

А. В. Левин, А. Д. Викулов

Особенности методики проведения занятий ЛФК при шейном остеохондрозе позвоночника

Анализ литературы и практического опыта по исследуемой проблеме выявил ряд специфических особенностей при проведении физической реабилитации лиц старшей возрастной группы при остеохондрозе шейного отдела позвоночника. В данной работе представлен подробно описанный практический опыт и рекомендации по проведению занятий ЛФК, целью которых является коррекция остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Ключевые слова: остеохондроз, позвоночник, боль, шея, реабилитация, упражнения, пенсионеры, давление, пульс, грыжа, методика, коррекция.

A. V. Levin, A. D. Vikulov

Peculiarities of a Technique of Carrying Out Exercise Therapy at Spine Cervical Osteochondrosis

The analysis of literature and practical experience on the research problem, identified a number of specific features during the physical rehabilitation of older adults with osteochondrosis of the cervical spine. In this paper we described in detail practical experience and recommendations for exercise therapy sessions aimed at the correction of cervical degenerative disc disease.

Key words: osteochondrosis, a spine, pain, a neck, rehabilitation, exercises, retirees, pressure, pulse, hernia, methodology, correction.

Остеохондроз шейного отдела является результатом дегенеративно-дистрофических изменений данного отдела позвоночника. Происхождение патологических изменений тесно связано со структурой шейного отдела позвоночника, который состоит из семи самых подвижных позвонков, что дает возможность нашей шее делать множество разнообразных движений.

Однако, имея слабый мышечный корсет и низкую механическую прочность позвонков, шейный отдел позвоночника является самым уязвимым. Его легко травмировать не только резким или сильным воздействием, но и излишним или недостаточным разгибанием и сгибанием самой шеи. Эти и многие другие причины (поднятие тяжестей, переохлаждение, сколиоз) ведут к развитию остеохондроза шейного отдела, а в тяжелых случаях к образованию грыжи позвоночника, что является весьма опасным для здоровья и жизнедеятельности больного.

Лечение остеохондроза шейного отдела стоит начинать после тщательного изучения клинической картины его проявления, так как симптоматика заболевания показывает степень развития и стадии данной патологии.

Шейный остеохондроз проявляется следую-

щими симптомами: разного рода болью в шее задних и боковых отделах, отдающей в плечо, лопатку и затылок; головокружением и шумом в ушах из-за нарушения кровоснабжения мозга; частичным онемением пальцев и слабостью нижних конечностей, шаткостью походки. Болевой синдром может появиться при длительном удержании наклоненной вперед головы, резком ее повороте, физической работе и др. При проявлении перечисленных отклонений, больному необходимо пройти тщательную диагностику, чтобы поставить точный диагноз.

В результате накопления практического опыта в исследуемой проблеме было установлено, что остеохондроз шейного отдела позвоночника занимает второе место (30 %) по распространенности среди лиц возрастной группы 60–80 лет после остеохондроза пояснично-крестцового отдела (85 %).

Эта информация и послужила стартом к разработке системы физической реабилитации лиц пожилого возраста с явными признаками остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Разработанная нами авторская методика реабилитации лиц пожилого возраста включала исключительно средства лечебной физической

культуры и проходила апробацию на базе отделения ЛФК МУЗ Клиническая больница № 2 г. Ярославля в 2 периода:

1. январь – апрель 2011 г.

2. сентябрь 2011 г. – апрель 2012 г.

В каждой группе занятия проводились ежедневно, пять раз в неделю, на протяжении месяца. Продолжительность занятий составляла 50 минут. Каждое занятие состояло из трех частей: подготовительной, основной и заключительной. В каждой части ставились задачи, подбирались средства для решения поставленных задач, и указывались методические указания.

В данном исследовании принимали участие испытуемые возрастной категории 60–80 лет, общим числом 20 человек. Средний возраст испытуемых составлял 68 лет.

Для выполнения ряда упражнений использовался специальный инвентарь: гантели, утяжелители для конечностей, гимнастические мячи, фитболы, резиновые жгуты, а также инвентарь, подбираемый индивидуально для каждого пациента.

Упражнения выполнялись в следующих исходных положениях: лежа на спине, лежа на животе, сидя на стуле и стоя. Упражнения сидя на стуле и лежа применялись в конце занятия при появлении признаков усталости у пациентов.

При составлении комплекса упражнений учитывались диагноз заболевания, физическое развитие обследуемых, их возраст, пол, физическая подготовленность.

На каждом занятии проводился контроль за самочувствием занимающихся (пульсометрия и измерение АД до/после занятия, визуальный на протяжении всего занятия).

При значительно выраженных болях упражнения проводились в медленном темпе, а наиболее болезненные – в темпе, приемлемом для больного. По мере стихания болей упражнения давались ритмично в среднем темпе; каждое упражнение повторялось 6–8 раз, а наиболее болезненные движения – 3–4 раза.

Амплитуда движений задавалась такой, чтобы не вызывала усиления болей. Амплитуда увеличивалась постепенно, а все движения проводились только до болезненных ощущений.

Все упражнения выполнялись свободно, плавно без усилий и резких движений. Сначала проводились движения в здоровой конечности, в мелких и средних суставах, а потом и в крупных.

Во время занятий учитывалось правило чередования мышечных групп, вовлекаемых в рабо-

ту, «рассеивая» нагрузку по всей мускулатуре.

С целью уменьшения болевых ощущений, специальные упражнения чередовались с отвлекающими и дыхательными.

При усилении болей во время выполнения упражнения пациент не выполнял его и вновь пробовал сделать спустя несколько занятий, после стихания болей.

Выполнение упражнений было направлено на достижение следующих задач:

– Подготовка пациента к нагрузке основной части занятия;

– Усиление функций сердечно – сосудистой и дыхательной систем;

– Обучение расслаблению мышц шеи, плечевого пояса и верхних конечностей;

– Усиление кровоснабжения корешков шейного отдела позвоночника;

– Расслабление мышц плечевого пояса и верхних конечностей;

– Улучшение трофики тканей мышц шеи, плечевого пояса;

– Увеличение подвижности межпозвонковых суставов;

– Повышение толерантности организма к физическим нагрузкам;

– Восстановление амплитуды движений;

В качестве средств достижения поставленных задач использовались следующие виды упражнений:

– Дыхательные упражнения статического и динамического характера

– Упражнения на сопротивление мышц шеи;

– Изотонические и статические упражнения для мышц и суставов конечностей;

– Общеразвивающие упражнения для средних и крупных мышечных групп;

– Общеразвивающие упражнения с предметами.

Результаты апробации методики физической реабилитации показали положительную динамику общего физического состояния пациентов.

Все пациенты охарактеризовали динамику своего общего состояния как положительную. При выполнении упражнений на расслабление мышц туловища и конечностей, а также при выполнении изотонических упражнений, у пациентов отмечалось уменьшение болей. При выполнении динамических и статических упражнений

повысилась силовая выносливость мышц шеи, увеличился объем движений в межпозвоноковых суставах, улучшилась подвижность шейного отдела позвоночника, благодаря этому увеличились двигательные возможности больных, что дало значительный стимул для улучшения их психоэмоционального состояния, что, в свою очередь, благоприятно сказывалось на тоне глубокой мускулатуры позвоночника, препятствуя ее спазмам, улучшились координационные

способности, повысилась общественная активность, нормализовался психологический фон.

Положительные сдвиги отмечены также со стороны деятельности сердечно-сосудистой системы, что выразилось в нормализации уровня артериального давления, частоты пульса, повышении физической работоспособности, сокращении времени восстановления после занятий.

В результате проведенной экспериментальной работы нами были получены следующие данные:

Таблица 1

Показатели АД после занятия у группы испытуемых до и после проведения реабилитации в период с 27.02.2012 по 30.03.2012

№ испытуемого	До проведения реабилитации	После проведения реабилитации
1	160/90	130/80
2	150/80	140/75
3	135/70	130/70
4	160/90	145/85
5	165/90	150/90
6	135/80	130/60
7	150/80	140/95
8	150/90	145/90
9	140/80	140/85
10	135/75	130/80
11	145/90	140/85
12	120/85	120/90
13	140/90	140/85
14	135/85	130/70
15	120/80	120/80
16	155/90	145/85
17	130/70	125/70
18	140/75	130/65
19	135/75	130/70
20	140/80	135/70
Хсп. (САД)	137	129
Хсп. (ДАД)	82	79

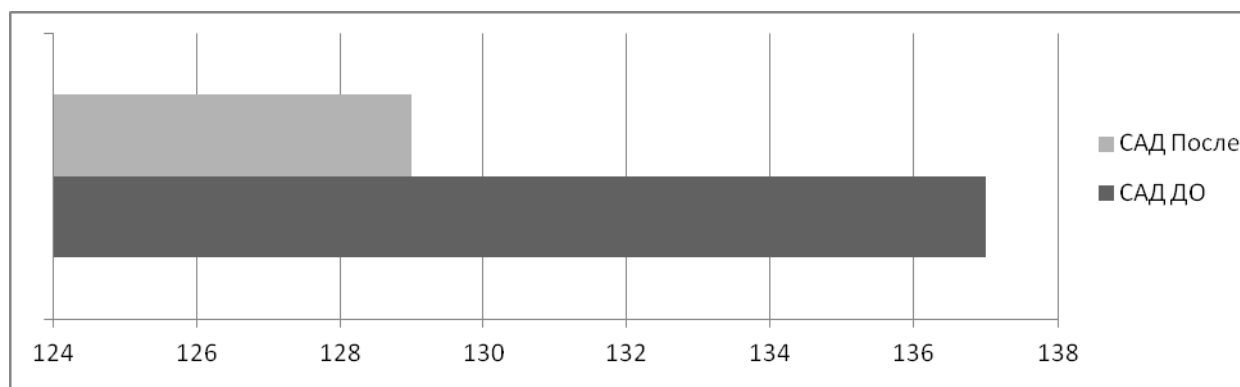


Рис. 1. Среднее систолическое артериальное давление после занятия у испытуемых до и после исследования

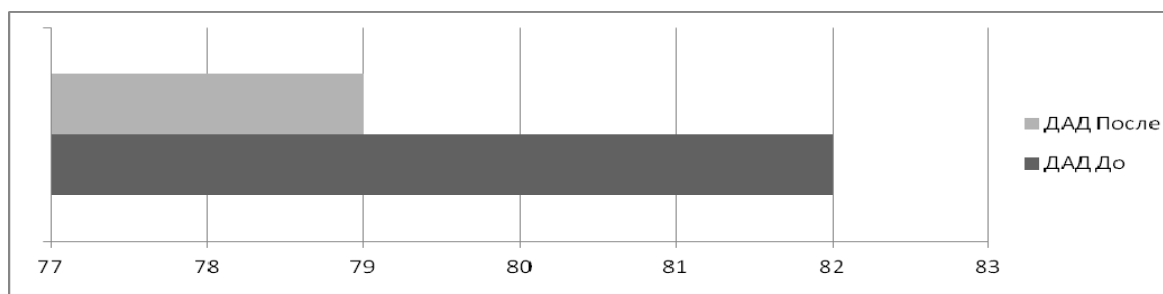


Рис. 2. Среднее диастолическое артериальное давление после занятия у испытуемых до и после исследования

Таблица 2

Показатели пульсового давления после занятия у группы испытуемых до и после проведения реабилитации в период с 27.02.2012 по 30.03.2012

№ испытуемого	До	После
1	70	65
2	70	70
3	65	60
4	70	65
5	75	70
6	75	65
7	70	60
8	70	65
9	75	65
10	65	60
11	60	60
12	65	65
13	70	65
14	75	70
15	65	60
16	70	65
17	75	70
18	65	60
19	75	70
20	70	65
X ср.	69.75	64.75

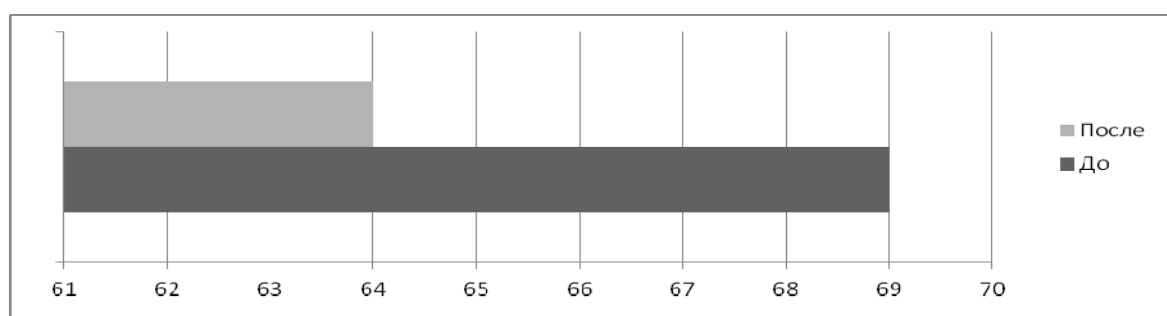


Рис. 3. Средние показатели пульсового давления после занятия у испытуемых до и после проведения реабилитации

Полученные данные указывают на изменения показателей со стороны деятельности сердечно-сосудистой системы, выраженных в понижении уровня систолического, диастолического давле-

ния и пульсового давления, что позволяет говорить об адаптации за достаточно короткий срок испытуемых к физическим нагрузкам.