

СЕКЦІЯ «АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ ТА КІНЕЗІОТЕРАПІЯ»

УДК 615.8:616.711-007.5

Афанасьєва О.С.

канд. наук з фіз. вих. та спорту, доцент, Придніпровська державна академія фізичної культури і спорту

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ

Анотація. Якість життя (ЯЖ) є інтегральною характеристикою різних сфер функціонування людини, дозволяє проводити аналіз складових життєдіяльності пацієнтів відповідно до критеріїв Всесвітньої організації охорони здоров'я. Для покращення якості життя хворих проведена реабілітація з поетапним застосуванням фізичних засобів з урахуванням поступового фізичного навантаження за трьома етапами: адаптаційного, тренувально-корекційного та стабілізаційного.

Ключові слова: фізична терапія, опорно-руховий апарат, якість життя.

Abstract. Quality of life, being an integral characteristic of various spheres of human functioning, allows analyzing the components of patient life activity in accordance with the criteria of the World Health Organization. To improve the quality of life of patients, rehabilitation was carried out with a phased use of physical means, taking into account gradual physical activity in three stages: adaptation, training and correctional and stabilization.

Keywords: physical therapy, musculoskeletal system, quality of life.

Аутизм – порушення пов'язане з аномальним розвитком головного. Останні роки у всьому світі зростає інтерес до фізичної терапії пацієнтів з патологією опорно-рухового апарату, проводяться великі популяційні дослідження, спрямовані на підвищення ефективності різних технологій фізичної терапії. І, на жаль, автори дуже часто відмічають їх недостатність.

Внаслідок цього якість життя, показники фізичної працездатності і роботоздатності часто не досягають цільових значень, що негативно відбивається на соціальному статусі пацієнтів та економічному стані країни в цілому.

Пошук ефективних інструментів оцінки реабілітаційних технологій є актуальною науковою проблемою сучасної реабілітології [1]. В даний час не існує єдиної методології визначення детермінант ефективності реабілітаційних втручань.

Між тим публікації останнього десятиріччя свідчать про неоднозначність позицій дослідників як щодо вибору методик оцінки ЯЖ,

так і їх результатів [2, 3]. Особливо це стосується оцінки ЯЖ після застосування засобів фізичної терапії [1, 3].

Мета дослідження: вивчити вплив фізичної терапії на якість життя хворих на поперековий остеохондроз.

Обстежено 57 хворих на поперековий остеохондроз хребта у віці $(52,8 \pm 1,7)$ роки. Серед пацієнтів переважали жінки – 66,7%. Для визначення ефективності фізичної терапії всі хворі сформовані у 2 групи: основну (ОГ) склали 29 пацієнтів, яким застосовувалася розроблена патогенетично спрямована програма фізичної терапії. В контрольну групу (КГ) увійшли 28 хворих, яким застосовувалися засоби фізичної терапії за планом лікувальної установи.

Оцінку ЯЖ здійснювали за опитувальником SF-36 [4].

Фізична терапія хворих ОГ здійснювалася за технологією, запропонованою С.М. Афанасьєвим, яка складалася з декілька модулів, кожен з яких мав свою мету [1].

Заняття проводилися 4 рази на тиждень малогруповим методом в 3 етапи: адаптаційний, тренувально-корекційний і стабілізаційний.

На адаптаційному етапі застосовувалися: навчання хворих для формування їх мотивації до фізичної терапії та освоєння елементів лікувальної гімнастики (ЛГ), дозована ходьба, лікувальний масаж поверхневий з спіралеподібним напрямом прийомів та глибокий з корекцією періостальних ділянок, курсом 12 процедур.

На цьому етапі застосовували загально-зміцнюючі фізичні вправи: елементарні вправи для дрібних і середніх м'язових груп кінцівок у вихідному положенні стоячи. Для тулуба застосовували вправи в поворотах, полу-нахилах в поєднанні з вправами для верхніх і нижніх кінцівок, на розслаблення м'язів кінцівок в положенні лежачи. Виключали вправи, спрямовані на значне розтягнення м'язів поперекової області. Методичними особливостями цього етапу були: виконання вправ без зусиль з обмеженою амплітудою, ритмічно, спочатку в повільному, а потім середньому темпі. Тривалість заняття на цьому етапі 45 хвилин.

Для покращення мікроциркуляторних процесів та забезпечення трофічної дії фізичної терапії застосовували дихальні вправи з акцентом на грудне дихання.

Тренувально-корекційний етап становив 8 тижнів. На цьому етапі фізичні вправи застосовували в полегшених вихідних положеннях: лежачи на спині, боці, животі, колінно-ліктьовому та колінно-кистьовому. Використовували як ізометричні, так і ізотонічні скорочення м'язів черевної стінки та поперекових м'язів, вправи на розвиток м'язів передньої черевної стінки і розслаблення паравертебральних м'язів (постізометрична

релаксація м'язів поперекової області), вправи, які розтягують хребетно-рухові сегменти, використання комплексних рухів в умовах «проприоцептивного полегшення», а також які відновлюють поставу і тренують постуральні м'язи (вправи на рівновагу, тренування балансу зі зменшенням площі опори на нерівних поверхнях, на балансувальних дошках або на баланс-системі з BOSU). В комплексах ЛГ використовували і фізичні вправи за принципами Пілатеса.

Завданнями стабілізаційного етапу, який тривав 4 тижні, були: корекція патологічного рухового стереотипу; створення та закріплення нових рухових навичок; підвищення якості життя. Для цього застосовували: комплекси ЛГ, ходьбу, самостійні заняття ЛГ, сегментарний масаж через день перед ЛГ – 12 процедур.

Ефективність застосованої програми вивчена через 5 місяців від початку реабілітаційних заходів.

Якість життя хворих після застосування фізичної реабілітації суттєво покращилася за шкалами як фізичного, так і психологічного здоров'я (рис. 1).

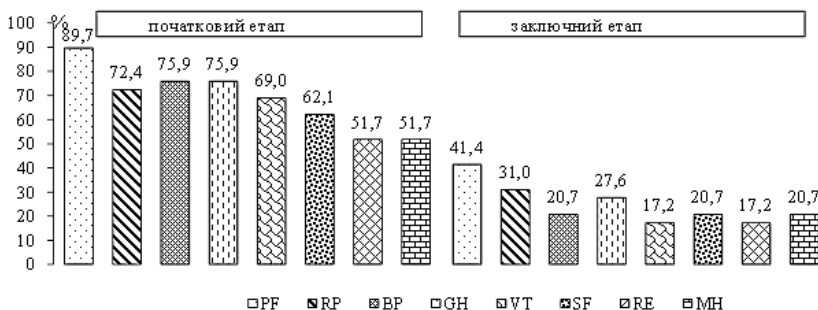


Рис. 1. Динаміка змін показників якості життя пацієнтів основної групи

Зокрема, частота обмеження фізичної активності (PF) скоротилася вдвічі ($\chi^2=12,90$; $p=0,0003$), за шкалою рольового фізичного функціонування (RP) – в 2,3 рази ($\chi^2=8,35$; $p=0,0004$). Обмеження здатності займатися повсякденною діяльністю через біль (BP) спостерігалася в 3,7 рази рідше, ніж на початковому етапі дослідження ($\chi^2=15,54$; $p=8,1E-05$). Задовільну оцінку свого стану здоров'я в даний час (GH) хворі надавали в 2,8 рази частіше ($\chi^2=11,67$; $p=0,0006$).

При аналізі психологічного компоненту здоров'я зниження життєвої

активності (VT) спостерігалася рідше в 4 рази ($\chi^2=13,78$; $p=0,0002$), обмеження соціальної активності (SF) – втричі ($\chi^2=8,60$; $p=0,003$). Частота обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовленого погіршенням емоційного стану (RE), зменшилася втричі ($\chi^2=6,18$; $p=0,01$), психічне неблагополуччя (MH) – в 2,1 рази ($\chi^2=4,78$; $p=0,03$).

Таким чином, ефективність застосованої технології фізичної терапії хворих на остеохондроз доведена покращенням якості життя.

У пацієнтів контрольної групи за всіма шкалами спостерігалася лише статистично незначуща тенденція до покращення показників фізичного та психологічного здоров'я (рис. 2).

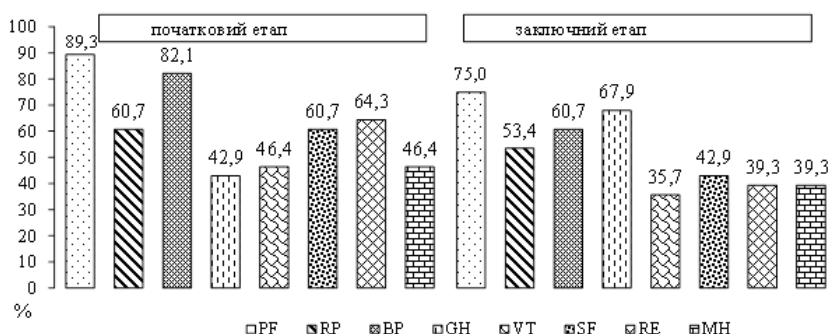


Рис. 2. Динаміка змін показників якості життя пацієнтів контрольної групи

Однак задовільну оцінку свого стану здоров'я в даний час хворі оцінювали в 1,6 рази частіше, ніж на початковому етапі дослідження.

Висновки:

1. Поетапне застосування комплексу засобів фізичної терапії є ефективним: сприяє зростанню рівня фізичного функціонування, фізично-рольового функціонування, здатності займатися повсякденною діяльністю через біль, що дозволило частіше надавати пацієнтам задовільну оцінку загального стану їх здоров'я.

2. Застосований комплекс фізичної терапії позитивно впливає і на психологічну складову здоров'я, підвищуючи рівень життєвої та соціальної активності, емоційний тонус та знижуючи частоту проявів психічного неблагополуччя.

Список використаних джерел

- Афанасьєв С. М. Профілактика первинної інвалідності внаслідок

захворювань і травм опорно-рухового апарату засобами фізичної реабілітації: монографія. Дніпро: Журфонд, 2017. 259 с.

2. Geler-Külcü D., Batıbay S., Öztürk G., Mesci N. The association of neuropathic pain and disease activity, functional level, and quality of life in patients with ankylosing spondylitis: a cross-sectional study. *Turk. J. Med. Sci.* 2018. Vol. 30. №48(2). P. 257–265. doi: 10.3906/sag-1707-147.

3. Schaller A., Dejonghe L., Haastert B., Froboese I. Physical activity and health-related quality of life in chronic low back pain patients: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2015. Vol. 16. P. 62. doi: 10.1186/s12891-015-0527-0.

4. Stewart M. The Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey (SF-36). *Australian Journal of Physiotherapy.* 2007. Vol. 53. P. 208.