

МЯСТОТО НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА В КОМПЛЕКСНАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА МУСКУЛНО-СКЕЛЕТНИ ДИСФУНКЦИИ (ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ)

Янислав Събев, Христо Юнаков, Владо Маринов, Николай Недев

УНС по рехабилитация, Медицински колеж – Варна,
Медицински университет - Варна

THE PLACE OF KINESIOTHERAPY IN THE COMPLEX REHABILITATION OF MUSKULOSKELETAL DYSFUNCTIONS (PRESENTATION OF A CLINICAL CASE)

Yanislav Subev, Hristo Yunakov, Vlado Marinov, Nikolay Nedev

TRS Rehabilitation, Medical College, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Мускулно-скелетните дисфункции включват всички нарушения във функцията на опорно-двигателния апарат вследствие на травматични, ревматологични, ортопедични и неврологични заболявания, а също и последиците от тях. Болестта на Шоерман-Мау е представител на тази група заболявания и се среща в предпубертета или пубертета, по-често при момичетата. Протича с увеличаване на нормалната гръдна кифоза и с намаляване или изчезване на поясната лордоза. Заболяването се развива бавно, засяга възрастта от 10 до 17 години, с продължителност 1-2 години.

Болестта на Шоерман-Мау има много голямо социално и медицинско значение, тъй като поради нарушенията в растежа на гръбначния стълб тя е най-честата причина за структурните деформации на гръбначния стълб. В зависимост от локализацията и изразеността на промените тя води до увеличена, ниско лежаща, гръдна кифоза, дорзолумбална кифоза, а при лумбална изява води до плосък гръб, което гарантира мускулно-скелетна дисфункция в различна степен. В процеса на рехабилитация особено място заема лечебната физкултура, която цели корекция на кривините и засилване на паравертебралната мускулатура.

Целта на настоящия доклад е да се представи клиничен случай, който да проследи ефекта на кинезитерапията при пациент с мускулно-скелетни дисфункции на гръбначния стълб.

ABSTRACT

Muskuloskeletal dysfunction includes all disorders of the function of the musculoskeletal system as a result of traumatic, rheumatic, orthopedic and neurological diseases, and the their consequences. The Scheuermann - Mau disease is a representative of this group of diseases and occurs in the prepubertal period or in puberty. It is more common in girls. It proceeds with an increase in the normal thoracic kyphosis and decrease or disappearance of lumbar lordosis. The disease develops slowly affecting individuals at an age from 10 to 17 years, lasting 1-2 years. Scheuermann's disease has a great social and medical importance due to impairing the growth of the spine. It is the most common cause for structural deformations of the spine. Depending on the location and the severity of the changes, it leads to increased, low-lying, thoracic kyphosis, dorsolumbar kyphosis. In its lumbar expression, it leads to flat back, which guarantees musculoskeletal dysfunction in varying degrees. In the process of rehabilitation, healing gymnastics occupies a particularly important place. It aims to achieve a correction of the curves and strengthening of the paravertebral musculature. The purpose of this report is to present a case from the practice, which tracks the effect of kinesitherapy in a patient with musculoskeletal dysfunctions of the spine. The patient is a 20-year-old man with a disease duration of two years, with frequent complaints of pain in the thoracolumbar region, in the form of pricking and inability to lie on his back.

Keywords: Scheuermann, kinesitherapy, kyphosis, deformations

Пациентът е мъж на 20-годишна възраст с продължителност на заболяването 2 години, с оплаквания от чести болки в тораколумбалната област под формата на бодежи и невъзможност да заема тилен лег.

Ключови думи: Шоерман-Мау, кинезитерапия, кифоза, деформации

ВЪВЕДЕНИЕ

Мускулно-скелетните дисфункции представляват всички нарушения във функцията на опорно-двигателния апарат вследствие на травматични, ревматологични, ортопедични и неврологични заболявания, а също и последиците от тях (4). Болестта на Шоерман-Мау е заболяване, което се среща в предпубертета или пубертета, по-често при момичетата. Счита се, че причината за отключването на това заболяване е асептична некроза, засягаща растежните зони на телата на прешлените. Заболяването се развива през периода преди или по време на пубертета, поради което се предполага, че един от етиологичните фактори е нарушение в хормоналното равновесие (1, 2). Характерен белег на болестта е сплескването на вентралните части на телата на прешлените (5). При снемането на обективния статус се установява увеличаване на нормалната гръдна кифоза и намаляване или изчезване на поясната лордоза. Често гръдната кифоза е придружена с минимално преместване на линията, образувана от гръс. *spinosi* и нискостепенна сколиоза, без ротация на телата на прешлените. В зависимост от локализацията и изразеността на промените, тя води до увеличена, ниско лежаща, гръдна кифоза, дорзолумбална кифоза, а при лумбална изява води до плосък гръб, което гарантира мускулно-скелетна дисфункция в различна степен. Развитието на болестния процес е бавно, засяга възрастта от 10 до 17 години, с продължителност от 1-2 години. След завършването на растежа прогресирането на структурната деформация е минимално, но при тежките случаи поради пренатоварване на мускулатурата и изразени дегенеративни промени съществува опасност от ранно появяване на значителни оплаквания и преждевременно инвалидизиране (1, 2).

Целта на настоящия доклад е да се представи клиничен случай от практиката, който да проследи ефекта на кинезитерапията при пациент с мускулно-скелетни дисфункции в следствие на болестта на Шоерман-Мау.

Данни за пациента: мъж на възраст 20 години с продължителност на заболяването 2 години. Оплакванията му се изразяват в чести болки в тораколумбалната и лумбосакралната област, под формата на хронична, а понякога и остра пронизваща болка. Болният споделя невъзможност да заеме тилен лег в леглото, нормална позиция на стоеж за възрастта си и да вдига тежки предмети. Поради изявения дискомфорт и занижено качество на живот възниква необходимост болният да се обърне към специалист по рехабилитация и кинезитерапия.

Проведеното до момента лечение на пациента е включвало болкоуспокояващи и противовъзпалителни медикаменти, физиотерапия (електролечение) и покой – без резултат.

РЕЗУЛТАТИ

След снемането на анамнеза извършихме някои необходими изследвания, за да определим състоянието и възможността за движение в засегнатите зони, а именно (3):

- оглед,
- палпация,
- тест на От-Шобер,
- латерални наклони на трупа,
- четиригълник на Мошков,
- скалата за болка на „Уонг-Бейкър“.

В резултат от проведените функционални изследвания (ФИ), посочени в Табл. 1 и 2, установихме:

- скъсена ишиокрурална мускулатура;
- кифотична деформация;
- нискостепенна гръдно-поясна сколиоза;
- ограничен обем на движение на гръбначния стълб;
- типичен горен кръстосан синдром, при който гръдните мускули и екстензорите на шията са скъсени, а дълбоките флексори на шията и екстензорите в торакалния дял са вяли и с потиснат тонус.

Табл. 1. Данни от функционалните изследвания

Функционални изследвания и резултати										
	Тест от Ott			Тест на Schober			Латерален наклон /ляв/		Латерален наклон /десен/	
	норма	начало	край	норма	начало	край	начало	край	начало	край
		3,5-5 см	2,7 см	3,7 см	3,4-4 см	2,5 см	3,5 см	52 см	51 см	53 см
Резултат	+1 см			+1 см			+1 см		+1 см	

Табл. 2. Резултати по Мошков

Начало измерване	Краино измерване

Всичкото това наложи необходимостта от изготвяне на индивидуален рехабилитационен комплекс, който включи:

- постизометрична релаксация (ПИР);
- стречинг за ишиокруралната мускулатура;
- мануална мобилизация на гръбначния стълб;
- позиционна терапия;
- кинезитерапевтична изправителна гимнастика.

ОБСЪЖДАНЕ

Рехабилитационните мероприятия се провеждаха два пъти дневно. Сутрин, под наше наблюдение, изпълнявахме пълната рехабилитационна програма, а във второто дневно занимание пациентът изпълняваше сам поставените му от нас задачи, които включваха стречинг и изправителна гимнастика. В курса на лечение осъществихме 18 срещи от общо запланувани 20. Към края на лечебния курс болният съобщи, че е възпрепятстван да проведе оставащите две срещи. По тази причина се наложи да направим контролното измерване по-рано от предвиденото време.

По думите на пациента състоянието му на този етап е много по-добро и удовлетворяващо го

в сравнение с предходните терапии и с това в началото на нашата рехабилитационна програма.

Острите болкови епизоди драстично намаляха като честота и степен. По скалата на „Уонг-Бейкър“ в началото пациента посочи степен 8 като усещане, а в края на лечебната програма посочи степен 2. Изключение правят резки температурни промени, продължителни течения и увеличаване на атмосферната влажност.

Възможността за заемане на поза „тилен лег“ е възстановена, до толкова, че към нощния сън добавихме още една възможност без появата на дразнеща болка и дискомфорт.

Наблюдавахме подобряване на позата и регулиране на мускулния дисбаланс в горната част на тялото. Проявата се изрази в удължаване времето при заемане на изправено положение без елементи на прегърбване. Самочувствието и настроението са видимо подобрени.

ИЗВОДИ

1. Системното провеждане на рехабилитационни мероприятия намалява риска от усложнения в състоянието на пациента и дава възможност за постигане на по-дълготрайни резултати.

2. Комбинацията от използваните кинезитерапевтични средства - ПИР, стречинг, мануални мобилизации и лечебна физкултура, дава положителен резултат при корекция на позата.
3. Регулирането на мускулния тонус и изграждането на мускулен корсет положително повлияват болковата симптоматика.
4. Правилният патокинезиологичен анализ и изборът на подходящи методи и средства са основните моменти, от които зависи положителното повлияване на цялостно състояние на болния, което неминуемо ще доведе до по-високо качество на живот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимиров, Б. Ортопедия, травматология и ортотика. Учебник за рехабилитатори. „Знание“ ЕООД, 2000.
2. Дебрунер, Х.У., Р. Хеп. Ортопедична диагностика. София, 1999.
3. Желев, В. Физиотерапия. Четвърта част: Методи за функционално изследване и оценка във физиотерапията. София, 2011.
4. Попов, Н., Д. Попова, Т. Груева. Физиотерапия при мускулно-скелетни дисфункции на долните крайници. София, НСА-ПРЕС, 2013.
5. Попов, Н. Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат. София, НСА-ПРЕС, 2009.