

ФИЗИОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ШЕЙНЫМ СПОНДИЛАРТРОЗОМ

Николовска Л.С. ст. препод.*, Страторска Т.Д. ас.*,

Михайлова Н.И., к.п.н. доц., Мегова, Т.Н. ас. ****

*** Университет „Гоце Делчев”, Македония – г. Шип,**

**** Медицинский Университет, Болгария – г. Плевен**

Резюме. Целью исследования является создание и оценка двух физиотерапевтических методик для пациентов с шейным спондилартрозом, одна из которых дополнена мягкотканными мануальными методами. Наблюдения проводились на 40 пациентах, разделенных на две группы, которые подвергались массажу и аналитическим упражнениям. Для экспериментальной группы (ЭГ) были включены и мягкотканые мануальные методы для мобилизации цервикального отдела. Результаты показывают более эффективное увеличение подвижности, уменьшением боли и повышение мышечного тонуса за ЭГ.

Ключевые слова: шейный спондилартроз, физиотерапия, мануальные методы.

PHYSIOTHERAPY FOR PATIENTS WITH CERVICAL SPONDYLARTHROSIS

*** Nikolovska L.S. Senior Lecturer, * Stratorska T.D. Assist. Prof.,**

**** Mihaylova N.I., PhD, Assoc. Prof., **Megova T.N. Assist. Prof.**

***University “Goce Delchev” – Stip, Macedonia,**

**** Medical University – Pleven, Bulgaria**

Summary. The aim of this study was to establish and evaluate two physiotherapy programs for patients with cervical spondylarthrosis, one supplemented with soft tissue manual techniques. Followed 40 patients were divided into two groups treated with massage and analytical exercises. For the experimental group (EG) are additionally included manual techniques for soft tissue mobilization. The results show an increase in the mobility, reduction of pain and balanced muscle tone for EG.

Key words: cervical spondylarthrosis, physiotherapy, manual mobilization.

Введение. Шейной отдел позвоночника испытывает значительное динамическое и статическое давление в связи со своей большой подвижностью [1,3]. Артроз шейной части занимает первое место среди дегенеративных заболеваний позвоночника и охватывает 40-50% остеоартрозов [8]. При лечении шейного болевого синдрома необходимо выбрать целенаправленные техники для уменьшения гипертонуса в *m. sternocleidomastoideus* и *mm. scalene*, которые труднее поддаются влиянию, чем *m. trapezius pars descendens* и *m. levator scapulae* [2]. Л. Крайджикова (2008) для устранения боли и восстановления правильной позы предлагает применение нервно-мышечных техник, а по мнению G.Jull и соавт. (2004) для восстановления правильной краниоцервикальной флексии в первую очередь необходим обязательный элемент физиотерапевтической программы [4,9]. По мнению ряда авторов мобилизационные техники для цервикального отдела являются подходящим выбором для уменьшения стресса шейного сегмента [6,10,11,12].

Целью исследования является создание двух физиотерапевтических методик для пациентов с шейным спондилартрозом, одна из которых дополнена мягкотканными мануальными методами и проследить эффект от их применения. Объектом исследования являются 40 пациентов (10 мужчин и 30 женщин) с шейным спондилартрозом среднего возраста 43,5 лет, распределенные в две группы: контрольная и экспериментальная (по 5 мужчин и 15 женщин).

Методы исследования. Для отчета терапевтических результатов проведенного лечебного курса мы исследовали интенсивность боли (путем визуально-аналоговой шкалы – ВАШ), объем активных и пассивных движений, игры суставной в шейной части позвоночника, наличие мышечного дисбаланса (патологически повышенный тонус и укорачивание статичных мускулов: нормальный тонус – 0; немного повышенный тонус – 1; умеренно повышенный тонус – 2; сильное укорачивание – 3 и сила динамических мышц), головокружение (проба Нутанта) и субъективные жалобы.

Методика. Лечебной курс состоит из 10 процедур, проводимых через день в продолжение четырех недель. Для пациентов из контрольной группы (КГ) проводился классический лечебный массаж и комплекс аналитической лечебной гимнастики. Для экспериментальной группы (ЭГ) было проведено:

- *миофасциальные техники* – растирающее скольжение (перпендикулярно и/или параллельно мышечным волокнам, растягивание фасции и разделение фасциальных слоев для увеличения притока крови/лимфы, техника кожной складки (skin rolling) и приподнятие ткани, компрессия – с прижатием мягких ткани к кости или находящейся снизу мышцы (плоская компрессия), с приподнятием и сжатием между пальцами (щипковая компрессия), для освобождения давления в триггерной точке (по 5-6 ишемичных компрессий большим пальцем в течение 8-10 сек);
- *мягкотканые техники для мобилизации* (мобилизирующий и манипулятивный массаж шейной области и плечевого пояса);
- *позиционно-освобождающие техники (PRT)* с ишемичной компрессией в течение 90 секунд во всякой точке, повторение 3-5 раза);
- *постизометрическая релаксация (ПИР)* мышц применяется после массажа триггерной точек;
- тот же комплекс аналитической лечебной гимнастики как и у КГ.

Всем пациентам даются указания для самостоятельной работы дома и советы для облегчения в домашней работе и в профессиональной сфере [5,7].

Результаты обработаны альтернативным и вариационным анализом (с достоверностью t-критерия Стюданта $P_t \geq 95\%$). Болевая симптоматика сократилась статистически значимо ($p < 0,05$) в обеих группах, но это на 0,80 пункта более выражено в ЭГ (табл. 1). В табл. 2 представлены данные об объеме движения в позвоночнике. Из полученных результатов мы установили, что контрольная группа лучше повышает активный объем движений в сравнение с экспериментальной, с исключением сгибания. Мобилизирующий массаж в ЭГ (с

помощью сочетания пассивных движений и массажных техник) водит до уменьшения болевой симптоматики и эффективно влияет на подвижность в цервикальном участке по всем возможным осям, что устраняет скованность и блокажи (если такие есть).

Таблица 1

Болевая симптоматика

Контрольная группа			Экспериментальная группа		
\bar{X}_1	\bar{X}_2	$d = \bar{X}_2 - \bar{X}_1$	\bar{X}_1	\bar{X}_2	$d = \bar{X}_2 - \bar{X}_1$
6,0	3,5	-2,5	6,6	3,3	-3,3

Таблица 2

Объем движения в позвоночнике

показатель	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	$\bar{X}_1 \pm S_1$	$\bar{X}_2 \pm S_1$	$d = \bar{X}_2 - \bar{X}_1$	$\bar{X}_1 \pm S_1$	$\bar{X}_2 \pm S_1$	$d = \bar{X}_2 - \bar{X}_1$
Flex (cm)	1,84±0,7	1,33±0,89	-0,51	2,3±0,74	1,4±0,94	-0,9
Ext (cm)	19,7±3,89	20,5±4,23	0,8	19,2±2,98	21,0±3,06	0,8
Lat flex dex (cm)	11,5±2,78	9,7±2,43	-1,8	12,0±3,15	9,2±3,77	-2,8
Lat flex sin (cm)	12,5±1,65	10,1±1,87	-2,4	12,7±1,55	9,4±1,12	-3,3
Rot dex (cm)	12,0±3,12	9,5±3,43	-2,4	12,2±4,12	9,1±3,89	-3,1
Rot sin (cm)	10,5±2,34	9,0±3,13	-1,5	11,0±4,21	9,2±3,18	-1,8

Результаты исследования мышечного гипертонуса представлены в таблице 3. Видно, что экспериментальная группа понизила свой тонус в большей степени чем контрольная, с исключением на m. pectoralis major, но у него исходные данные в ЭГ были ниже и сократились до почти нормальной эластичности.

Таблица 3

Гипертонус и укрочивание статичных мышц

показатель	Контрольная группа			Экспериментальная группа		
	$\bar{X}_1 \pm S_1$	$\bar{X}_2 \pm S_1$	$d = \bar{X}_2 - \bar{X}_1$	$\bar{X}_1 \pm S_1$	$\bar{X}_2 \pm S_1$	$d = \bar{X}_2 - \bar{X}_1$
m. trapezius	2,5±3,32	1,7±3,45	-0,8	2,1±3,78	1,1±3,21	-1,0
m. levator scapulae	2,2±2,23	1,4±3,22	-0,8	2,2±3,41	1,3±2,78	-0,9
m. sternocleidomastoideus	1,3±1,45	0,7±1,55	-0,6	2,1±1,89	1,2±1,33	-0,9
m. pectoralis major	2,0±2,56	1,2±2,12	-0,8	1±3,11	0,3±2,42	-0,7

Выводы:

- Комплекс аналитической гимнастики имеет нормализующее воздействие на нарушенные функции шейного отдела позвоночника.

- Использование мягкотканых мануальных техник для мобилизации водит до улучшения подвижности в цервикальной области, что более выражено для флексии и латеральных наклонов.
- Сочетание массажа с миофасциальными и позиционно-освобождающими техниками хорошо влияет на болевую симптоматику, мышечный гипертонус, субъективные жалобы и латентное головокружение у пациентов ЭГ.
- Сокращение мышечного дисбаланса и улучшенная подвижность цервикального отдела являются предпосылкой для более эффективного обучения пациентов правильному положению тела и эргометрическому исполнению повседневной деятельности.

Список литературы

1. *Велева, Е.* Кинезитерапия при пациенти с мускулно-скелетни дисфункции в цервико-торакална област (маг. теза). – София: 2010.
2. *Крайджикова, Л.* Мануална терапия при хиперекстензионни увреди в шийния сегмент на гръбначния стълб. – София: Сп. Спорт и наука, 3, 2004, С. 134-137.
3. *Крайджикова, Л., Св. Енчев, В. Йончева.* Модел за мекотъкнна мобилизация на функционалните блокажи в цервикалния сегмент на гръбначния стълб. – София: Сп. Спорт и наука, 3, 2005, С. 46-50.
4. *Крайджикова Л.* Нервно-мускулни техники при соматични дисфункции. – София: Сп. Кинезитерапия и рехабилитация, 1-2, 2008, С. 28-31.
5. *Крайджикова, Л.* Упражнения за автостречинг след натоварване на горните крайници. – София: Сп. Кинезитерапия и рехабилитация, 3-4, 2010, С. 22-31.
6. *Крайджикова Л.* Мануални методи за мобилизация при мускулно-скелетни дисфункции в областта на гръбначния стълб. – София: Авангард Прима, 2011.
7. *Михайлова, Н.* Ерготерапия при някои дегенеративни заболявания на ОДА. В: Ерготерапия: Ч. II. под ред. на Ив. Топузов. – София, РИК Симел, 2008, с. 143-152.
8. *Кънчев, Д.* Кинезитерапия при пациенти с шийна спондилартроза. Докторска дисертация. – София, 2012.
9. *Jull G, Falla D, Treleaven M et al:* A therapeutic exercise approach for cervical disorders. In Boyling J, Jull G, editors: Grieve's modern manual therapy, London, 2004, Churchill Livingstone.
10. *Lewit K.* Role of manipulation in spinal rehabilitation, In Liebenson G, rehabilitation of the spine, W&W, 1996
11. *Norris, C.* What is back stability? In Norris C, editor: Back stability, Champaign, IL, 2000, Human Kinetics.
12. *Panjabi, M.* The stabilizing system of the spine. Part I. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement, J Spinal Disord 5:383-389, 1992.