



3. Орос М. М. Міофасціальний біль обличчя. Український неврологічний журнал, 2016. № 2. С. 101–105.
4. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>
5. Сорокоумов Г. Л. Болевая дисфункция лица: клиника, диагностика. Клиническая неврология, 2018. № 4. С.22–24.
6. Ohrbach R., Dworkin S. F. The Evolution of TMD Diagnosis. Journal of Dental Research, 2016. № 95. P. 1093–101.

Фененко А. В.,
Лянной Ю. О.

Fenenko A. V.
Liannoi Yu. O.

PHYSICAL THERAPY OF PARTICIPANTS IN COMBATING WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE CERVICAL AND THORACIC SPINE

The article analyzes the scientific and methodological and medical literature on rehabilitation in osteochondrosis of the cervical and thoracic spine, considers the causes, clinical syndromes, classification of osteochondrosis of the cervical and thoracic spine and highlights the most effective means of physical therapy.

Key words: physical therapy, servicemen, osteochondrosis, physical condition, therapeutic exercises, postisometric relaxation.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНО- ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У статті проаналізовано науково-методичну та медичну літературу з питань реабілітаційного втручання при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта, розглянуто причини виникнення, клінічні синдроми, класифікацію остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта і висвітлено найбільш ефективні засоби фізичної терапії.

Ключові слова: фізична терапія, військовослужбовці, остеохондроз, фізичний стан, терапевтичні вправи, постізометрична релаксація.

Постановка проблеми. Остеохондроз хребта є найбільш типовим дистрофічно-деструктивним процесом, який розвивається в кістково-хрящовій тканини і проявляється змінами міжхребцевих дисків, м'язово-зв'язкового апарату, що оточують хребет, а також біомеханічними змінами тканин хребетного стовпа. Особливо цей процес характерний для осіб середнього віку. Після 30 років кожна п'ята людина в світі страждає дискогенним радикулітом, який є одним із проявів остеохондрозу [4]. В цілому ж, неврологічні симптоми остеохондрозу хребта виявляються, за даними різних авторів, у 40–80% дорослого населення планети. В останні роки в комплексній терапії та профілактиці загострень остеохондрозу все



більше значення набувають немедикаментозні методи лікування традиційної та нетрадиційної медицини. Застосування немедикаментозних методів терапії виправдано економічно і не супроводжується ускладненнями, які відзначаються при використанні лікарських препаратів. Одним із найефективніших немедикаментозних методів лікування і профілактики остеохондрозу хребта є терапевтичні вправи, лікувальний масаж, фізіотерапія, мануальна терапія, рефлексотерапія. Застосування цих методів, за результатами багаторічних спостережень, дозволяє значно поліпшити якість лікування і реабілітацію хворих на остеохондроз [1].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Основи етіопатогенезу та клінічні прояви остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта були розглянуті з використанням літературних джерел за авторами: О. О. Александрова, В. П. Веселовський, В. В. Воробей, В. І. Котелевський; методику та засоби кінезотерапії розглядали за авторами: В. В. Євмінов, В. В. Єжов, Ю. І. Андріяшек, С. М. Бубновський; методику лікувального масажу – В. В. Васічкін, В. І. Дубровський, А. А. Бірюков; основи фізіотерапії та постізометричну релаксацію за М. А. Єрьомушкін, О. Ю. Мочалов, В. В. Єжов, Г. Н. Пономаренко, В. В. Оржешковский.

Мета дослідження – розробити та перевірити на практиці ефективність програми фізичної терапії учасників бойових дій з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта в умовах реабілітаційного центру.

Об'єкт дослідження – всебічний процес реабілітаційного втручання при шийно-грудному остеохондрозі.

Предмет дослідження – вплив програми фізичної терапії учасників бойових дій з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта.

Методи дослідження: аналіз спеціальної науково-методичної літератури та інформаційних джерел; клінічні методи дослідження (контент-аналіз історій хвороби, огляд, анкетування); методи дослідження рухових властивостей шийного відділу хребта; антропометрія; педагогічні методи дослідження – констатувальний і формувальний педагогічні експерименти, спостереження.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Дослідження проводилось на базі Комунальної установи «Центр учасників бойових дій» Сумської міської ради. У ньому брало участь 12 пацієнтів (учасників бойових дій) середнього зрілого віку (35–50 років), які мали діагноз шийно-грудний остеохондроз. В подальшому вони були розподілені на дві, однорідні за віком та клінічними проявами, групи: основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП). При первинному обстеженні в обох групах військовослужбовців відзначалося наявність скарг на періодично виникаючий біль в ділянці шийно-комірцевої зони, яка іррадіювала по внутрішній поверхні плеча та віддавала в ділянку серця, яка посилювалася вранці після сну або після важкої фізичної роботи. були скарги на зниження м'язової сили і обсягу рухів верхніх кінцівок (правої або лівої, або обох); періодичні неприємні відчуття в кистях, надпліччях та плечах у вигляді поколювання,



оніміння, «повзання мурашок»; почервоніння або збліднення шкіри верхніх кінцівок і зниження їх температури (відчуття холоду).

Згідно МКХ-10 остеохондроз хребта відносяться до класу M00-M99 Захворювання кістково-м'язової системи і сполучної тканини [6]:

M40-M43 – деформуючі дорсопатії:

M42.0 – юнацький остеохондроз хребта;

M42.1 – остеохондроз хребта у дорослих;

M42.9 – остеохондроз хребта не уточнений.

Для встановлення довготривалих та короткотривалих цілей програми фізичної терапії в «SMART» форматі (що прискорить термін втручання та ефективність програми за рахунок більш чітких умов та результатів) було складено категоріальний профіль МКФ усіх учасників бойових дій з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта.

Коди учасників програми за МКФ:

b7100.2 – помірні порушення (25–49%) рухливості шийного відділу хребта;

b7150.2 – помірні порушення (25–49%) стабільності шийного відділу хребта;

b7401.2 – помірні порушення (25–49%) витривалості м'язів спин та черевного пресу;

b7301.1 – легкі порушення (5–24%) сили м'язів верхніх кінцівок;

s7102.2¹7²0³ – помірні порушення якісного складу структури кістково-хрящової тканини шийного відділу хребта.

Довготривалі цілі програми фізичної терапії учасників бойових дій: зменшити і ліквідувати компресію спинномозкових корінців; поліпшити трофіку тканин в ділянці шийно-комірцевої зони і верхніх кінцівок; відновити нормальну амплітуду рухів поясу верхніх кінцівок; зміцнити ослаблені м'язи і усунути спастичні прояви; скорегувати вестибулярну функцію (рис. 1).

У кожній групі було визначено однорідні клінічні синдроми, над якими в подальшому проводилася реабілітаційна робота. Синдром плече-лопаткового періартриту спостерігався в одного військовослужбовця ГП, та у двох військовослужбовців ОГ, для реабілітації яких застосовували лікувальний масаж, приділяючи більшу увагу ураженому плечовому суглобу, терапевтичні вправи та постізометричну релаксації (ПІР горизонтальних пучків трапецієподібного м'язу, ПІР вертикальних пучків трапецієподібного м'язу, ПІР для ротаторів шийного відділу хребта та голови).

Синдром хребетної артерії – спостерігався у двох військовослужбовців ОГ та ГП – застосовували класичний лікувальний масаж з акцентом на потилицю та шийно-грудний відділ хребта, комплекс терапевтичних вправ з обмеженням рухів голови назад, прийоми постізометричної релаксації (ПІР горизонтальних пучків трапецієподібного м'язу, ПІР вертикальних пучків трапецієподібного м'язу, ПІР м'язів згиначів шиї).

Синдром переднього драбинчастого м'язу було виявлено у трьох військовослужбовців ОГ, для яких застосовували курс лікувального класичного



масажу для ураженого плеча, передпліччя та кисті, комплекс терапевтичних вправ із застосуванням спеціальних вправ для ураженої верхньої кінцівки та прийоми постізометричної релаксації (ПІР переднього і середнього драбинчастих м'язів, ПІР ротаторів шийного відділу хребта).

I. Обстеження
1. Опитування за анкетой Роланда-Морріса. 2. ВАШ болю. 3. Статична витривалість м'язів спини та черевного пресу. 4. Гоніометрія шийного відділу хребта. 5. Динамометрія верхніх кінцівок. 6. Оцінка за категоріями МКФ та складання категорійного профілю МКФ з постановкою цілей втручання у «SMART» форматі.
II. Планування втручання (програма фізичної терапії):
1. Лікувальний масаж (масаж верхньої кінцівки; масаж передпліччя; масаж ліктьового суглобу; масаж плеча; масаж плечового суглобу; масаж шийно-комірцевої зони та міжлопаткової ділянки; масаж паравертебральних ділянок; масаж грудної клітки; масаж діафрагми). 2. Спеціальна методика кінетотерапії. 3. Постізометрична релаксація (м'язи згиначі шиї, верхні та нижні косі м'язи голови, трапецієподібний м'яз, бокові м'язи шиї).
III. Проведення втручання (програма фізичної терапії учасників бойових дій з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта).
IV. Оцінка втручання (оцінка ефективності програми фізичної терапії для учасників бойових дій з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта).

Рис. 1. Алгоритм програми фізичної терапії учасників бойових дій з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта

Лікувальний масаж. Завдання: масаж спрямований на ліквідацію неврологічних проявів шийно-грудного остеохондрозу, покращення крово- та лімфообігу на ділянці дегенеративно-дистрофічних змін міжхребцевих дисків, здійснення знеболюючої, розсмоктуючої дії та нормалізації тону у м'язах.

В залежності від симптоматики, пацієнти отримували масаж м'язів верхньої кінцівки на стороні ураження, шийно-комірцевої зони, міжлопаткової ділянки (вихідне положення – сидячи) та грудної клітки (вихідне положення – лежачи на спині). Курс складав 12 сеансів тривалістю 15–20 хв. [3].

Спеціальна методика кінетотерапії. Кінетотерапія застосовувалася з метою покращення крово- та лімфообігу, зменшення макро- та мікротравматизації шийного відділу хребта і периферичних тканин, зменшення компресії спинно-мозкових корінців, збільшення сили та силової витривалості м'язів верхнього плечового поясу



та інших основних м'язових груп, зняття спастики, відновлення фізіологічних вигинів хребта, покращення загальної працездатності [2].

Вона включала в себе вправи для цілеспрямованого впливу на ділянку шийно-грудного відділу, голови, верхніх кінцівок та загально-розвиваючого впливу на зону поперекового відділу хребта та нижніх кінцівок. Курс складався з двох періодів: підготовчого (перший тиждень) та основного (другий тиждень). В нього входило два комплекси терапевтичних вправ. Перший (підготовчий період) проводився з 1 по 5 день, другий (основний період) – з 8 по 12., тривалістю 40–45 хв.

Для вирішення поставлених завдань, визначили основні м'язи на яких доцільно проводити ПІР при шийно-грудному остеохондрозі хребта: м'язи згиначі шиї, верхні та нижні косі м'язи голови, трапецієподібний м'яз, бокові м'язи шиї [5].

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в експериментальній перевірці розробленої програми фізичної терапії на базі центру реабілітації учасників бойових дій.

Висновки. Аналіз різних методів реабілітаційного втручання при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта показав, що сучасні технології фізичної терапії забезпечують підвищення ефективності лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів і призводять до скорочення термінів лікування остеохондрозу хребта. Описані засоби фізичної терапії є високоефективними і сприятливо впливають на зниження клінічних проявів остеохондрозу хребта. Застосування високоефективних програм фізичної терапії відкривають нові можливості реабілітації хворих з остеохондрозом хребта. Вибір тренувальних навантажень повинен здійснюватися послідовно з урахуванням стадії захворювання, поширеності патологічного процесу, віку пацієнта, його індивідуальних антропометричних параметрів, вираженості больового синдрому, наявності рухових або чутливих дефектів, а також порушень рухливості, пов'язаних з проявами дегенеративно-дистрофічних процесів в хребетному стовпі. У комплексі з фізичною терапією доцільно використовувати такі способи відновного лікування як: мануальна терапія, фізіотерапія, рефлексотерапія, психотерапія та ін. Єдиний методичний підхід і єдина концептуальна схема дозволяють досягти високої ефективності лікувально-реабілітаційних заходів.

Список використаної літератури:

1. Акимов Г. А., Филимонов Н. А., Кранов М. Л. Клинические синдромы шейного остеохондроза и его лечение. Военно-медицинский журнал. 2017. С.13–16.
2. Афанасьев С. Л., Бахрах И. И., Миронов Ю. В. Личностно ориентированная технология физической реабилитации женщин 35–50 лет с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника. Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2015. № 9 (127).
3. Белая Н. А. Руководство по лечебному массажу. Москва: Физкультура и спорт, 2004. 273 с.
4. Богачева Л. А. Современное состояние проблемы боли в спине (по материалам 8-го Всемирного конгресса, посвященного боли). Неврологический журнал, 2017. №.4. С. 59–62.



5. Васильева Л. Ф. Мануальная терапия в общеклинической практике. Мануальная терапия. 2004. № 2.(14). С. 72–73.

6. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>

Ярмак Є. О.,
Котелевський В. І.

Yarmak Ye. O.
Kotelevskyi V. I.

PHYSICAL THERAPY WITH ELEMENTS OF OCCUPATIONAL THERAPY FOR CHILDREN WITH AUTISTIC SPECT DISORDERS

The article analyzes the scientific and methodological and special literature on correctional and rehabilitation work with autistic children. The state of physical development and motor sphere of children with autism spectrum disorder is determined and the program of physical therapy with elements of occupational therapy in the conditions of inclusive resource center is described.

Key words: autistic disorder, physical therapy, occupational therapy, manifestations, symptoms, motility.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ З ЕЛЕМЕНТАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

У статті проаналізовано науково-методичну та спеціальну літературу щодо корекційно-реабілітаційної роботи з аутистичними дітьми. Визначено стан фізичного розвитку та рухової сфери дітей з розладом аутистичного спектру і описано програму фізичної терапії з елементами ерготерапії в умовах інклюзивно-ресурсного центру.

Ключові слова: аутистичний розлад, фізична терапія, ерготерапія, прояви, симптоматика, моторика.

Постановка проблеми. Проблема реабілітації дітей з розладом аутистичного спектру не тільки в Україні, але і в усьому світі стає все більш актуальною. Виникає необхідність створення умов для адекватного фізичного, розумового, духовного і соціального розвитку таких дітей, їх реабілітації та інтеграції в суспільство [1]. Невід'ємною частиною реабілітаційного процесу дітей з розладом аутистичного спектру є залучення батьків, які розглядаються як найважливіші партнери в корекційній роботі. Важливо, щоб батьки дитини були невід'ємною частиною мультидисциплінарної команди реабілітації, яка працює з дитиною, взаємодіяли з ним на основі вироблених принципів навчання і допомагали йому узагальнити всі навички, які він отримує в процесі роботи із фахівцями [2].