

Напрямок: Актуальні проблеми реабілітації, валеології, логопедії, спортивної медицини й адаптивного фізичного виховання.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА  
ОСТЕОХОНДРОЗ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА З СИМПТОМАМИ  
ПСИХОЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ.

О. Ю. ГУЗАК, О. А. ДУЛО, В. Г. КУДИК, О.Б. МАЛЬЦЕВА  
ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, факультет здоров’я  
людини

Анотація: в роботі проведено порівняння впливу комплексу вправ ЛФК та методу термобальнеотерапії з одночасним проведенням корекції психоемоційних розладів для хворих остеохондрозом шийного відділу хребта з симптомами психоемоційних розладів. Доведено більшу ефективність впливу теплового, хімічного та механічного факторів мінеральної води у порівнянні з механічним (напруження, розслаблення) впливом ЛФК.

Постановка проблеми даної теми визначається збільшенням кількості хворих остеохондрозом шийного відділу хребта (ОШВХ). Сучасні дослідники небезпідставно вважають, що остеохондроз шийного відділу хребта (ШВХ) – це не захворювання, а пристосувальна реакція хребта на неправильний розподіл навантажень, що виникає під час рухів. Впливає робота, пов'язана з підйомом ваги, змінами положення тулуба, поворотами, згинанням і розгинанням, рухами ривками; виконання роботи, при якій збільшується тиск у міжхребцевих дисках і навантаження на хребет в цілому. Максимальна кількість клінічних проявів остеохондрозу припадає на працездатний період життя людини [1, 128–129].

Дослідження останнього десятиліття свідчать про значну поширеність психоемоційних розладів (ПЕР) серед людей працездатного віку, тривалу втрату працездатності, зв'язок цієї патології з соціально-політичними змінами, що свідчить про те, що це не тільки медична, але й важлива соціальна проблема [2, 439-440].

При дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта використовуються окремі методи корекції супутніх симптомів ПЕР. Однак залишається

багато неясного та спірного по питанням, пов'язаним із схемами ефективного використання диференційованих методів реабілітації хворих на ОШВХ з симптомами ПЕР в санаторно-курортних умовах [3, 15-19].

Не припиняється вивчення впливу різних методик використання ЛФК при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта [1, 128–129].

Клінічними дослідженнями доведено ефективність використання термобальнеотерапії (ТБТ) як методу відновлення порушених функцій організму у хворих ОШВХ при зовнішньому застосуванні мінеральних вод. Природна термальна кремніймістка мінеральна вода санаторію «Термал Стар» має оздоровчу спрямованість за рахунок впливу фізичних лікувальних чинників [4, 126].

Все це диктує необхідність більш глибокого вивчення факторів, що впливають на клініко-функціональні показники у хворих ОШВХ з симптомами ПЕР та вивчення впливу різних методів реабілітації.

Метою дослідження було провести порівняння двох ефективних методів реабілітації для хворих ОШВХ з симптомами психоемоційних розладів: комплексу вправ ЛФК в умовах поліклініки та ТБТ в басейні санаторію «Термал Стар» при одночасному проведенні корекції ПЕР.

Матеріали та методи. Проведені дослідження за 65 хворими ОШВХ з симптомами психоемоційних розладів віком від 27 до 59 років. У всіх хворих було проведено, в динаміці, вивчення клініко-анамнестичних даних, дослідження психоневрологічного статусу, інструментальні дослідження. Окрема група тестових досліджень проводилась для виявлення наявності та ступеня порушень психоемоційної сфери. Пацієнти були розділені на дві групи. Перша група (35 хворих) пройшла курс оздоровлення виконанням вправ ЛФК в умовах поліклініки (ЛК-1). Друга група (31 пацієнт) пройшли курс термобальнеотерапії в басейні санаторію «Термал Стар» за спеціальною методикою, щодня, по 60 хвилин, на курс 12-15 процедур (ЛК-2).

При поступленні на курс реабілітації хворі в обох групах за перебігом та клініко-функціональними проявами хвороби були приблизно рівними, загальний стан пацієнтів відповідав даним літературних джерел, Таблиця 1.

Таблиця 1

Динаміка клініко-функціональних показників у хворих на ОШВХ з симптомами ПЕР під впливом ЛК-1 та ЛК-2

№ п/п	Групи	Показники	До курсу реабілітації		Після курсу реабілітації		% зникнення
			абс	%	абс	%	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ЛК 1	Відчуття дискомфорту (неприємні відчуття) в шиї	35	100	18	51	49
	ЛК 2		31	100	13	42	58
2	ЛК 1	Болючість та неприємні відчуття в шийно-потиличній області; волосистої зони шкіри голови при пальпації та розчісуванні волосся	35	100	16	47	53
	ЛК 2		31	100	13	42	58
3	ЛК 1	Головокружіння, що посилюється при піднятті голови вгору	19	54	4	21	79
	ЛК 2		18	58	-	-	100
4	ЛК 1	Скарги на тугорухомість (дискомфорт) в області шиї, «хрускіт» при нахилах голови та обертаннях в обидва боки	35	100	7	20	80
	ЛК 2		31	100	-	-	100
5	ЛК 1	Об'єктивно – зменшення амплітуди рухів при поворотах голови в сторони, тугорухомість, рухи супроводжуються «хрустом»	35	100	11	31	69
	ЛК 2		27	87	7	26	74
6	ЛК 1	Об'єктивно - помірна тугорухомість з обмеженням амплітуди рухів (в межах	30	86	-	-	100
	ЛК 2		27	87	-	-	100

		15-20°) в плечових суглобах в усіх напрямках					
7	ЛК 1	Значне обмеження рухливості ШВХ при нахилах голови вперед до 65° (N 70-75°)	27	77	9	33	67
	ЛК 2		24	77	7	29	71
8	ЛК 1	Пальпаторна болючість паравертебральних точок, остистих відростків ШВХ	35	100	10	28	72
	ЛК 2		27	87	6	25	75
9	ЛК 1	Болючість Надербовських точок	21	60	6	29	71
	ЛК 2		19	61	4	21	79
10	ЛК 1	Напруженість паравертебральних м'язів ШВХ, задньої групи м'язів плечей та задньої групи м'язів шиї	35	100	11	31	69
	ЛК 2		24	77	6	25	75

Всі хворів 100% (23 пацієнта) пред'являли скарги на відчуття дискомфорту або неприємні відчуття в шийно-потиличній області та в шиї; болючість волосистої зони шкіри голови при пальпації та розчісуванні волосся; тугорухливість (дискомфорт) в області шиї, «хрускіт» при нахилах голови та обертаннях в обидва боки. Головокружіння, що посилюється при піднятті голови вгору, турбувало 54% (19 хворих) в першій групі та 58% (18 хворих) в другій групі. При об'єктивному обстеженні було зафіксоване обмеження рухливості в ШВХ при нахилах голови вперед у хворих обох груп (77%), в плечових суглобах (в усіх напрямках) – відповідно у 30 (86 %) та 27 (87 %) хворих.

Пальпаторна болючість паравертебральних точок, остистих відростків ШВХ, задньої групи м'язів плечей та задньої групи м'язів шиї відмічено в 100% випадків в першій групі, в 87, 88% (відповідно 27 та 24 хворих) у другій групі.

Як в ЛК-1, так і при використанні ЛК-2, з хворими проводились попередні бесіди (використовувався прийом “відкритої доброзичливості”) про вплив на

перебіг основного захворювання психоемоційного стану хворого для формування активної позиції на одужання і повернення до трудової діяльності; важливість правильного виконання рухів, адекватної реакції на м'язове навантаження. Хворим було рекомендовано до використання релаксаційні техніки та методи тілесно-орієнтованої терапії, спрямовані на усвідомлення пацієнтами своїх м'язових "затискачів" та їх усунення. Вони були спрямовані на те, щоб кожний хворий впевнився в тому, що він: сам несе відповідальність за свої успіхи ("допоможи собі сам"); самовизначився ("я не хочу бути хворим") і активно включився в боротьбу за своє виздоровлення; привчився нести особисту відповідальність за збереження здоров'я.

Проводились також в динаміці дослідження з використанням стандартних опитувальників по впливу комплексів ЛК-1 та ЛК-2 на психоемоційний стан пацієнтів. Так, до початку реабілітації в обох групах хворих в 100 % випадків відмічено помірні ПЕР, близькі за своїми значеннями, Таблиця 2.

Таблиця 2

Динаміка психоемоційних показників у хворих на ОШВХ  
з симптомами ПЕР під впливом ЛК-1 та ЛК-2

№ п/п	Групи хворих	Показники	До курсу реабілітації	Після курсу реабілітації	Контрольна група
1	2	3	4	5	6
1	ЛК 1	Інтенсивність головного болю (HIS)	$3,0 \pm 1,1$ $p_0 < 0,01$	$1,1 \pm 0,5$ $p_1 < 0,1$	0
	ЛК 2	Бали ( $M \pm m$ )	$2,7 \pm 0,8$ $p_0 < 0,01$	$0,4 \pm 0,5$ $p_1 < 0,05$	
2	ЛК 1	Головокружіння (Dizziness Handicap Inventory)	$3,3 \pm 1,3$ $p_0 < 0,01$	$2,1 \pm 0,9$ $p_1 < 0,1$	$1,0 \pm 0,9$
	ЛК 2	Бали ( $M \pm m$ )	$2,6 \pm 1,0$	$1,1 \pm 0,6$	

			$p_0 < 0,01$	$p_1 < 0,05$	
3	ЛК 1	Показники оцінки депресії та тривоги	$13,5 \pm 1,7$	$9,4 \pm 2,5$	$5,9 \pm 1,3$
	ЛК 2	(шкала Гамільтона - HAMD) Бали ( $M \pm m$ )	$12,4 \pm 1,4$	$5,3 \pm 1,1$	
4	ЛК 1	Рівень тривожності (шкала “тривоги” Спілбергера в обробці Ю.Л. Ханіна - STAI)	$23,1 \pm 2,9$	$15,7 \pm 2,1$	$12,9 \pm 1,4$
	ЛК 2	Бали ( $M \pm m$ )	$22,1 \pm 2,7$	$12,6 \pm 1,6$	

$p_0$  - достовірність змін показників до реабілітації з показниками норми;

$p_1$  - достовірність змін між показникам до- та після курсу реабілітації.

В кінці курсу реабілітації відмічено покращення загального самопочуття, підтверджене позитивною динамікою клінічних, функціональних та психоемоційних показників в обох групах, однак більший ефект спостерігався при використанні ЛК-2, див. табл. 1.

Зміни показників якості життя показали, що як використання вправ ЛФК, так і перебування хворих в басейні з кремніймісткою мінеральною водою при температурі 37 -40 град зменшують загальну напруженість, тривожність та депресію, покращують настрій та загальне самопочуття. Однак механічний, тепловий та хімічний вплив мінеральної води при ТБТ в басейні здійснює значно більший ефект: анальгезуюча, спазмолітична, седативна дія відмічена серед більшості пацієнтів вже з третьої процедури. Механічний вплив фізичних вправ (розвантажувальна, спазмолітична, загальнооздоровча дія) у більшості пацієнтів першої групи (ЛК-1) проявлявся в більш пізні строки (починаючи з 5-6 дня оздоровлення).

Таким чином проведенні дослідження підтвердили актуальність проблеми реабілітації хворих на ОШВХ з симптомами ПЕР і можуть бути використані при проведенні реабілітації у хворих з хронічними захворюваннями внутрішніх органів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Крадинов А.И., Черноротов В.А., Крадинова Е.А. Распространенный дегенеративно дистрофический процесс в шейном отделе позвоночника // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2012. – №2. – С.128–129.
2. Леман-Хорн Ф., Рудольф А. Лечение заболеваний нервной системы. Москва, “МЕД-пресс-информ”. – 2009. – С. 439–440.
3. Ромасенко Л.В., Ренемане Л. Клинико-динамическая характеристика соматизированных депрессивных расстройств у больных терапевтического стационара // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – №5. – С. 15-19.
4. Єжов А.В. Корекція психічних розладів непсихотичного рівня у осіб, що перебувають в умовах санаторно-курортного лікування // Вестник физиотерапии и курортологи. – 2013. – № 2. – С 126.