

М.Е.Гусева

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА

Российский центр мануальной медицины, г. Москва

Одной из актуальных и трудных проблем современной вертеброневрологии является лечение неврологических осложнений при остеохондрозе позвоночника. Данная патология составляет 70—80 случаев из 100 временной или длительной утраты нетрудоспособности среди всех заболеваний периферической нервной системы.

Ограничение подвижности суставов тесно связано с мышцами, которые определяют двигательный стереотип человека, индивидуальный в каждом случае и закодированный в долговременной памяти. Формирование двигательного стереотипа закладывается еще внутриутробно; зрелость корковых и прочих центров, регулирующих двигательный акт, определяется конкретными временными периодами.

Двигательный стереотип современного взрослого человека патологически изменен. Это связано с накоплением в поколениях генетических изменений, неблагоприятными воздействиями внешней среды, гиподинамией и иными факторами. Так, физиологические изгибы позвоночника, благодаря которым человек может выдерживать значительную осевую нагрузку, у 90—92% взрослого населения сглажены, у 8—10% — усилены, что, по классификации Осна, является первой стадией остеохондроза позвоночника. По данным Российского центра мануальной медицины, у большинства взрослого контингента движения в грудном отделе позвоночника осуществляются за счет 3—5 двигательных сегментов вместо равномерного распределения амплитуды движения на положенные 12 сегментов грудного отдела позвоночника.

Современной вертебрологией установлено, что среди взрослого населения практически нет людей с физиологическим нормальным двигательным стереотипом. Формирование двигательного стереотипа не заканчивается с окончательной миелинизацией пирамидных путей, ответственных за последний прелокомоторный этап, поэтому локомоция продолжает изменяться в периоды максимального вытяжения скелета, гормональных перестроек организма, в постменопаузе. Естественно, двигательный стереотип значительно меняется за счет травм, болезненного мышечного напряжения, нарушений иннервации.

Систематическая тренировка всех мышечных групп, построенная по принципу гигиенической утренней гимнастики и направленная на усиление мышечной активности физи-

ческих мышц, по нашим данным, приводит к усилению тонического напряжения мышц, ответственных за позу тела в вертикальном положении, и опосредованно влияет на изменение физиологических изгибов позвоночника. Любая физическая тренировка физиологических мышц влечет за собой перенапряжение тонических. Исходя из этого современные представления о пользе физкультуры как основы для поддержания здоровья весьма сомнительны. Например, при ритмичном движении, ведущем к нагрузке прямых мышц живота, одновременно возникает выраженное тоническое напряжение поясничных мышц, что закрепляет патологические реакции в двигательном стереотипе. Поясничный отдел позвоночника фиксируется в положении сглаженного лордоза аналогично тому, как сглаживается поясничный лордоз при люмбагии или люмбоишиалгии.

По данным литературы, наибольшее число дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночных структурах возникает у лиц, профессионально занятых регулярной и специфической двигательной деятельностью, в первую очередь, у профессиональных танцоров и спортсменов, которые в силу своей деятельности систематически прорабатывают определенные мышечные группы и суставы.

Основные изменения, выявленные нами в данных группах взрослого населения, — это выраженное уплощение изгибов позвоночника, раннее и быстрое развитие остеохондроза с выраженными неврологическими нарушениями. Мышцы, ответственные за приложение физического усилия при сгибании-разгибании, в 17—23% случаев у взрослого населения, не занятого физической активностью, гипотрофируются, причем чаще всего ромбовидная, нижняя порция трапецевидной мышцы, мышцы передней брюшной стенки.

На основании 5 лет наблюдения за смешанным контингентом пациентов в РЦММ — лицами с грыжами межпозвонковых дисков различной локализации (34%), идиопатическими и диспластическими сколиозом 1 и 2 степени (21%), остеохондрозом позвоночника (37%), врожденными и приобретенными изменениями позвоночника — болезни Фарестье, Бехтерева (8%) пересмотрено представление о реабилитационной лечебной физкультуре. Воздействие на патологически напряженные тонические мышцы должно проводиться по типу длительного растяжения, сменяющегося расслаблением мышц.

Мера мышечного напряжения зависит как от иннервационного обеспечения (периферические и корешковые двигательные нарушения), так и от степени функционирования конкретного суставного сочленения (значения суставного угла, выраженности блокады сустава), а также от степени надсегментарных влияний (вертебробазиллярная недостаточность, вторичный гипоталамический синдром).

Сенсорная координация двигательного стереотипа работает по принципу обратной связи, поэтому однажды сформировавшийся негативный для организма двигательный стереотип (наиболее экономичный в патологической ситуации комплекс движений) изменить очень трудно.

Выбор и разучивание движений, которые показаны пациенту с учетом его индивидуальных особенностей позвоночника, специфики его заболевания, должны определяться для возвращения нормального двигательного стереотипа. Классическая ЛФК абсолютно не показана больному с вертеброгенной патологией. Основная масса рекомендуемых упражнений в методической литературе по ЛФК — это движения на разгибание, то есть в большинстве случаев (при учетывании сглаженности грудного кифоза — плоской спине) данные движения только усиливают патологическую деформацию позвоночника, приводя к еще большему двигательному и функциональному нарушениям.

Движения на разгибание (плавание на животе с активной нагрузкой на плечевой пояс) показаны только в случае усиления грудного кифоза, например при болезни Шойермана — Мау.

В случае имеющейся задней грыжи межпозвонкового диска движения на разгибание вызовут резчайшее обострение неврологической симптоматики, а при наличии дополнительного неблагоприятного фона (врожденная узость позвоночного канала, большие размеры грыжевого выпячивания, незначительное развитие окружающей корешки клетчатки) могут привести к стойкой и долговременной утрате двигательных функций в зоне иннервации пораженного корешка. В целом активная двигательная нагрузка с отягощениями в первые 2—2,5 года от момента возникновения грыжи межпозвонковых дисков не показана. Движения на сгибание, формирующие физиологический грудной кифоз, рекомендуются в

большинстве случаев при остеохондрозе и нарушениях осанки.

Степень психоэмоциональной истощаемости пациентов с вертеброгенными заболеваниями, особенно в случаях выраженного болевого синдрома, ограничения объема движений, достаточно высока. В данной ситуации целесообразнее ограничиться короткими по продолжительности занятиями, проводимыми 1—2 раза в день, чем насыщенными тренировками 2—3 раза в неделю.

Упражнения на расслабление и восстановление подвижности позвоночника используются как составляющая комплекса реабилитационной терапии. Движения направлены на увеличение подвижности отдельных участков позвоночника и конкретных межпозвонковых сочленений, формирование физиологических изгибов позвоночника.

Для снятия патологического мышечного спазма в медицинской практике обычно рекомендуют массаж и медикаментозную терапию. Мы используем следующие варианты мышечного расслабления. Первый способ — под воздействием сил гравитации больной выбирает положение, при котором мышца максимально растягивается и расслабляется. Никаких активных мышечных движений пациент не совершает. Растяжение и расслабление мышцы должно длиться в течение 30—40 секунд. Второй способ — на спазмированную мышцу дается давление, направленное на расслабление и растяжение. В исходном положении мышца напряжена по всей длине. На вдохе производится нажим в противоположном ограничению движения направлении, на выдохе следует фаза растяжения мышцы. Общие принципы выполнения ЛФК: не преодолевать боль, напряжение, не применять движения в “запрещенных” направлениях.

Методы длительной реабилитации, применяемые в РЦММ, включают различные варианты аутомобилизационных средств, скрытую гимнастику, направленную на длительное напряжение определенных мышц на задержанном вдохе, а затем на их расслабление, элементы восточных гимнастик, движения на растяжение и расслабление.

Поступила 26.01.97.

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆ ◆