Tymoshenko Y.Y.,
Korzh Z. O.,
Korzh Y.M.

Тимошенко Я. Ю.,
Корж З. О.,
Корж Ю.М.

COMPLEX PHYSICAL TREATMENT IN THE SHOULDER-SHOULDER PERIARTHRITIS

The article the considers silicone shock absorber implementation expediency conducted in the process of patients with shoulder-catheter periarthritis physical therapy.

Keywords: *shoulder-bladder periarthritis, physical rehabilitation, silicone shock absorber*

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТКОВОМУ ПЕРІАРТРИТІ

У статті розглянуто доцільність використання силіконового амортизатору у процесі фізичної терапії хворих на плече-лопатковий періартрит.

Ключові слова: *плече-лопатковий періартрит, фізична реабілітація, силіконовий амортизатор.*

Постановка проблеми. Хронічний біль та порушення рухової функції плечового суглобу турбують до 60% людей віком старших 40 років. Причиною даного симптомокомплексу вважають велику кількість різнопланової патології: остеохондроз шийного відділу хребта, плече-лопатковий періартрит, нейродистрофічні синдроми, адгезивний капсуліт та ін. Особливо популярною нозологічною одиницею є саме плече-лопатковий періартрит, хоча такої нозологічної одиниці немає в Міжнародній класифікації хвороб X перегляду (МКХ X). Причиною такої популярності даного діагнозу серед лікарів є насамперед відсутність загальноприйнятного підходу до патології плечового суглоба, наявність різного тлумачення патогенезу, діагностики та лікування хронічної патології плечового суглобу. Безумовно, простіше віднести будь-яку патологію плеча до звичного стандартного діагнозу, автоматично позбавляючись необхідності до більш ретельного аналізу причин її виникнення та розробки індивідуального плану лікування в кожному окремому випадку. Проте й ефективне лікування в такому випадку не гарантовано. Про прогнозування перебігу захворювання та отримання належного відсотку відновлення рухової функції плеча не може бути й мови. Тому розробка уніфікованого підходу до діагностики та лікування хронічної патології плеча є не лише надактуальною, а й без перебільшення є завданням державної важливості з огляду на значне поширення захворювань серед людей працездатного віку [7].

Плече-лопатковий періартрит – це нейродистрофічне запальне захворювання м'яких тканин, безпосередньо прилеглих до плечового суглобу. Основною причиною виникнення даного захворювання є дегенеративно-дистрофічні порушення в нижньому шийному відділі хребта. У зв'язку з цим плечелопатковий періартрит розглядають як нейродистрофічий синдром при різних патологічних процесах в шийному відділі хребта [2].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У 1872 р. лікар S. Duplay вперше запропонував діагноз «плече-лопатковий періартрит» для характеристики синдрому, який включає в себе скованість та хронічний біль на ділянці плечового суглобу, який виник в наслідок травми. Плече-лопатковий періартрит, іменований нерідко

періартритом плечового суглоба, відноситься до частих захворювань, що зустрічаються в практиці лікарів медико-санітарних частин та поліклінік.

Питанням етіології, патогенезу, діагностики та лікування плече-лопаткового періартриту присвячено достатню кількість наукових робіт, проте і досі залишається багато нез'ясованих питань у постановці даного діагнозу [10].

У вітчизняній літературі перша робота по плече-лопатковому періартриту була опублікована в 1928 р лікарем Г. Д. Аронович. В єдиній вітчизняній монографії І. Л. Крупко, присвяченій плече-лопатковому періартриту, розглядаються переважно питання патологічної анатомії і дуже поверхнево висвітлено значення професійних факторів, шо впливають на розвиток цього захворювання. Різниця в підходах лікування плече-лопаткового періартриту (ПЛП) практичних лікарів пов'язана не тільки з недоліком фундаментальних досліджень і висвітленням у літературних джерелах їх результатів, але і з тим, що дане захворювання є поліетіологічним [8,9].

На сьогодні ПЛП прийнято вважати симптомокомплексом, що пов'язаний з патологією сухожилків та м'язів, які знаходяться біля суглобу (їх дегенерацію, кальцифікацію, частковий або повний розрив, запалення), ураженням ключично-акроміального суглобу (зазвичай пов'язане з травматизацією суглобу), дифузним ураженням капсули суглобу, ураженням субакроміальної сумки та комплексне втягнення структур, розташованих під акроміоном (субакроміальний синдром), ураження периферійних нервів тощо.

Також причиною болю можуть бути зміни в шийному та грудному відділах хребта (шийний і грудний остеохондроз і спондилоартроз, функціональні блоки та ротаційні підвивихи грудних хребців) [3].

Існують повідомлення, що найчастіше плече-лопатковий больовий синдром пов'язаний з патологічною імпульсацією з хребетних рухових сегментів CIV–CV та ThVII–ThVIII [5, 6].

Больовий синдром різної локалізації на ділянці плечового поясу у 85% пов'язаний з патологією скелетно-м'язових структур плечового суглобу. Окремо нейрогенна патологія, до симптомокомплексу якої належить больовий синдром плечової локалізації, має доволі чітку клінічну картину та виникає відносно рідко (не більше ніж у 8–10 % усіх пацієнтів з болями на ділянці плеча). Реабілітація при даній патології розглядається як засіб нормалізації амплітуди рухів у плечовому суглобі та комплексного відновлення фізичного здоров'я пацієнтів [4].

Не зважаючи на різницю у трактуванні даного діагнозу та підходах лікування було з'ясовано, що необхідно комплексно підходити до відновлення пацієнтів з даним поліетіологічним захворюванням. На нашу думку, розширення спектру засобів за рахунок використання латексного амортизатора на завершальному етапі реабілітації буде ефективно впливати на відновлення трофічних процесів та еластичності переартикулярних тканин плечового суглобу, відновленню рухової функції та силових показників м'язової системи плеча.

Мета дослідження – обґрунтування доцільності застосування силіконового амортизатора у процесі реабілітації пацієнтів з плече-лопатковим періартритом.

Об'єкт дослідження – фізична реабілітація пацієнтів з плече-лопатковим періартритом.

Предмет дослідження – ефективність застосування латексного амортизатора в комплексній терапії плече-лопаткового періартриту.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної та спеціальної літератури з метою обґрунтування ефективності використання силіконового амортизатору при плече-лопатковому періартриті.

Результати дослідження та їх обговорення. Обмеження рухової функції зі значним больовим синдромом у плечовому суглобі є складною проблемою для неврологів, ортопедів-травматологів та спеціалістів з фізичної терапії, тому, що в окремих випадках вона призводить до тривалої втрати працездатності. За даними різних авторів, така клінічна картина спостерігається у 69,5–90,1% хворих з патологією плечового суглоба [1]. Біля 60% випадків патології плечового суглобу пацієнтів старше 40 років він призводить до симптомокомплексу, що проявляється болем і обмеженням рухів у плечовому суглобі.

З лікувальною метою для хворих із даним захворюванням застосовують різноманітний арсенал засобів фізичної терапії, а саме лікувальну фізичну культуру (ЛФК), різні види масажу, фізіотерапію, зокрема лазеротерапію (ЛТ), різні методи рефлексотерапії та мануальну терапію (МТ), яка у випадку діагностування нейродистрофічного синдрому остеохондрозу шийного відділу хребта, має чітке патогенетичне спрямування.

Наше дослідження було проведено на базі жіночого фітнес клубу FitCurves Суми №1 протягом року з липня 2017 по липень 2018 року. Дослідження проводилось у 3 етапи. На першому етапі провели аналіз науково-методичної літератури що висвітлює етіопатогенез плече-лопаткового періартриту, були визначені мета, завдання та методи дослідження.

На другому етапі для організації дослідження було сформовано дві групи пацієнтів: основну (ОГ) – 20 жінок хворих на плече-лопатковий періартрит та групу порівняння (ГП) – 20 жінок, також з проблемами в плечовому суглобі. Було розроблено та впроваджено програму фізичної терапії яка включала комплекс вправ ранкової гігієнічної гімнастики, стандартну програму клубу FitCurves з використанням вправ з подоланням опору на 12 тренажерах, спеціального комплексу лікувальної гімнастики (ЛГ), що включав 12 вправ з латексним амортизатором та курсу фізіотерапевтичних процедур із залученням апарату низькочастотної магнітотерапії «МАГ 30 4» та самомасаж хворої кінцівки з елементами точкового масажу.

На третьому етапі дослідження оцінювали ефективність впровадженої програми. З цією метою проводили математично-статистичну обробку та аналіз отриманих результатів.

Під час дослідження жінки ОГ вранці виконували комплекс вправ ранкової гігієнічної гімнастики. Вправи були підібрані в комплексі таким чином, щоб позитивно впливати на тонус м'язів і гнучкість суглобів верхнього плечового поясу і хребта, та підготовити м'язи до робочого дня. А також активація нервової діяльності зранку.

Методичною особливістю впровадження спеціальних вправ ЛГ з латексним амортизатором було комплексне використання силових вправ як на тренажерах, так і з подоланням опору латексного амортизатора. Жінки основної групи 3 рази на тиждень виконували загальну програму клубу FitCurves займаючись на тренажерах по 1 хв., але на станціях між підходами вони виконували одну спеціальну вправу для м'язів антогоністів тих м'язів, які напружувалися під час роботи на тренажері.

Дана методика надала можливість комплексно впливати на м'язову систему пацієнтів, навантажуючи м'язи згиначі та розгиначі, відвідні та привідні м'язи плеча, а також м'язи ротаторної манжетки плечового суглобу. Також під час даної методики був

використаний принцип активного відпочинку, коли почергово навантажували м'язи синергісти та антагоністи плечового поясу і кінцівок.

Процедури з магнітотерапії вони виконували після занять на тренажерах тривалістю 20–25 хв. Курс складав 15–17 процедур.

Жінки групи порівняння займалися за стандартною програмою клубу FitCurves, під час якої вони проходити колове тренування на тренажерах, проходячи два кола поступово переходячи з одного тренажера на інший. На станціях між підходами вони 30 сек. виконували ритмічні аеробні вправи.

На початку та наприкінці дослідження був використаний метод гоніометрії, коли визначали порушення рухову функцію плечового суглобу по різним вісям і площинам. Також визначали показники сили м'язів верхньої кінцівки використовуючи динамометрію.

Педагогічні спостереження за руховою діяльністю пацієнтів обох груп надало можливість констатувати загальне покращення рухової функції плечового суглобу, збільшення силової витривалості основних м'язових груп тулуба і кінцівок та покращання психо-емоційного та функціонального стану досліджуваних.

Кінцевий зріз результатів дослідження проходить математично-статистичну обробку.

Перспективи подальших досліджень. На нашу думку спеціальні вправи з силіконовим амортизатором можна ефективно використовувати з хворими на ортопедичну патологію (сколіотичну хворобу, різні форми порушення постави, плоскостопість, деформація нижніх кінцівок тощо), невритами периферичної нервової системи (неврити променевого, ліктьового, серединного, стегневого та сідничного нервів), з соматичною патологією (ожирінням, подагрою, цукровим діабетом) тощо.

Література:

1.Адель М. А., Марайта Ю.А. Особливості фізичної реабілітації при пошкодженнях ротаторів манжети плеча // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова: Науково- педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. С. 25-28.

2.Булах О.А., Филатова Е.В., Герасименко М.Ю. Физиотерапия при болях в верхней трети плеча и плечелопаточной области // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация: наук.-практ. Журн, 2014. – №6. С. 25-31.

3. Болевой синдром / П.Р. Камчатнов // Русский медицинский журнал, 2012. №12. С. 6-12.

4.Боль в шее: причины и подходы к лечению / А.А. Пилипович, А.Б. Данилов, С.Г. Симонов // Русский медицинский журнал. – 2012. №2. С. 18-22.

5.Гайнуллин И.Р., Гайнутдинов А.Р. Рефлекторная возбудимость ствола мозга у больных плечелопаточным болевым синдромом // Практическая медицина: наук.-практ. Журн, 2013.№6.С. 161-162. Вип. 21. С. 4-8.

6.Гатауллин Э.К. Лечение плечелопаточного переартрита // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация: наук. журн.2013. №3. С. 49.

7.Верхозина Т.К., Ипполитова Е.Г., Цысляк Е.С. Нейрофизиологический подход к лечению плечелопаточного периартрита // Медицина и здравоохранение: наук. Журн, 2013. №2. С.13-15.

8.Исайкин А.И., Иванова М.А. Плечелопаточный переартрит // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика: наук. журн. 2017. №9. С. 4-10.

9.Пилипович А.А., Данилов А.Б., Симонов С.Г. Боль в шее: причины и подходы к лечению. Русский медицинский журнал, 2012. – 18-22.

10.Котенко К.В., Корчажкина Н.Б., Михайлова А.А. Саратовский научно-медицинский журнал, 2014. №4. С. 86-88.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2018 р.

Uryvkova A. O.
Zviriaka O. M.

Уривкова А. О.
Звіряка О. М.

MODERN TECHNOLOGIES IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH SPINAL INJURY

The work is devoted to the study of the effectiveness of rehabilitation measures in the self-service sphere and adaptive capacity of the cardiovascular system of persons with spinal injury. Is established that after a course of physical therapy in a hospital for the majority of patients with spinal injury is characterized by increasing functional state and adaptive capacity of the cardiovascular system and positive changes in the process of improving the skills of self-service in comparison with the original data.

***Key words**: cervical level, quality of life, adaptive possibilities,physical therapy, self-service.*

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Проведено дослідження ефективності реабілітаційних заходів в корекції якості самообслуговування та адаптивних можливостей серцево-судинної системи осіб зі спинномозковою травмою. Встановлено, що після проходження курсу фізичної терапії в умовах лікарні для більшості хворих зі спинномозковою травмою характерно покращання функціонального стану організму та навичок самообслуговування порівняно із вихідними даними.

***Ключові слова:** спинномозкова травма, шийний рівень, якість життя, адаптивні можливості,фізична терапія, навички самообслуговування.*

Постановка проблеми. Актуальність фізичної терапії осіб зі спинномозковою травмою обумовлена тенденцією збільшення в останнє десятиліття кількості хворих, постраждалих в результаті промислово-транспортного травматизму, від вогнепальних поранень та необачного поводження на воді.

Аналіз джерел літератури щодо проблеми фізичної терапії осіб після переломів хребетного стовпа дозволив встановити етіологію, патогенез та клінічну симптоматику переломів хребта. До хребетно-спинномозкової травми (ХСМТ) відносять ушкодження, що супроводжуються порушеннями анатомо-функціональної цілісності хребетного стовпа та спинного мозку. За частотою серед усіх видів травм хребетно-спинномозкова травма (ХСМТ) займає третє місце і становить від 1,5 до 6,95 % (Мусалатов Х.А., 1998; Педаченко Г.А. і співавт., 1996). Відносно незначний відсоток у загальній структурі ушкоджень з лишком компенсується високою летальністю (від 19,1 до 52,9 %) і стійкою інвалідністю (Бабіченко Е.І., 1979; Верховський А.І., 1992; Соломатіна Е.М., 1997). До 25 % смертельних ускладнень виникає відразу після травми, більш ніж третина потерпілих з ХСМТ гинуть до надходження в клініку.