

УДК 615.825:616.71-001.5

Бурка О.М.¹, Сандуляк О.В.²

¹ канд. пед. наук, доц. НУ «Запорізька політехніка»

² студ. гр. УФКС-218 НУ «Запорізька політехніка»

ВИКОРИСТАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ПРИ КОМПРЕСІЙНИХ ПЕРЕЛОМАХ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Компресійний перелом хребта – це перелом, що виникає при одночасному згинанні та стисненні хребетного стовпа й призводить до значного підвищення тиску на передні структури хребта – тіло хребців (набувають форму клина) і міжхребцеві диски. При значному зниженні висоти передніх відділів тіла хребця його задня частина може втискатись в хребетний канал і приводити до здавлювання спинного мозку. Найбільш часто компресійні переломи тіл хребців виникають в області грудо-поперекового переходу (11 - 12 грудні хребці і 1-й поперековий).

Поперековий відділ складається з п'яти хребців (L1-L5). Тіло хребця масивніше за тіла хребців в інших відділах, оскільки вони витримують більш значні біомеханічні навантаження. Остисті відростки розташовані горизонтально і мають більш квадратну форму. Хребетний отвір відносно

великий, але тут компресія нервових корінців зустрічається частіше, ніж в грудному відділі хребта.

При компресійних переломах розрізняють 3 ступеня компресії (I ступінь – зниження висоти тіла хребця або його переднього відділу менш половини висоти суміжного хребця, II – зниження висоти тіла хребця або його переднього відділу у половину висоти суміжного хребця, III – зниження висоти тіла хребця або його переднього відділу більше половини висоти суміжного хребця).

Причинами пошкоджень є: падіння з висоти (кататравма), дорожньо-транспортні події, пірнання, спортивні травми, осьове навантаження, що перевищує межу міцності хребта, метастазне ураження при злоякісних пухлинах тощо. У літніх людей – можуть виникати як наслідок остеопорозу або іншого захворювання, що призводить до зміни кісткової щільності.

Розрізняють наступні механізми компресійного перелому у поперековому відділі:

1. Прямий – зусилля на хребет (удар тупим предметом або здавлювання в напрямі ззаду наперед), що призводить до забою, а також ізольованого пошкодження задніх структур хребта.

2. Непрямий – пошкодження виникає внаслідок насильницького згинання або розгинання поперекового відділу (різке і раптове одномоментне форсоване згинання тулуба, а також, так званий, «рух хлиста» – різке відхилення назад з форсованим розгинанням і подальшим різким згинанням хребта), ротації (під час занять спортом в при невірному проведенні прийомів з обертанням), компресії (травмуюча сила діє суворо за вертикальною віссю хребта за умови, коли у момент дії сили шийний або поперековий фізіологічні лордози згладжені), від зміщення (виникають при дії сили у фронтальній або сагітальній площині) і від розтягування через інерційний рух верхньої половини тулуба.

Обидва механізми можуть діяти як ізольовано, так і в різних комбінаціях, це призводить до певної форми ушкодження хребетного стовпа.

Симптоми: неврологічні розлади (порушення чутливості, рухів, порушення функції тазових органів); характерна біль локального характеру на рівні ушкодження, що підсилюється при пальпації, рухах і особливо при ходьбі; рухи хребта обмежені, м'язи спини на рівні травми напружені [2].

При переломі поперечних відростків поперекових хребців виникає симптом «прилиплої п'яти» (пацієнт не може підняти випрямлену ногу в положенні лежачі) і «псоас-симптом» (різкий біль у ділянці нирок при розгинанні нижньої кінцівки) [1].

Основним засобом відновлення після компресійного перелому поперекових хребців є лікувальна фізична культура (ЛФК) [2].

Заняття ЛФК поділяються на 3 періоди:

Перший період. Завдання ЛФК: повне розвантаження хребта, створення умов для пришвидшення регенерації у місці перелому; активізація життєдіяльності організму, нормалізація психоемоційного стану, профілактика м'язової атрофії, контрактур, порушень дихальної та травної систем тощо.

Руховий режим – суворо ліжковий; форми ЛФК: лікування положенням, механотерапія, лікувальна гімнастика (ЛГ) 2-3 рази на день (вихідне положення лежачі на спині) з переважним використанням дихальних і пасивних вправ та великоамплітудних рухів для верхніх кінцівок.

Другий період. Завдання ЛФК: сприяння регенеративним процесам у місці перелому; навчання хворого правильному повороту на живіт; підвищення тону м'язів тазового поясу та вільних нижніх кінцівок, формування м'язового корсету спини, зміцнення м'язів живота та сідниць; профілактика порушень постави. Методична рекомендація: змінювати початкове положення з метою розсіювання навантаження.

Рухові режими – ліжковий, палатний; форми ЛФК: ранкова гігієнічна гімнастика (РГГ), механотерапія, гідрокінезотерапія, лікування положенням, самостійні заняття, ЛГ 20-25 хв. 4-5 р/д (вихідне положення виключно лежачі на спині або на животі) з переважним використанням загальнорозвиваючих, дихальних, ідеомоторних вправ та вправ на розслаблення.

Третій період розділяється на два підперіоди.

Перший підперіод. Завдання: зміцнення м'язового корсету спини та живота; тренування вестибулярного апарату; відновлення координації дій; стимуляція регенеративних процесів у області перелому; поступова адаптація хребетного стовпа до вертикальних навантажень.

Руховий режим – вільний; форми ЛФК: РГГ, самостійні заняття, лікувальна ходьба, гідрокінезотерапія, ЛГ 25-30 хв. 4-5 р/д (використовують всі вихідні положення, обмежуючи використання положень на боці) з використанням координаційних, дихальних, силових вправ, вправ з опором. Окремо додають заняття трудотерапії для відновлення дрібної моторики та ходи.

Другий підперіод. Завдання: вдосконалення координації, розвиток сили м'язів, удосконалення навичок ходи, трудова реабілітація.

Рухові режими: вільний, щадний, щадно-тренувальний; форми: РГГ, лікувальна ходьба, оздоровчі заняття фізичною культурою (переважно

використовують оздоровче плавання), механотерапія, самостійні заняття, ЛГ до 35-40 хв. 2-3 р/д.

Компресійні переломи поперекових хребців відносяться до числа найбільш важких травм, 20-40% яких ускладнюються пошкодженням спинного мозку [3]. З наведеного вище, робимо висновок, що найважливішим у відновленні після травм хребта є послідовність та своєчасність проведення лікувально-профілактичних заходів. А вибір лікувальної тактики залежить від індивідуальних особливостей пацієнта та отриманого ним ушкодження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Білий В. Я. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій / В.Я. Білий, П.І. Білінський, В.В. Бігуняк. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. – 324 с.
2. Гордіян, М. О. Фізична реабілітація при компресійному переломі поперекового відділу хребта в лікарняний період : дипломний проект ... бакалавра : 010203 Здоров'я людини / Гордіян Максим Олегович. – Київ, 2019. – 89 с.
3. Методичні вказівки та завдання для практичних занять з лікувальної фізичної культури при пошкодженнях хребта з навчальної дисципліни «Фізичне Виховання» (для всіх освітніх програм Університету) / Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова; уклад. І. Ю. Садовська. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2016. – 35 с.