).

3. Комплекс мануальних лікувально-відновлювальних заходів був спрямований на усунення больового синдрому, м'язової напруги, відновлення анатомо-функціональних взаємовідносин та рухливості хребетних рухових сегментів (ПДС) зацікавлених відділів хребта та периферичних суглобів, корекцію м'язового дисбалансу. Для прискорення релаксації укорочених тонічних м'язів та психологічної підготовки пацієнта до проведення мобілізаційно-маніпуляційних прийомів застосовувалися м'якоткані техніки – постреципрокна та постізометрична релаксація розгиначів шиї, *m. sternocleidomastoideus*, *scalenus anterior*, *trapezius* (низхідна порція), *m. levator scapulae*; розгиначів попереку; діагональний (сполучнотканинний) масаж, поперечне розтягування паравертебральних м'язів грудного та поперекового відділу хребта.

Кількість проведених процедур МТ варіювала від 2 до 7 у одного пацієнта. МТ проводилася за наступною схемою: 1. корекція місцевих функціональних порушень (усунення функціональних блокад хребетно-рухових сегментів, тригерних пунктів); 2. корекція регіонарних функціональних порушень (усунення вторинних блокад ПДС, координаційних порушень м'язів – антагоністів шляхом релаксації укорочених та підвищення активності м'язів); 3. корекція порушеного динамічного стереотипу шляхом проведення сенсомоторної активації.

4. Після лікування за розробленою програмою у більшості хворих основної групи (у 78% випадків) больовий синдром зник у спокої, у решти став невираженим (не більше 3 балів за візуально-аналоговою шкалою). Не відмічено також посилення болю при фізичних навантаженнях на робочу кінцівку, проведенні резистивних тестів (опір активним рухам у хворому на плечовому суглобі). У контрольній групі анальгезуючий ефект реєструвався до кінця курсу лікування (помірно виражений больовий синдром виявлявся у половини хворих, при проведенні резистивних тестів інтенсивність болю у 45% хворих досягала 5-7 балів). У хворих основної групи виявлено значну динаміку тонусо-силових характеристик м'язів плечового поясу та плеча. Реєструвалося підвищення вихідне зниженого тонузу ротаторів плеча на хворій стороні, при цьому приріст значень показника у стані спокою становив 78%, при максимальному довільному скороченні – 39%. У контрольній групі приріст значень вихідно зниженого м'язового тонузу становив стан спокою 27%, при максимальній довільній напрузі — 16%. В основній групі реєструвалися

також статистично значуще збільшення сили дельтоподібного та надостного м'язів (у середньому на 1,1 бали), а також зменшення їх гіпотрофій. У контрольній групі також спостерігався приріст сили досліджуваних м'язів, але значення не перевищували 0,5 бали. Значного зменшення ступеня гіпотрофії м'язів плечового поясу у контрольній групі відзначено не було.

Застосування МТ в комплексі лікування хворих сприяло підвищенню ефективності, кращому відновленню хворих і скороченню строків перебування у відділенні. Розроблена програма у лікуванні захворювань, викликаних фізичними перевантаженнями за допомогою МТ, зумовленими трудовою діяльністю, пов'язаною з фізичним функціональним перенапругою, патогенетично обґрунтований впливом на всі ланки патогенезу захворювання (на біомеханічну ситуацію, тонусо-силові характеристики м'язів, трофіку периартикулярних тканин), сприяє стабільному регресу клінічних проявів, збільшенню обсягу рухів у ураженому плечовому суглобі та, відповідно, підвищенню виробничої активності пацієнтів та їх якості життя.

УДК613+61:304 -053.67:37

**СУЧАСНІ СВІТОВІ ПРОБЛЕМИ МОЛОДІ В ЕПОХУ
ГЛОБАЛІЗАЦІЇ.
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ.
ШЛЯХ ДО ПОДОЛАННЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ
ЗДОРОВ'Ю МОЛОДІ.
ПРІОРИТЕТНІ НАПРЯМКИ У ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧІЙ
ДІЯЛЬНОСТІ ШКІЛ СПРИЯННЯ ЗДОРОВ'Ю**

- **Ю.В. Сафронова**, магістр, студентка 6-го курсу, групи 61м ФТЕ(227)
Т.П. Гарник, д.мед.н., проф.
А.В. Кравченко, викладач
- *Таврійський національний університет імені В.І.Вернадського,
м. Київ,
Загальноузовіська кафедра фізичного виховання, спорту і здоров'я
людини*

Глобалізація - це об'єктивний процес планетарного масштабу, який має як позитивні наслідки, так і негативні.

На планеті страшенно виріс темп. За останні 20 років наше життя змінилося сильніше, ніж за півтора століття до цього. Але при цьому у нас зараз найбільш