

Ткачук М., магістрантка групи СПО-20-1
Полтавський інститут економіки і права

Науковий керівник:
к.фіз.вих., доцент кафедри фізичної культури та спорту Гета А. В.
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

КІНЕЗОТЕРАПІЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК ПРИ ЦЕРВІКАЛГІЇ

У жіночій популяції чільне місце у захворюваннях хребта займають цервікалгії. Ряд фахівців вважають болі у шії початковим проявом остеохондрозу та однією з причин кисневої недостатності мозку [1]. Причин цього захворювання багато, проте найбільш значущі родова, побутова і спортивна травми, а також патології кістково-м'язової системи.

Цервікалгія (біль в шії) – це больовий синдром, який характеризується болем у шії і часто супроводжується його напругою, болючістю шийних м'язів. Характерна вегетативна симптоматика, запаморочення, головні болі, порушення рухливості в цьому відділі. Це дуже поширений стан серед осіб зрілого та похилого віку. Слід зазначити, що кожного року болі у шії з'являються у 10 % населення розвинених країн [1].

Біль у шії (цервікалгія) може мати різний характер – тягнучий, пульсуючий, прострілюючий, поколюючий. Біль супроводжується порушеннями чутливості на руках, випаданням сухожильних рефлексів, слабкістю м'язів рук. Хворих турбує нудота, запаморочення, дзвін у вухах. Слід пам'ятати, що, крім шийного прострілу (Цервікаго) при протрузіях і грижах саме в шийному відділі часто з'являється і прогресує грізна неврологічна симптоматика: парези, паралічі з порушенням функції внутрішніх органів (порушення сечовипускання і акту дефекації). Це пояснюється малим діаметром спинномозкового каналу в цьому відділі [1].

Важливість цієї проблеми зростає ще й тому, що через шийний відділ хребта проходить велика кількість судин і нервів, які живлять і іннервують тканини мозку, органів чуття, шії, обличчя. З шийного потовщення спинного мозку проводиться іннервація серця, щитовидної залози, плечового пояса та рук. Таким чином, комплекс проблем у шийному відділі хребта висувається до найактуальніших медико-педагогічних проблем сучасності. У зв'язку з цим на даний час актуалізуються питання щодо специфіки використання засобів адаптивної фізичної культури для всіх категорій населення з різними формами цервікалгії.

В існуючих програмах з фізичного розвитку та рухової підготовленості жінок шийному відділу хребта не приділяється належної уваги – шийні тести відсутні. Симптоми цервікалгії вивчені недостатньо. До типових проявів цього захворювання відносять дискомфорт або біль у шії, тугорухливість, слабкість шії, її нестійкість, кривошия, стомлюваність, похитування при ходьбі. У 25 % жінок відзначають запаморочення, пов'язані зі змінами положення голови, у

47 % – зниження уваги та пам'яті, у 65 % – ознаки кисневої недостатності мозку. Крім того, у жінок з віком можуть спостерігатися прогресуюче зниження гостроти зору, порушення дрібної моторики, неврози, розлади сну. Цервікалгія виявлена у 90 % жінок із вегето-судинною дистонією. Такі жінки часто хворіють на ГРВІ, мають дихальні розлади. На початку захворювання з'являється біль і підвищений тонус глибоких м'язів спини, це веде до їх перевтоми. У м'язах відбуваються порушення мікроциркуляції, розвиток гіпотрофії, зниження тону тощо [6, 7].

Цервікалгія потребує тривалого та систематичного комплексного лікування [8]. Воно складається з ортопедичної корекції, фізіотерапевтичного лікування, масажу, лікувального плавання, лікувальної та адаптивної фізичної культури. Загальні напрями реабілітації включають: зменшення тривалого статичного навантаження на хребет; вироблення правильної пози під час роботи, сидінні, стоянні; сон на напівжорсткому ліжку, ортопедичному матраці та подушці. Завдання адаптивної фізичної культури та ЛФК при цервікалгії полягають у покращенні кровообігу, зміцненні м'язово-зв'язкового апарату, зменшенні рухливості хребців, зміцненні м'язового корсета шиї, розвитку м'язів плечового пояса, рук, спини.

Стратегія корекційно-оздоровчих заходів для жінок з шийним типом рухових порушень починається з жорстких протипоказань. До вправ, які слід виключити з повсякденної діяльності, відносяться різкі рухи головою (шиєю), стійки на голові і на лопатках, перекиди, не можна виконувати вправи на опір і розгинання шийного відділу хребта. Ці вправи викликатимуть напругу і без того напружених шийно-потиличних м'язів. У гострому періоді хвороби не рекомендується виконувати рухи головою, шиєю, плечовими суглобами. Це може призвести до більшої травми спинного мозку зміщеним хребцем.

У першому періоді після травми чи гострому періоді хвороби необхідна іммобілізація шиї. Лікувальне ортезування створює можливість фіксації частини тіла при стоянні та вільному русі при ходьбі, що сприяє тренуванню м'язів. Вправи початкового етапу мають переважно локальний характер. При тренуванні м'язів шиї (а надалі м'язів плечового пояса і рук), бажано виконувати коригувальні вправи для розблокування шийно-комірної зони за рахунок легкого масажу, а також за рахунок самовитягування шийного відділу хребта. Вправи бажано виконувати в положеннях лежачи на спині, боці, животі, в колінно-ліктьовій позі, повзанні, сидячи. Велике значення мають ізометрична гімнастика та постізометрична релаксація. Необхідно дотримуватися таких правил ізометричної гімнастики: комплекс вправ виконують 3–4 рази на день, кожен вправу виконують не менше 5–7 разів, ізометричну напругу м'язів утримують від 3–5 до 7–8 с. Час експозиції напружених м'язів збільшують обережно, оскільки можуть виникати негативні вегетативні реакції. Фазу напруги необхідно поєднувати з фазою розслаблення, що триває від 5 до 8 с. Пасивне розтягнення м'язів виконують до появи легкого відчуття болю. Напруження м'язів слід виконувати на вдиху, розслаблення – на видиху. Напруження м'язів має бути оптимальним (становити 50 % від максимальних зусиль). Поступово число повторень можна доводити до 10–15 разів, потім до

20–25. З комплексу виключають рухи шиї, що спричиняють явний біль. У першому етапі заняття бажано проводити індивідуально [4].

Зміцнення м'язів шиї, плечового пояса і рук є актуальним при шийних проблемах. Основні завдання цих вправ – активний м'язовий тренінг рук переважно згинальної спрямованості. Плечовий пояс і руки бажано зміцнювати в положенні лежачи або в колінно-ліктьовій позі. Перевагу слід віддавати згинанням рук у ліктях, підтягуванням на гімнастичній лаві, на низькій поперечині, кільцях, трапеції, горизонтально натягнутому канаті. Ефективно формує згинальні рухи повзання по-пластунськи, особливо без допомоги ніг. М'язи-згиначі пальців краще тренувати за допомогою кистьових еспандерів. Поліпшити швидко-силові характеристики рук жінок з шийними проблемами допоможуть вправи з обтяженнями (наприклад, маніпуляції з набивними м'ячами вагою 1–3 кг), а також тренування з полегшеною вагою власного тіла в положенні лежачи на животі на гімнастичній лаві або на візках різних конструкцій.

Наступний етап – гімнастика, спрямована створення м'язового корсету, що зміцнює м'язи шиї, спини і черевного преса. Вправи мають переважно загальний характер. Використовують статичні та динамічні дихальні вправи; коригувальні вправи, спрямовані на виправлення постави. На заняттях можна використовувати різні предмети: фітболи, гімнастичні палиці та ін. Тривалість процедури АФК та ЛФК – від 25 хвилин до 40–60 хв з урахуванням віку жінок. Рекомендуються також заняття лікувальним плаванням у басейнах із температурою води не нижче 30°C, заняття на тренажерах.

Таким чином, терапія болю в шиї повинна бути по можливості комплексною, із застосуванням як лікарської, так і немедикаментозної терапії (кінезотерапія, АФК, ЛФК, гімнастика, заняття у басейні тощо). Також вона потребує коректної оцінки факторів ризику і можливих ускладнень від кожного із запропонованих методів профілактики та реабілітації.

Література

1. Герцик А. М. Ресурси системи фізичної реабілітації, фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату / Слобожанський науково-спортивний вісник. Х., 2016:5(55):22–27.
2. Подчуфарова Е. В., Алексеев В. В., Черненко О. А., Матхаликов Р. А. Вертеброгенная цервикокраниалгия / Неврологический журнал, 2005; 4:44–48.
3. Табеева Г. Р. Цервикалгии, цервикокраниалгии и цервикогенные головные боли / Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2014(2); 90–96.
4. Энока Р. М. Основы кинезиологии: пер. с. англ. К.: Олимпийская литература; 2000. 400 с.