

за дією, але більш «м'які» звуки -ж- і -з-. Абсолютних протипоказань до занять звуковою гімнастикою немає. Звуки -в-, -л-, -м-, -н- частіше застосовують у вправах, які вимовляються пошепки і подовжено (хвилеподібно) [1-2; 6].

Важливим методичним аспектом ЛФК при рецидивному бронхіті є чергування динамічних вправ (на підвищення рухливості діафрагми, грудної клітки і хребта) з вправами на розслаблення. При напруженні м'язів плечового поясу, грудної клітки, спини, черевного пресу напружується і гладенька мускулатура бронхів [2]. Релаксаційні вправи сприяють розслабленню і розширенню бронхів, що полегшує дихання та відходження мокротиння.

Навчання розслабленню починають з м'язів ніг, потім послідовно переходять до м'язів рук, грудної клітки, шиї. Вправи на розслаблення м'язів рук, ніг, грудей, шиї виконують в положенні сидячи і стоячи. М'язи, що не беруть участі у виконанні певної вправи, повинні бути розслаблені. Наприклад, при виконанні вправи для ніг, черевного пресу – м'язи рук, грудної клітки і шиї залишаються максимально розслабленими.

До загального розслаблення м'язів приступають після освоєння дітьми вправ в частковому (сегментарному) розслабленні. Загальне розслаблення виконується в початковому положенні лежачи на спині. У цьому положенні руки злегка згинають в ліктьових, а ноги – у кульшових суглобах і підтримують їх валиками або подушками.

Кожне заняття лікувальної гімнастики починається і закінчується загальною м'язовою релаксацією.

Висновки. Провідне місце в комплексній фізичній реабілітації дітей із рецидивним бронхітом належить ЛФК, що включає дихальну гімнастику (вправи для виховання правильного дихання, звукова і дренажна гімнастика, вправи на розвиток і посилення видиху); лікувальну гімнастику (загально-зміцнювальні вправи, статичні і динамічні дихальні вправи, вправи на розслаблення м'язів, вправи для розвитку рухливості грудної клітки і діафрагми, вправи для розвитку рухливості хребта і виховання правильної постави). Визначення доцільності конкретних вправ та складання комплексів ЛФК здійснюється з урахуванням клінічної форми і перебігу

бронхіту.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в пошуку нових підходів оптимізації фізичної реабілітації дітей, хворих на бронхіт.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Довідник по дитячій лікувальній фізкультурі / під ред. М. І. Фонарева. – Л. : Медицина, 1983. – 234 с.
2. Ефимова Л. К. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания у детей / Л. К. Ефимова. – К.: Здоровье, 1988. – 381 с.
3. Замотаев И. П. Болезни органов дыхания у детей / [под ред. С. В. Рачинского и В. К. Таточенко], Замотаев И. П. и др. – М.: Медицина, 1999. – 280 с.
4. Иванова С. М. Лечебная физическая культура при заболеваниях в детском возрасте / С. М. Иванова. – М.: Медицина, 1983. – С. 216 – 230.
5. Кокосов А. Н. Бронхит (механизмы хронизации, лечение, профилактика) / А. Н. Кокосов. – М.: Элби, 2007. – 256 с.
6. Кокосов А. Н. Лечебная физическая культура в реабилитации больных с заболеваниями легких / А. Н. Кокосов, Э. В. Стрельцова. – М.: Медицина, 1987. – 144 с.
7. Таточенко В. К. Бронхиты. [В кн.: Практическая пульмонология детского возраста / [(под ред. В. К. Таточенко)]. – М.: Мед., 2000. – С. 101-111.

УДК: 616.71

Н. В. Кукса

кандидат педагогічних наук, доцент

А. Ю. Батютенко

студентка спеціальності

«Здоров'я людини»

Сумський державний педагогічний
університет імені А. С. Макаренка

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ІЗ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНО- ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

У статті представлено програмне забезпечення фізичної реабілітації осіб із остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта.

В статті представлено програмне забезпечення фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта.

The article presents the software physical rehabilitation of persons with osteochondrosis of the cervical-thoracic spine.

Ключові слова: фізична реабілітація, остеохондроз, шийно-грудний відділ хребта.

Ключевые слова: физическая реабили-

тація, остеохондроз, шейно-грудної отдел позвоночника.

Key words: *physical rehabilitation, osteochondrosis, cervical-thoracic spine.*

Постановка проблеми. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, вертеброневрологічні захворювання, до яких належить остеохондроз хребта, займають третє місце після серцево-судинної та онкологічної патології в структурі загальної захворюваності. Питома вага клінічних неврологічних проявів остеохондрозу серед захворювань периферійної нервової системи становить 67-95% (В. А. Ісанова).

Щорічно близько 0,3% пацієнтів з цією патологією оперуються, проте після операції 8-25% з них стають інвалідами (О. В. Авдєєв, Г. С. Юмашев).

Виражені клінічні прояви остеохондрозу спостерігаються в період активної діяльності людини та являють собою одну з найчастіших причин тимчасової непрацездатності. Остеохондроз хребта вражає найбільш працездатну частину населення молодого і середнього віку і займає третє місце щодо трудовитрат у загальній структурі захворюваності серед осіб цього віку (Т. Д. Полякова). За даними науковців на 100 працюючих припадає 32-161 день непрацездатності на рік (В. О. Єпіфанов, В. Я. Фіщенко). Закривши лікарняний лист і вийшовши на роботу, хворий не виліковується від остеохондрозу хребта. Навіть в період ремісії у значної кількості хворих спостерігається відчуття дискомфорту в різних сегментах опорно-рухового апарату, порушення тонкої координації рухів.

Захворювання опорно-рухового апарату та сполучної тканини у 40% пацієнтів з остеохондрозом спричиняють первинну інвалідність (Іпатов А. В., Мороз О. М., Черняк С. І.).

Аналіз останніх досліджень. Безперечно, особливої значущості для хворих цієї нозології набуває фізична реабілітація, що дозволяє не лише усунути виражені прояви захворювання, а й попередити можливі ускладнення. Окремі аспекти фізичної реабілітації хворих із остеохондрозом представлено у наукових працях І. А. Лазарева, В. О. Єпіфанова, І. А. Кульченко, І. О. Жарова та ін.

Натомість програмне забезпечення

комплексної фізичної реабілітації хворих із остеохондрозом залишається недостатньо висвітленим у доступній літературі.

Соціальна значущість означеної проблеми та недостатнє висвітлення її фізично-реабілітаційних аспектів й зумовило вибір даної теми для дослідження.

Мета статті: висвітлити зміст комплексної програми фізичної реабілітації осіб із шийно-грудним остеохондрозом.

Виклад основного матеріалу. Аналіз наукової літератури з проблеми дослідження дозволив з'ясувати, що важливим принципом фізичної реабілітації хворих із остеохондрозом є комплексний підхід, який передбачає інтеграцію різних засобів і методів відновлення [2; 4]. Іншим важливим принципом є систематичність застосування фізично-реабілітаційних засобів, оскільки остеохондроз – невиліковний, що вимагає постійної стабілізації результатів, досягнутих в умовах стаціонарного відділення лікарні [3-4].

Програма фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта реалізувалася в умовах стаціонару та домашніх умовах. В умовах стаціонару (неврологічне відділення) використовувалися такі заходи: лікувальна фізична культура (ЛФК), лікувальний масаж, фізіотерапевтичні заходи.

Усі реабілітаційні заходи було попередньо узгоджено з неврологом та здійснювалися під його безпосереднім контролем.

У домашніх умовах передбачено реалізацію таких заходів: самомасаж голови, шиї та шийно-комірцевої зони, ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ) та лікувальна гімнастика (ЛГ), раціональне харчування та дотримання здорового способу життя.

Програмне забезпечення фізичної реабілітації хворих із остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта розроблялося з урахуванням як загальних, що застосовуються для всіх нозологічних груп, так і спеціальних принципів реабілітації. Спеціальними принципами фізичної реабілітації хворих із остеохондрозом були такі:

- виключення несприятливих статичних і динамічних навантажень на хребет;
- зміцнення м'язового корсета;
- фазовість і комплексність лікування,

необхідність впливу не тільки на ділянку хребта, але й на позахребцеві патологічні вогнища. Цей принцип відповідає положенням про цілісність організму. Важливо досягти не просто позитивного результату, а сприятливого виходу з патологічного процесу;

- зменшення больових відчуттів;

- щадний характер лікувального впливу, постійна релаксація [3; 5].

ЛФК займає домінуюче місце в реабілітації остеохондрозу хребта. Це пов'язано з тим, що фізичні вправи сприяють не лише зміцненню м'язів, покращанню крово- та лімфообігу, але й виробленню компенсаторно-адаптуючих механізмів, спрямованих на відновлення фізіологічної рівноваги в хребцевому сегменті [2-3]. Зазначений ефект дії ЛФК дозволяє віднести її до патогенетично обумовлених методів лікування остеохондрозу хребта. ЛФК повинна проводитися з урахуванням стадії захворювання, основних та супутніх синдромів, рівня ураження в 3 режимах: щадному, лікувально-тренувальному, тренувальному. Проведення ЛФК протягом перших двох тижнів забезпечує розтягування, мобілізацію хребта, розслаблення м'язів, на третьому – стабілізацію хребта [5].

При стиханні болю основним завданням ЛФК є ліквідація ділянок локальних гіпотрофій і зміцнення м'язового корсета. Це сприяє підвищенню м'язової витривалості до тривалих статичних навантажень, що дозволяє знизити навантаження на міжхребцеві диски і зв'язковий апарат хребта, уникнути подальшої мікротравматизації, і, таким чином, гальмувати подальше прогресування дегенеративно-дистрофічного процесу [1].

Завданням ЛФК при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта є: стимуляція крово- і лімфообігу, тканинного обміну в ураженому відділі хребта; зменшення больових відчуттів; збільшення амплітуди рухів в уражених відділах хребта; збільшення сили м'язів тулуба і кінцівок та відновлення їх тонуусу; оптимізація всього організму хворого [3].

Організаційно-методичні особливості ЛФК при остеохондрозі хребта:

- вправи повинні бути спрямовані на розслаблення, розтягування спазмованих м'язів ший, спини;

- обов'язковим є зміцнення м'язового

корсета спини;

- усі вправи виконуються повільно і плавно, без різких рухів та обтяжень та не повинні супроводжуватися больовими відчуттями;

- вправи виконуються переважно у полегшених вихідних положеннях: сидячи, лежачи, колінно-кистьове;

- усі вправи починаються з 1-4 повторень, поступово доводячи до 12-15 для кожної вправи;

- ЛФК виконується максимально тривалий час, роками, інколи все життя.

При проведенні занять ЛГ при локалізації остеохондрозу у *шийному відділі хребта* необхідно дотримуватися таких методичних принципів:

- при патологічній рухливості хребцевих сегментів заняття слід проводити у фіксуючому шийний відділ ватно-марлевому комірці типу Шанца;

- протипоказані активні рухи у шийному відділі хребта в гострій і підгострій періоди, оскільки вони можуть призвести до звуження міжхребцевих отворів і компресії нервових та судинних утворень; їх призначають на заключному періоді хвороби і виконують у повільному темпі, без зусиль та напруження;

- усі вправи обов'язково чергувати з вправами на розслаблення;

- з перших процедур вводяться вправи для зміцнення м'язів шиї у вигляді 5-7-секундного опору згинанню голови, повороту, утримання її в положенні лежачи на спині, животі, боці;

- для усунення наслідків больового синдрому, які обмежують екскурсію грудної клітки, необхідно включити дихальні вправи;

- не допускати посилення больових відчуттів під час виконання фізичних вправ [1; 5].

Методичними особливостями ЛФК при *грудному остеохондрозі* є: попередження збільшення грудного кіфозу шляхом включення вправ на прогинання в грудному відділі хребта, зміцнення м'язів спини, верхньоплечового поясу і м'язів черевного пресу. Часто больовий синдром, а також збільшений грудний кіфоз, призводять до зниження дихальної екскурсії грудної клітки, зменшення рухливості діафрагми. Збільшення кількості дихальних вправ є також важливим методичним аспектом ЛФК для хворих із

грудним остеохондрозом. Дихальні вправи покращують вентиляцію легень і насичення крові киснем, нормалізують кровообіг і обмін речовин, покращують працездатність [3; 5].

ЛГ при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта включала вправи:

- загальнозміцнювальні;
- дихальні для вироблення правильного фізіологічного дихання та збільшення екскурсії грудної клітки;
- спеціальні (для формування м'язового корсета, зміцнення слабких і розслаблення спастичних (напружених) м'язів шиї і грудного відділу хребта, формування стереотипу правильної постави).

Лікувальний масаж при остеохондрозі хребта проводиться у лікарняній і постлікарняній періоди реабілітації. Його лікувальна дія проявляється, в основному, за рахунок нервово-рефлекторного і механічного механізмів. Масаж позитивно впливає на функції ЦНС, покращує настрій і самопочуття хворого, зменшує больові відчуття, перешкоджає іррадіації болю з хворих ділянок, рефлекторно вирівнює тонус м'язів, що порушується внаслідок захворювання. Масаж запобігає виникненню атрофії м'язів, розтягує їх і підвищує скорочувальну здатність. Масаж поліпшує кровопостачання хребта, активізує окисно-водний і обмінний процеси. Це сприяє розсмоктуванню запалення, ліквідації набряків, застійних явищ, підсиленню процесів регенерації, гальмує розвиток дегенеративних процесів у хрящах і суглобовій сумці, зв'язковому апараті суглобів, підтримує і відновлює їх функції [1; 3].

Завданнями лікувального масажу є покращення трофіки в уражених відділах хребта, вирівнювання м'язового тону (зміцнення слабких і розслаблення напружених м'язів), пригнічення больового синдрому.

Масаж проводився в підгострих стадіях (у ряді випадків можна починати і раніше, під час загострення хвороби, але тоді завдання масажу – рефлекторно впливати на біль, що локалізується в хребті, за рахунок «обробки» здорових ділянок тіла – на грудях, плечах, верхній частині спини, передпліччях). Перші сеанси мають бути щадними, не викликати зайвої напруги м'язів, які при

енергійному, жорсткому проведенні прийомів скорочуються, викликаючи додатковий біль.

Оптимальне при масажі положення хворого з остеохондрозом шийно-шийного відділу – лежачи. Масаж також проводився в положенні хворого сидячи в масажному кріслі. Важливою умовою проведення масажу було попереднє максимальне розслаблення м'язів шиї і спини, що досягалося шляхом прийомів погладження.

Після пригнічення болів у хребті методика змінювалася: кількість погладжуючих прийомів зменшувалась, а число вижимань, розминань і особливо розтирань збільшувалось. Саме розтирання повинні стати основним прийомом останніх сеансів. Відзначимо також, що тривалість перших сеансів 5-7 хв, а подальших – до 12 хв. Курс 15-20 процедур. Протягом року призначають 2-3 курси.

Фізіотерапію застосовують на всіх етапах реабілітації при остеохондрозі хребта [2]. Основними механізмами лікувальної дії фізичних методів є нервово-рефлекторний і гуморальний. Фізотерапевтичні методи знижують активність патологічного процесу, гальмують його розвиток, зменшують запальні явища у сегментах, сприяють більш тривалій ремісії. Фізіотерапію при остеохондрозі призначають для поліпшення мікроциркуляції і трофічних регенеративних процесів, розвитку глибокої активної гіперемії, гальмування розвитку дегенеративно-дистрофічних змін, усунення рефлекторного м'язового спазму і зміцнення ослаблених м'язів; підвищення загального тону, загартування організму.

Фізіотерапевтичні методи, які використовувалися у фізичній реабілітації хворих з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта, включали:

- ультразвук має болезаспокійливу, розсмоктувальну, протизапальну, спазмолітичну дію, прискорює регенеративні та репаративні процеси. Дія процедури подібна до дії механічної вібрації, але ультразвук проникає набагато глибше в органи і тканини та діє більш точково. Іноді прийом медикаментів поєднують з ультразвуковими процедурами, що забезпечує краще засвоєння лікарських засобів;
- ампліпульстерапія – низькочастотні імпульсні струми впливають на нервові

рецептори і м'язові утворення, підвищують лабільність нервових волокон і центральних нейронів, що призводить до зниження болю. Сінусоїдальні модульовані струми викликають ритмічно впорядкований потік аферентних сигналів в центральну нервову систему, який пригнічує електричні імпульси з болювого вогнища на периферичному, спинальному, супра-спинальному і кірковому рівнях;

- ультрафіолетове опромінення – допоміжна процедура в процесі основного лікування; ультрафіолетові промені регулюють обмін кальцію і вітаміну D в шкірі. Завдяки цьому покращується засвоєння кальцію і зміцнюється кісткова тканина;

- гідромасаж – тіло пацієнта масажується водним струменем, що подається по шлангах під тиском. Гідромасаж поліпшує кровообіг і лімфодренаж, а також сприяє активізації обмінних процесів в тканинах, зменшенню запалення, усуненню м'язових спазмів і болювих відчуттів в спині

З метою стабілізації результатів, досягнутих в умовах стаціонару, пацієнтів навчали реабілітаційним заходам, які виконувалися в домашніх умовах, а саме прийомам самомасажу голови і шийно-комірцевої зони, комплексам ранкової гігієнічної і лікувальної гімнастики. Також усім хворим надано методичні рекомендації щодо раціонального харчування та здорового способу життя. Останнє передбачало детальні рекомендації щодо запобігання значного навантаження на хребет у повсякденному житті, правильного положення під час сну, оптимального піднімання та переміщення вантажів тощо.

Висновки. Одним з основних принципів фізичної реабілітації хворих із остеохондрозом є комплексний підхід, який передбачає інтеграцію різних засобів і методів відновлення. Іншим важливим принципом є систематичність застосування фізреабілітаційних засобів, оскільки остеохондроз – невиліковний, що вимагає постійної стабілізації результатів, досягнутих в умовах стаціонарного відділення лікарні.

Програма фізичної реабілітації осіб з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта реалізувалася в умовах стаціонару та домашніх умовах. В умовах стаціонару

(неврологічне відділення) використовувалися такі заходи: лікувальна фізкультура (ЛФК), лікувальний масаж, фізіотерапевтичні заходи.

У домашніх умовах передбачено реалізацію таких заходів: самомасаж голови, шиї та шийно-комірцевої зони, ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ) та лікувальна гімнастика (ЛГ), раціональне харчування та дотримання здорового способу життя.

У подальшому плануємо представити результати ефективності експериментальної програми фізичної реабілітації осіб із шийно-грудним остеохондрозом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авдеев А. В. Заболевания позвоночника [полный справочник] / А. В. Авдеев, А. К. Вешкин, В. Ф. Гладенин. – М.: Эксмо, 2008. – 608 с.
2. Веселовский В. П. Принципы комплексного лечения больных остеохондрозом позвоночника / [В. П. Веселовский, Г. А. Ивановичев, А. Я. Попелянский, В. М. Романова, В. П. Третьяков]. – Ленинград, 1985. – 246 с.
3. Дривотинов Б. В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза: уч. пособие / Б. В. Дривотинов. – Мн.: БГУФК, 2005. – С. 200-211.
4. Дубчук О. В. Проблемы розвитку, лікування та реабілітації остеохондрозу хребта на сучасному етапі / О. В. Дубчук, О. В. Усова // Молодіжний науковий вісник. – 2008. – № 2. – С. 30-33.
5. Каптелин А. Ф. Лечебная физкультура при дегенеративных изменениях в структурах позвоночника / А. Ф. Каптелин // Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации / под ред. проф. А. Ф. Каптелина, к. м. н. И. П. Лебедевой. – М.: Медицина, 1995. – С. 88-92.

УДК: 615.8:616.1

Н. В. Кукса

кандидат педагогічних наук, доцент
Сумський державний педагогічний
університет імені А. С. Макаренка

МОЖЛИВОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ МУЗИКОТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

У статті обґрунтовано можливості та особливості застосування музикотерапії як засобу реабілітації хворих на гіпертонічну хворобу.

В статті обґрунтовано можливості та особливості використання музикотерапії як засобу реабілітації хворих з висхідною гіпертонічною хворобою.