

УЛОГА НА МАНУЕЛНАТА ТЕРАПИЈА ВО РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ЛУМБАЛЕН СИНДРОМ

Михаил Шишкоски, Ленче Николовска, Тамара Страторска, Моника Колевска, Тоше Крстев

Универзитет „Гоце Делчев“, Факултет за медицински науки - Штип

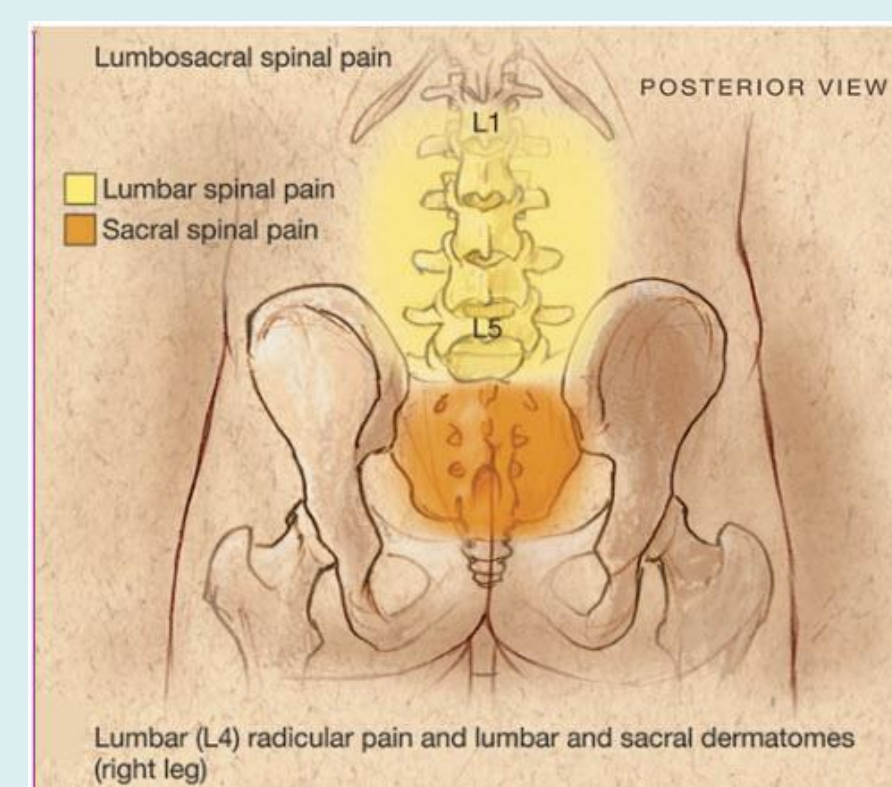
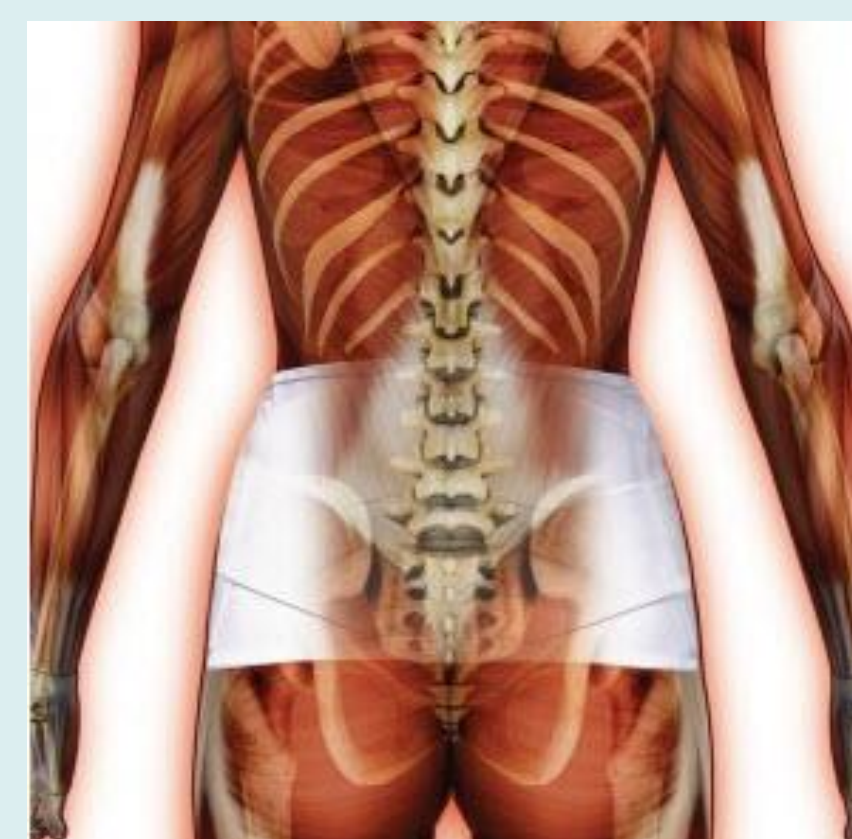
ВОВЕД

Лумбосакралниот дел од рбетот и долните екстремитети генерално се гледаат како два изолирани региони, сепак, постојат многу автори кои гледаат на нив како функционално поврзани. Лумбалениот дел од рбетот е врска помеѓу долните екстремитети и трупот и игра значајна улога во трансферот на сили низ телото преку кинематичкиот синџир.

- **Клучни зборови** : болка, кинезитерапија, хипертонус, блокада, мобилизација

ЦЕЛ

Целта е да ги проучиме методите и ефектите на мануелната терапија кај пациенти со хронична болка во лумбалниот дел.



Примерок и методика

- Во период од четири години се лекувани и испитувани 39 индивидуи (24 мажи и 15 жени) со симптоми на болка и функционална блокада во лумбосакралната област. Во зависност од приложената кинезитерапија, пациентите беа распоредени во 2 групи А – контролна и Б – експериментална (А-20 и Б-19 пациенти). На табела бр.1 е претставено рапределувањето по пол и по возрастат (средна возраст - 42,3 г.).

Група	Пол	30-35г.	36-40г.	41-45г.	46-50г.	Над 50г.
А-контролна n=20	Мажи n=11	1	3	2	3	2
	Жени n=9	3	2	2	1	1
Б-експериментална n=19	Мажи n=13	3	4	2	3	1
	Жени n=6	1	1	2	1	1

Таблица 1. Рапределувањето по пол и возрастат

Група	Рок	6-месеци – 2 години	2-5 години	6-10 години	Вкупно
Контролна n=20		5	8	7	20
Експериментална n=19		6	5	8	19
Вкуно n=39		11	13	15	39

Таблица 2: Времетраење на болките

Физикално испитување

- Анамнеза
- Оглед
- Палпација
- Испитување на аксесорната подвижност
- ММТ
- Испитување на статичката силова издржливост

Терапевтска програма

На контролната група

- Електротерапија (ТЕНС)
- Класична медицинска масажа
- ПИР
- Кинезитерапија:

На експерименталната група

- Електротерапија (ТЕНС)
- Трансверзална масажа по Сугах, мобилизациона и манипулативна масажа по Terrier
- ПИР
- Мануелна мобилизација на лумбалниот дел
- Кинезитерапија:

Методика на мануелната терапија



Сл.1 Пасивно растегнување на паравертебралната мускулатура



Сл.4 Спирално растривање на прстите



Сл.2 Лонгитудинална тракција за надолжно паравертебрално ослободување во лумбалниот дел



Сл.5 Трансверзална тракција за напречно паравертебрално ослободување во лумбалниот дел



Сл.3 Т10 до S1 : мобилизација од седечка позиција



Сл.6 Т10 до S1 мобилизација преку ротација од странично легната позиција

РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗА

Тест	Податоци	Група	X1 ± S1	X2 ± S2	d= X2 - X1	d2 – d1
Степен на болка	А	А	3,55 ± 0,66	1,77 ± 0,49	-1,78	-0,76
		Б	4,05±0,53	1,51±0,58	-2,54	

Таблица 3. Субјективна оценка за степенот на болка

Масажа, постизометричната релаксација и активната мобилизација ја прекинуваат потлошката аферентност на болното место преку нормализирање на трофиката и со тоа ја нормализираат нарушената подвижност во регионот.

На табела 3 се прикажани резултатите од испитувањето на субјективното чувство на болка. Статички веродостојно ($p < 0,05$) и во двете групи, но тоа е со 0,76 статистички единици по изразено во експерименталната група. Преостаната болка, која што ја набљудуваме во крајот на терапевтскиот курс е слаба и непостојана и ретко има потреба од дополнително земање на медикаменти.

Тест за сила	Група	X1 ± S1	X2 ± S2	d= X2 - X1	d2 - d1
Стомачни мускули	А	3,05±0,02	3,60±0,03	0,55	0,70
	Б	3,04±0,02	4,29±0,04	1,25	
Мускули на грбот	А	3,40± 0,06	3,78± 0,07	0,38	0,90
	Б	2,53±0,30	3,81±0,10	1,28	

Таблица 4 Мануално мускулно тестирање на двете групи

Спонтаното зголемување на силата, кое што се забележува после деблокадата, не представува доволна сигурност за издржливоста на стомачните мускули и екстензорите на рбетниот столб и нивната сила. Вклучувањето на аналитички вежби за сила и издржливост на ослабените динамични мускули и статички вежби за стабилизација на карлицата водат до зголемување на силата на стомачната мускулатура за 0,55 ст.единици за контролната и 1,25 за експерименталната група. Кај грбната мускулатура разликата повторно е во полза на експерименталната група 1,28 наспроти 0,38 единици (табела 4). Тие се одлично средство за редуцирање на мускулниот дисбаланс. Статистички веродостојно во експерименталната група е дека прирастот на силата за грбните мускули е со 0,90 ст.единици по висок, а за стомачните 0,70.

Силовата издржливост	Група	X1 ± S1	X2 ± S2	d= X2 - X1	d2 - d1
Стомачни мускули	А	3,00±0,70	3,43±0,29	0,43	0,26
	Б	3,05±0,43	3,74±0,47	0,69	
Мускули на грбот	А	3,45±0,36	3,83±0,39	0,38	0,30
	Б	3,30±0,47	3,98±0,49	0,68	

Таблица 5 Испитување на силовата издржливост двете групи

Аналитички вежби, со лесно оптеретување и голема продолжителност, наменети за бавен динамичен тренинг (3 серии со 50-70 % од максималниотвозможен број на повторувања), статистички веродостојно се подобри силата и издржливоста кај пациентите од двете групи (табела 5). Со поголемо подобрување во полза на експерименталната група (0,26 за стомачните и 0,30 за грбните мускули)

- За рецидиви до 1 г. после приложената терапија проследени се 13 пациенти од контролната (7 жени и 6 мажи) и 16 пациенти (6 жени и 10 мажи) од експерименталната група. Повторна бојава на болките се набљудува кај 5 пациенти од група А (38,46%) и 4 пациенти од група Б (25%)

ИЗВОДИ И ПРЕПОРАКИ

Нашата предложена метода на лекување помага за деблокарање на пршлените во лумбосакралната област, совладување на балансот помеѓу статичната и динамичната мускулатура, како и за симетричноста во оптеретувањето на долните екстремитети, за нормализирање на одењето и стоењето, за излекување на спонтаната болка и болката која е провоцирана во тригер точките во лумбосакралната мускулатура.

- При хроничен дефицит на движење во лумбалната област е прикажано нормализирањето на згобната механика да започне со "омекнување" на блокадата преку влијание со манипулативна и мобилизациона масажа, при што се вклучуваат и оддалечените рефлекторни реакции во областа на рбетниот столб.
- При хронични функционални нарушувања во лумбосакралната област, каде што после блокадата се формирале дополнителни нарушувања во кинематичката врска на рбетниот столб (сколиоза, тораколумбален синдром, tension head ache и др.), освен пасивните средства кои имаат за цел деблокада, од суштинско значење се активните средства на кинезитерапијата (ПИР и аналитички вежби соодветни со мускулниот дисбаланс).
- Вежбите за стречинг, во комбинација со релаксациските зафати на манипулативна масажа и последователно оптеретување на слабите мускули-антагонисти, е ефективна комбинација за преовладување на дисфункцијата на мускулите со зголемен тонус.
- Подобрувањето на одделните функционални показатели се одразува благоприятно врз болката, одењето и прилагодувањето на секојдневните физички активности во работата и вработувањето на пациентите и во двете групи, но поизразено за експерименталната. Тоа ни дава заклучок, дека по ефективна е методата за мекоткивна мобилизација на лумбосакралната област.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балчев Г. Ортопедия и травматологија. – Софија: Медицина и физкултура, 1965
2. Гечев Ы. Основи на общата вертебрологија. – Софија: Вион, 2002.
3. Желев В., Лиану Е. Упражнения а Швейцарска топка (Swiss – Ball) за лумбална дискова болест. – Софија: Авангард, 2004
4. Крајджикова Л. Мускулен дисбаланс – функционално изследване и кинезитерапевтично лечение. – Софија: НСА – ПРЕС, 2000.
5. Крајджикова Л. Мобилизираш масаж – характеристика и техники за гръбначен стълб. *Кинезитерапија и рехабилитација*. 2007, VII, 1-2: 61 – 65.
6. Левит К. Мануална терапия в рамките на медицинската рехабилитација. – Софија: Медицина и физкултура, 1981
7. Попов Н. Гръбначен стълб – функционална диагностика и кинезитерапија. – Софија: НСА – ПРЕС, 2002
8. Dvorak J., Dvorak V. Manuelle Medizin Diagnostik. – Stuttgart: Thime, 1983
9. Meyer K. Triggerpunkte und deren Behandlung. – Schaffhansen: Kurs 1, 1997