

РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КИЛ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Оксана ТИРАВСЬКА

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація. Стаття присвячена питанням реабілітаційного обстеження пацієнтів після оперативного лікування кил міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта. Розкривається та окреслюється зміст основних компонентів обстеження, послідовність застосування різноманітних методик для його виконання. Розглядаються особливості збору анамнезу, спостереження, та виконання тестів і вимірювань, які проводяться з метою виявлення функціональних обмежень та порушень у даного контингенту хворих.

Ключові слова: реабілітація, обстеження, кила диску, сила м'язів, амплітуда руху, біль.

Постановка проблеми. Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Патологія міжхребцевих дисків займає перше місце за частотою та соціальною значимістю серед нейрохірургічних та неврологічних захворювань. У структурі неврологічної захворюваності вертеброгенні поперекові больові синдроми міцно утримують перше місце за поширеністю, за кількістю днів і випадків непрацездатності [5]. 19 % хворих із килами міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта потребують оперативного лікування [10].

Рухові розлади пацієнтів, які перенесли операцію з приводу видалення кили міжхребцевого диска поперекового відділу хребта є різноманітними. У хворих з однаковим рівнем ураження та доопераційним діагнозом можуть спостерігатися відмінні післяопераційні функціональні порушення [9].

Важливим і відповідальним етапом у процесі реабілітації таких хворих є адекватне реабілітаційне обстеження. Оскільки індивідуальна програма фізичної реабілітації потребує якомога детальнішого дослідження пацієнта, яке б дало повну і чітку картину про його стан [7].

Увага більшості авторів зосереджена на обстеженні осіб при консервативному лікуванні дискогенного больового синдрому поперекового відділу хребта. Водночас, недостатньо висвітлене питання обстеження пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді.

Робота виконувалася відповідно до Зведеного плану науково-дослідної роботи у галузі фізичної культури і спорту на 2006-2010 р.р. за темою 4.1.2 „Фізична реабілітація осіб з руховими дисфункціями”.

Формулювання цілей роботи.

Метою нашого дослідження є проаналізувати основні компоненти реабілітаційного обстеження осіб оперованих з приводу кил міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури.

Результати дослідження. Одним із компонентів структури практичної діяльності фахівця фізичної реабілітації є обстеження та визначення функціональних порушень та обмежень пацієнта [3].

А. М. Герцик (2004) вважає, що для встановлення правильного реабілітаційного діагнозу, прогнозування та планування реабілітаційного втручання велике значення має проведення повноцінного реабілітаційного обстеження хворого та визначення його вихідного рівня [2].

Обстеження фізичний реабілітолог може починати лише на підставі скерування лікаря. Окрім медичного діагнозу, скерування повинне містити визначені лікарем застереження та протипокази до виконання реабілітаційних заходів, які стосуються рухових режимів, амплітуди рухів, положень тіла, силових і функціональних навантажень [1].

При обстеженні пацієнтів з ураженнями хребта необхідно пам'ятати про цілісність організму як у фізіологічному, так і в біомеханічному плані: порушення функції однієї ланки може порушити функції і всього локомоторного апарату [4].

Аналізуючи думки зарубіжних фахівців (Magee D., 1997, O'Sullivan S., Schmitz T., 2000), А. М. Гердик пропонує наступну схему реабілітаційного обстеження: спостереження, опитування пацієнта (суб'єктивне оцінювання), виконання тестів і вимірювань (об'єктивне оцінювання) [1].

Спостереження триває впродовж обстеження і всього курсу реабілітації. Необхідно спостерігати поставу, рухову поведінку хворого: спосіб переміщення і його симетричність, а також точність і акуратність рухів, компенсаторні рухи. Реабілітолог може виконувати формальне (коли пацієнт знає) і неформальне (коли пацієнт не знає) спостереження [1, 8, 11].

Важливою частиною комплексного обстеження пацієнта є опитування [4, 9]. Опитування будується згідно з певним планом. Спочатку збирають анамнез захворювання, потім анамнез життя з урахуванням можливого впливу спадковості, соціальних, сімейних та професійних факторів [4].

Форма бесіди і метод вивчення скарг повинні обиратися реабілітологом відповідно до особливостей особистості хворого. При опитуванні варто попросити пацієнта конкретно і не поспішаючи перелічити всі скарги, а серед них виділити головні, що найбільше турбують і порушують працездатність хворого [8]. У переважній більшості випадків, основною скаргою пацієнтів після оперативного лікування кил міжхребцевих дисків є біль. Необхідно з'ясувати локалізацію болю і його іррадіацію, тривалість (постійний, чи періодичний), характер і динаміку больових відчуттів [8, 9].

Анамнез життя дає повніше і загальніше уявлення про особливості організму пацієнта, що дуже важливо при індивідуалізації процесу реабілітації, а також профілактиці ускладнень [4]. Реабілітолог повинен з'ясувати перенесені, чи спадкові захворювання, травми, операції, наявність шкідливих звичок, умови праці та побуту, а також руховий статус хворого до операції [1, 4]. При зборі анамнезу необхідно розпитати чи займався пацієнт оздоровчою фізичною культурою, або спортом, його спортивні результати, та пошкодження опорно-рухового апарату, необхідно звернути увагу на ефективність попередньої реабілітації, якщо така здійснювалася [1, 4]. Запитання необхідно будувати таким чином, щоб уникнути його впливу на відповідь [11].

На основі проведеного опитування реабілітолог має змогу скласти попереднє уявлення про пацієнта його захворювання та післяопераційний стан і побудувати робочу гіпотезу. Наступне об'єктивне обстеження ведеться в аспекті цієї гіпотези і дозволяє її підтвердити, чи відхилити як неправильну [4].

Об'єктивне обстеження осіб оперованих з приводу кил міжхребцевих дисків реабілітолог проводить з метою виявлення порушень функцій опорно-рухового апарату, зокрема хребта, та інших функціональних обмежень.

Обстеження пацієнта починають з загального огляду. Пальпаторно та візуально визначають наявність паталогічних змін на шкірі, місця зміни конфігурації і болючості м'язів, зв'язок, фасцій, фізичний стан, конституцію, поставу, положення тіла і ходу [4, 11].

Положення пацієнта під час огляду можна оцінити як активне, пасивне і вимушене. Активним вважається положення, що довільно обране пацієнтом без видимих обмежень. Пасивне положення не є типовим для пацієнтів після оперативного лікування міжхребцевих кил, а наявність вимушеного положення у пацієнтів після операцій на хребті переважно зумовлена больовим синдромом [4, 8].

При дегенеративно-дистрофічних змінах у міжхребцевих дисках, майже завжди присутнє порушення нормальної статики і біомеханіки хребта. При огляді хребта необхідно виявити порушення його фізіологічної кривизни – сплющення, чи збільшення лордозу, наявність сколіозу. За даними Є. Л. Мачерет (2006) при дискогенній патології попереково-крижового відділу хребта майже у 85 % пацієнтів спостерігається сплющення поперекового лордозу, яке є одним з компенсаторних механізмів [8, 9].

Ще один компенсаторний механізм, сколіотична постава, зумовлена рефлекторною реакцією м'язового апарату, і надає хребту такого положення, яке забезпечує зміщення корінця від кили в сторону (вліво, або вправо) [4, 8].

Сторону викривлення хребта, або форму сколіозу, визначають згідно з прийнятою в ортопедії класифікацією, за стороною опуклості викривлення в поперековому відділі хребта. По відношенню опуклості сколіозу до ураженої сторони (сторони корінцевого синдрому) виділяють гомолатеральний, гетеролатеральний і альтернуючі сколіотичні деформації поперекового відділу хребта. При гомолатеральному сколіозі сторона опуклості хребта знаходиться на стороні больового синдрому, гетеролатеральним вважається сколіоз, опуклість якого направлена в протилежну сторону. Альтернуючий характер сколіозу супроводжується напруження м'язів розгиначів хребта на опуклій стороні і багато роздільного на ввігнутій [4, 8, 10].

Для оцінки вираженості сколіозу, враховуючи його динамічний характер Я. Ю. Попелянський (1989) виділив три його ступені: 1 ступінь – сколіоз виникає тільки при функціональних пробах (згинання, розгинання, бокові нахили); 2 ступінь – сколіоз добре виявляється при візуальному огляді в положенні пацієнта стоячи. Деформація непостійна, зникає при провисанні на стільцях і в положенні лежачи на животі; 3 ступінь – стійкий сколіоз, який не зникає при провисанні і в положенні лежачи на животі [4, 8, 9].

Дослідження м'язової сили є важливим етапом реабілітаційного обстеження осіб після хірургічного лікування кил поперекових міжхребцевих дисків. Воно здійснюється в першу чергу для виявлення послаблених, гіпотонічних м'язів [10, 11]. Слід зазначити, що існує багато способів виявлення м'язової сили, кожен з яких має свої переваги і недоліки застосування у фізичній реабілітації. Найбільшого розповсюдження набув метод мануального м'язового тестування (ММТ) за Ловеттом. При м'язовому тестуванні для кожного м'язу, чи м'язової групи використовують специфічний тестовий рух, який виконується з певного вихідного положення. За характером виконання тестового руху, за опором, який при цьому долається роблять висновки про силу і функціональні можливості тестованих м'язів [4].

ММТ передбачає виконання вольового напруження м'язу, або групи м'язів, кількісна оцінка проводиться за шестибальною системою:

- рух сегменту по повній амплітуді проти сили тяжіння з середнім (оцінка 4), або максимальним (оцінка 5) опором в кінці амплітуди;
- рух сегменту по повній амплітуді проти сили тяжіння без опору (оцінка 3), або без сили тяжіння та опору (оцінка 2);
- пальповане, або видиме скорочення м'язу без руху (оцінка 1), або без видимого та пальпованого скорочення м'язу і руху (оцінка 0) [6].

Загальним правилом є обов'язкове двостороннє дослідження для порівняння даних, одержаних на здоровій та ураженій стороні.

Невід'ємною складовою обстеження стану опорно-рухового апарату пацієнтів після оперативного лікування дискогенного больового синдрому є дослідження амплітуди рухів хребта та суглобів нижніх кінцівок. Існує декілька підходів до вимірювання об'єму рухів хребта, на нашу думку найоптимальнішими для реабілітаційного обстеження є наступні:

- вимірювання сантиметровою стрічкою відстані від кінчиків пальців руки, яка ковзає по зовнішній поверхні колінного суглобу до підлоги при виконанні бічного згинання;
- вимірювання відстані між остистими відростками С7 і S1 хребцями в положенні стоячи. В нормі при максимальному згинанні допереду ця відстань збільшується на 5-7 см., при розгинанні – зменшується на 5-7 см.;
- Прийом Шобера. Ставляться відмітки на шкірі на рівні остистого відростка L5 і на 10 см. вище, потім вимірюють відстань між цими відмітками при максимальному згинанні допереду (у нормі – збільшення на 4-5 см.). Пацієнт при цьому обстеженні не повинен згинати ноги в коліні [8, 9, 11].

При дослідженні рухливості в суглобах визначають об'єм активних і пасивних рухів нижніх кінцівок, а також наявність больових відчуттів при рухах. Спершу необхідно тестувати активні рухи, оскільки пацієнт їх виконує в обсязі, що не спричиняє больові відчуття, і, відповідно вони безпечніші. Оцінка цих рухів вкаже на гостроту ураження і підкаже фізичному реабілітологу необхідний об'єм пасивних рухів [11]. Вимірювання амплітуди рухів в

суглобах проводиться методом гоніометрії, який був розроблений у 1974 році студентами Бостонського університету [6].

Спершу проводять тестування здорової кінцівки, потім ураженої. Далі порівнюється обсяг руху в ураженому суглобі та симетричному йому здоровому, а також порівнюються ці показники з середніми значеннями амплітуди.

Об'єктивне обстеження осіб з дискогенними ураженнями хребта завжди повинне включати кількісну оцінку больового синдрому. До шкал оцінки болю, що набули найбільшого розповсюдження належать візуальна аналогова шкала болю (ВАШ), шкала Лайтінена та комбінована шкала болю. Комбінована шкала болю є одним із найзручніших методів оцінки інтенсивності больового синдрому пацієнтів після оперативного втручання на хребті. У цій шкалі для кількісної характеристики больового синдрому використовується поєднання візуальних, цифрових і вербальних шкал. Шкала є у вигляді горизонтальної лінії довжиною 10-15 см. Початкова точка лінії означає відсутність болю, кінцева — нестерпний біль. Над лінією розташовані слова-дискриптори, а під лінією – опірні числа від 0 до 10 [8, 9].

Опірні слова полегшують вибір вихідного рівня болю, вони дозволяють точніше визначити кількісну характеристику болю, а відсутність розподілу на прямій лінії рятує пацієнта від прив'язаності до конкретних точок на Ваш. Простота використання методу рангової шкальної оцінки дозволяє досить точно визначити кількісні характеристики болю і піддати їх математичній обробці [8, 9].

Для оцінки ступеня порушення життєдіяльності людини, можливості самогляду та самообслуговування, встановлення динаміки клінічних проявів використовують різноманітні шкали, тести та опитувачі. Одним з найбільш вдалих тестів для вимірювання порушень життєдіяльності при болю в поперековому відділі хребта вважається Освестровський опитувач (за J.C. Fairbank, 1980). Тест дозволяє широко відобразити різні сфери життєдіяльності пацієнта [5, 8].

Опитувач включає десять розділів, у кожному з яких наведені по шість описів можливого стану хворого. Тотальна оцінка проводиться шляхом розподілу суми одержаних балів по всіх секціях на максимально можливу суму балів (50) з вираженням отриманого показника у відсотках [8].

Висновок

Дискогенна патологія проявляє себе різноманітними ознаками та симптомами. Для того, щоб підібрати ефективні методи реабілітації для пацієнтів після видалення кили диску поперекового відділу хребта реабілітолог повинен враховувати етіологію і патогенез даного захворювання, післяопераційні зміни та ускладнення а також індивідуальні та вікові особливості хворого. Тому ретельно проведене реабілітаційне обстеження має важливе значення для прогнозування, правильного планування та здійснення реабілітаційних заходів. Методи та тести, що застосовуються при обстеженні повинні базуватися не лише на якісних, але й на кількісних критеріях, щоб виключити суб'єктивний фактор.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці та апробації індивідуальної картки обстеження осіб після оперативного лікування кил міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта.

Список літератури

1. Герцик А. М. К вопросу построения реабилитационного процесса и контроля за его эффективностью /А. М. Герцик //Физическое воспитание студентов творческих специальностей: Сб. научн.тр. под ред. Ермакова С. С. – Харьков: ХГАДИ (ХХПИ), 2007. – № 5. – С. 55-62
2. Герцик А. М. Можливості використання в Україні канадського досвіду організації клінічної діяльності фахівців фізичної реабілітації // Бюлетень Львівської обласної асоціації фахівців фізичної реабілітації. – Львів, 2004. Вип. 11.– С. 2 – 5.
3. Герцик А. М. Організаційно-методичні аспекти підготовки бакалаврів фізичної реабілітації в Канаді: метод. посіб. /А. М. Герцик. – Л.: Українські технології, 2005. – 112 с.
4. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика)/ В. А. Епифанов, А. В. Епифанов.– М.: МЕДпресс-информ, 2004.– испр. и доп.– 272 с.

5. Кирпа Ю. І. Результати лікування дискогенних поперекових радикулопатій із застосуванням малоінвазивних втручань: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.05 / Ю. І. Кирпа. – К., 2005. – 22 с.

6. Скобелев С. Ю. Фізична реабілітація осіб з травмою грудного та поперекового відділів хребта і спинного мозку: метод. посіб. / С. Ю. Скобелев. – Л.: ПП Сорока Т. Б., 2005 – 90 с.

7. Крук Б. Р. Визначення вихідного рівня показників рухової функції осіб з хребетно-спинномозковою травмою шийного відділу в післяопераційний період /Б. Р. Крук // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання та спорту: зб. наук. праць / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2004. – №15. – С. 70 – 74.

8. Мачерет Є. Л. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: підручник / Є. Л. Мачерет, І. Л. Довгий, О. О. Коркушко. Т. 1. – К., 2006. – 256 с.

9. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків: Підручник / Мачерет Є. Л., Довгий І, Л., Коркушко О. О. Т. 2. – К., 2006. – 480 с.

10. Современные подходы к хирургическим вмешательствам при грыжах поясничных дисков / [Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Косинов А. Е. и др.] // Укр. журн. малоінвазив. та ендоскопич. хірургії. – 1998. – Т. 2, № 2. – С. 57 – 64.

11. Стояновський Д. М. Боль в области спины и шеи /Д. М. Стояновський. – К.: Здоров'я, 2002. – 392 с.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛИЦ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Оксана ТИРАВСКАЯ

Львовский государственный университет физической культуры

Аннотация. Статья посвящена вопросам реабилитационного обследования лиц после оперативного лечения грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника. Раскрывается и очеркивается содержание главных компонентов обследования, последовательность применения разнообразных методик для его осуществления. Рассматриваются особенности сбора анамнеза, осмотра и исполнения тестов и измерений, которые проводятся с целью выяснения функциональных ограничений и нарушений у данного контингента больных.

Ключевые слова: реабилитация, обследование, грыжа диска, сила мышц, амплитуда движения, боль.

REHABILITATION EXAMINATION OF PERSONS AFTER SURGICAL TREATMENT OF HERNIA OF INTERVERTEBRAL DISKS OF LUMBAR SPINE

Oksana TYRAVS'KA

L'viv State University of Physical Culture

Abstract. The article is devoted to questions of rehabilitation examination of persons after surgical treatment of hernia of intervertebral disks of lumbar spine. The features of anamnesis, examination and execution of tests and measuring which are conducted find out functional limitations and disfunctions of these patients are study

Key words: rehabilitation, examination, hernia, force of muscles, amplitude of motion, pain.