

значительно снижены, у здорового человека данный показатель равен 30 баллов. Нарушение когнитивных функций, естественно, приводит к нарушениям жизненной компетенции, что, в первую очередь, проявляется в нарушениях навыков самообслуживания. ЭГ и КГ в начале исследования по показателям ADL по шкале Бартел соответствуют выраженной зависимости.

Из таблицы 1 также видно, что в начале педагогического эксперимента, по всем исследуемым показателям достоверных различий между группами выявлено не было, что позволяет производить их дальнейшее сравнение.

В конце педагогического эксперимента было проведено повторное тестирование по тем же показателям (таблица 2).

Таблица 2 – Исследуемые показатели в конце исследования, баллы

Показатели	ЭГ ($\bar{X} \pm S\bar{x}$)	КГ ($\bar{X} \pm S\bar{x}$)	Достоверность различий (при $t_{\text{крит.}}=2,31$)
Основная функция кисти	1,4±0,17	2,1±0,23	p<0,05
ADL	84,0±4,60	57,0±3,12	p<0,05
Когнитивные функции	26,5±0,45	23,4±1,15	p<0,05

По показателям, характеризующим основную функцию кисти в ЭГ и КГ произошли выраженные улучшения, но в ЭГ в конце исследования результаты достоверно превосходят таковые в КГ.

Когнитивные функции улучшились также в обеих группах по всем показателям – ориентации, восприятию, вниманию, памяти, речи и чтению. С данным показателем связан и результат навыков бытового самообслуживания. В конце исследования в ЭГ этот показатель соответствует умеренной зависимости, в КГ остался в рамках выраженной зависимости.

После проведения педагогического эксперимента по всем исследуемым показателям пациенты ЭГ достоверно превосходят результаты КГ. Это подтверждает наше предположение о том, что именно применение методики Перфетти, сочетающей в себе сенсомоторную функциональную тренировку и когнитивный тренинг, достоверно улучшает как функциональные возможности кисти и навыки самообслуживания, так и состояние когнитивной сферы.

Таким образом, проведенный педагогический эксперимент показал более высокую эффективность разработанной нами методики сочетанного применения таких средств эрготерапии, как сенсомоторная функциональная тренировка и когнитивный тренинг в виде методики Перфетти у постинсультных больных в раннем восстановительном периоде по сравнению с общепринятой.

1. Елифанов, В. А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В. А. Елифанов. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
2. Кадыков, А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпаронова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.
3. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения: учеб.-метод. пособие по неврологии для студентов мед. вузов / под ред. В. И. Скворцовой. – М.: Литтера, 2006. – 104 с.

ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У ЛИЦ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В СТАДИИ РЕМИССИИ

Кормильцев В.В.,

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины,
Украина

Введение. За последние годы, в связи с непрерывным ростом количества больных хроническими болезнями опорно-двигательного аппарата, остеохондроз позвоночника приобретает все большую социальную значимость. В современном мире остеохондрозом болеет от 40 до 80 % населения земного шара [11]. Остеохондроз позвоночника поражает людей преимущественно трудоспособного возраста, длится долго, имеет порой тяжелое течение и склонность к рецидивам. Ежегодно количество больных увеличивается, все чаще заболевание диагностируют у лиц молодого возраста [12]. Также обострения клинических вертеброгенных проявлений в виде осложненного миофасциального синдрома – одна из самых частых причин временной нетрудоспособности. При этом потенциальная возможность полного восстановления работоспособности уменьшается по мере увеличения длительности заболевания.

Сейчас существует множество методов болевого синдрома у больных с вертеброгенной патологией. Так, Ф.Ш. Фавваз (2012) предлагает использование электромиографии в комплексной оценке выраженности болевого синдрома [9]. О необходимости применения алгиметрии при исследовании поверхностной болевой чувствительности у больных остеохондрозом с неврологическими проявлениями идет речь в работе Ю.В. Бобрика с соавт. (2009) [1]. В работе Е.Ф. Высоцкой, Н.В. Степановой (2007) указывается на необходимость применения индекса мышечного синдрома для оценки объективизации болевых ощущений [3]. Однако, во всех вышеперечисленных работах также использовалась визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ) как универсальный метод диагностики влияния различных программ физической реабилитации на проявления болевого синдрома лиц с вертеброгенной патологией. По данной шкале может оцениваться боль в шее, боль в пояснице, головная боль. Принцип оценки – тот же, что и для обычной визуально-аналоговой шкалы: на линейной шкале необходимо отметить тот уровень (обвести кружочком соответствующий номер), который наилучшим образом описывает ответ на заданный вопрос.

Данные последних лет об эффективности лечения и профилактики при остеохондрозе позвоночника показали, что с помощью комплексного подхода к физической реабилитации можно успешно пролонгировать стадию ремиссии, купировать болевые синдромы и улучшить качество жизни и функциональное состояние больных. Однако остается открытым вопрос о том, какие воздействия и их сочетания рациональнее использовать при той или иной форме заболевания в зависимости от клинических проявлений остеохондроза.

Как считают С.А. Егорова с соавт., И.В. Милюкова с соавт. (2007), основной задачей лечебной гимнастики для реабилитации является уменьшение болей, укрепление ослабленных мышц, позвоночника, всего организма, снижение патологической проприоцептивной импульсации, улучшение кровообращения в пораженном участке, уменьшение явлений раздражения [4, 7]. По мнению Г.П. Малахова, О.А.Тихой (2007), в программу комплексной физической реабилитации необходимо включение массажа [6, 8]. Метод постизометрической мышечной релаксации, по мнению Д.В. Яковенко (2008), А.А. Луцик с соавт. (2010), позволяет окончательно восстановить полный объем движений в заблокированном суставе, избавиться от болевого синдрома, снять спазматическое напряжение мышц [5, 10]. Как показывает практика, работ, посвященных физической реабилитации больных с остеохондрозом в стадии ремиссии на базе фитнес-клубов и реабилитационных центров, недостаточно.

Таким образом, все исследователи изучали различные проявления болевого синдрома и аспекты, касающиеся двигательного режима лиц с вертеброгенной патологией, но во всех случаях ключевыми пунктами оценки состояния и определения степени реабилитационных нагрузок были показатели болевых ощущений.

Цель работы: оценка эффективности применения программы физической реабилитации лиц с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в стадии ремиссии на показатели болевых ощущений.

Методы исследования: анализ научно-методической литературы, анкетирование (по ВАШ боли), методы математической статистики.

Результаты и их обсуждение. Нами было обследовано 60 мужчин 2-го периода зрелого возраста с вертеброгенной патологией в стадии ремиссии, все они поступили на курс реабилитации в фитнес-клуб «Sportlife Осокорки».

Для оценки болевых ощущений мы использовали четырехсоставную визуально-аналоговую шкалу боли (Quadruple Visual Analogue Scale), которая позволяет характеризовать «размах» субъективных болевых ощущений в процессе заболевания (Von Koff M., Deyo R.A. et al., 1993 [по 2]).

Как наиболее типичный, средний уровень боли исследуемые отметили $2,72 \pm 0,42$ см ($\bar{x} \pm S$) при максимально возможном 10 см, что соответствовало бы невыносимой боли. В наилучшие периоды болезни пациенты отметили боль на уровне $1,57 \pm 0,49$ см ($\bar{x} \pm S$). Во время рецидивов уровень боли у них достигал $5,83 \pm 0,8$ см ($\bar{x} \pm S$).

Следовательно, при разработке авторской программы физической реабилитации одними из приоритетных целей были купирование болевого синдрома и пролонгация стадии ремиссии. Основываясь на проанализированном нами опыте многих авторов [4, 7, 9, 13], периодах клинического течения заболевания, особенностей позвоночника у исследуемого контингента были выделены следующие периоды реабилитации:

- адаптационный период (2 мес.);
- тренировочно-корректирующий период (6 мес.);
- стабилизационный период (2 мес.).

Для каждого периода определены цели и задачи. Все периоды были идентичны у больных основной и контрольной групп. Основное отличие между основной и контрольной группами заключалось в наполнении программ физической реабилитации, предложенными нами средствами восстановления физического здоровья, а также в методическом построении занятий.

Адаптационный период. Длительность – 2 месяца, цель – миорелаксация, подготовка к возрастающим нагрузкам, больные находятся на стадии неполной ремиссии. Средства, применяемые в данном периоде: ЛГ, сегментарно-рефлекторный и точечный массаж, гидрокинезотерапия с элементами аквафитнеса.

Тренировочно-корректирующий период. Длительность – 6 месяцев, цель – коррекция патологического профиля осанки, миокоррекция, больные находятся на стадии полной ремиссии. Средства, применяемые в данном периоде, – стабилизационный тренинг и корректирующая гимнастика.

Стабилизационный период. Длительность – 2 месяца, цель – миотонизация, укрепление мышечного корсета и пролонгация стадии ремиссии. Средства, применяемые на данном этапе, – занятия в тренажерном зале и функциональный тренинг.

В конце эксперимента лица, имеющие вертеброгенную патологию хронического течения и занимавшиеся по разработанной нами методике, по окончании курса реабилитации отметили существенное снижение уровня боли. Их показатель $1,3 \pm 0,38$ см ($\bar{X} \pm m$) статистически значимо отличался от исходного уровня $2,87 \pm 0,32$ см ($\bar{X} \pm m$); у представителей контрольной группы изменения в оценке уровня боли были статистически незначимы. Анализ результатов представительств основной и контрольной групп оценки наиболее типичного или среднего уровня боли (шкала 2), боли в наилучшие периоды (шкала 3) выявил ту же тенденцию, по шкале 4 нами исследования не проводились, так как по окончании реабилитационного курса у всех больных не наблюдался рецидив заболевания. По всем шкалам больные основной группы отметили статистически значимое ($p < 0,01$) снижение уровня боли. Кроме того, результаты основной группы по шкале 3 (уровень боли в наилучшие периоды) $0,71 \pm 0,38$ см ($\bar{X} \pm m$) были статистически значимо ($p < 0,05$) лучше (уровень боли ниже), чем показатель контрольной группы $1,6 \pm 0,73$ см ($\bar{X} \pm m$).

Результаты исследований, проведенных после прохождения курса реабилитации, показали хорошую динамику уменьшения болевых ощущений у больных основной группы. Так, по всем трем шкалам было зафиксировано статистически значимое ($p < 0,01$) снижение уровня боли по сравнению с уровнем боли, показанным в начале эксперимента.

Также по всем трем шкалам уровень боли у представителей основной группы был статистически значимо ($p < 0,01$) ниже, чем показатели лиц контрольной группы.

Что касается лиц контрольной группы, то их показатели, полученные в конце реабилитационных мероприятий, не отличались статистически значимо от результатов тестирования, проведенного при поступлении на курс. При сравнении этих результатов с исходным уровнем только для показателя по шкале 1 (актуальный уровень боли) различия были значимы ($p < 0,05$): $2,9 \pm 0,65$ см до начала мероприятий и $1,5 \pm 0,61$ м в конце.

Выводы

Из анализа полученных данных следует, что интенсивность болевых ощущений мужчин основной группы достоверно снизилась по сравнению с исходным уровнем, их показатели статистически значимо отличались от показателей контрольной группы. На основании приведенных данных можно сделать заключение, что разработанная нами программа реабилитации позволяет в большей мере решить проблему снятия болевого синдрома у мужчин с остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в стадии ремиссии, чем стандартная методика реабилитации, проводимая в реабилитационном учреждении для той же категории испытуемых.

1. Бобрик, Ю. В. Исследование поверхностной болевой чувствительности у больных остеохондрозом с неврологическими проявлениями на различных этапах комплексной реабилитации / Ю. В. Бобрик, А. П. Горлов, Н. П. Верко // Таврический медико-биологический вестник. – 2009. – Т. 12. – № 1. – С. 18–20.

2. Основи діагностичних досліджень у фізичній реабілітації (навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів) / Т. Бойчук [и др.]. – Львов: ЗУКЦ, 2010. – С. 25.

3. Высоцкая, Е. Ф. СКЭНАР-реабилитация при вертеброгенном болевом синдроме / Е. Ф. Высоцкая, Н. В. Степанова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту / ред. С. С. Єрмаков. – Харків, 2007. – № 4. – С. 35–36.

4. Егорова, С. А. Оздоровительная физическая культура при остеохондрозе позвоночника у детей и подростков / С. А. Егорова, Л. В. Белова, Н. А. Егоров // Теория и практика физической культуры. – 2007. – № 6. – С. 69.

5. Луцик, О. Г. Особливості функціонального відновлення хворих на остеохондроз в похилому віці / О. Г. Луцик, С. О. Панфілова // Вісник Запорізького національного університету. – Серія: Фізичне виховання і спорт. – 2010. – № 1 (3). – С. 142–144.

6. Малахов, Г. П. Профилактика и лечение болезней позвоночника / Г. П. Малахов. – Донецк: Сталкер, Генеша, 2007. – 239 с.

7. Милукова, И. В. Большая энциклопедия оздоровительных гимнастик / И. В. Милукова, Т. А. Евдокимова. – Москва; Санкт-Петербург: АСТ; Сова, 2007. – 992 с.

8. Тихая, О. А. Оптимизация традиционных технологий восстановительной медицины: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. А. Тихая. – Москва, 2007. – 17 с.

9. Фавваз, Ф. Ш. Фізична реабілітація хворих на остеохондроз після міні-інвазивних втручань на хребті: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня. канд. наук з фіз. виховання і спорту / Ф. Ш. Фавваз. – Київ, 2012. – 24 с.

10. Яковенко, Д. В. Методика комплексного воздействия при профилактике остеохондроза у студентов специальных медицинских групп / Д. В. Яковенко // Ученые записки университета им. П. Ф. Лесгафта. – 2008. – № 9. – С. 113–117.

11. Boyle, K.L. Managing a male patient with left low back pain and sacroiliac joint pain with therapeutic exercise: a case report / K. L. Boyle // Physiotherapy Canada. – 2009. – vol. 63 – pp. 154–163.

12. Dagenais, S. Evidence-Based Management of Low Back Pain / S. Dagenais, S. Haldeman, Mosby; 1 edition, 2011. – 478 p.

13. Kisner, C. Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques (Therapeutic Exercise: Foundations & Techniques) / C. Kisner, L. Colby. – F.A. Davis Company; 5 edition, 2007. – 960 p.