

# КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНИЯТ ПОГЛЕД В МЕНИДЖМЪНТА НА ЛУМБАЛГИЯТА

Гергана Ненова<sup>1</sup>, Силвия Филкова<sup>2</sup>, Николай Недев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УНС „Рехабилитатор“, Медицински колеж на МУ-Варна и  
Отделение по ортопедия и травматология на МБАЛ „Св. Марина“ - Варна

<sup>2</sup>УНС „Рехабилитатор“, Медицински колеж на МУ-Варна

## PHYSIOTHERAPEUTIC VIEW ON THE MANAGEMENT OF LOW BACK PAIN

Gergana Nenova<sup>1</sup>, Silvyia Filkova<sup>2</sup>, Nikolay Nedev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Training and research sector of Rehabilitation, Medical College - Varna,  
Medical University of Varna and Department of Orthopedics and Traumatology,  
University Hospital for Active Treatment “St. Marina” Varna

<sup>2</sup>Training and research sector of Rehabilitation, Medical College - Varna,  
Medical University of Varna

### РЕЗЮМЕ

Болката в кръста е често срещан проблем в кинезитерапевтичната практика. Процентът на засегнатите от нея, достига до 80%. Медико-социалната значимост на темата се обуславя от факта, че тези кризи се срещат предимно при пациенти в работоспособна възраст. Временната неработоспособност и инвалидизация по причина непроведена или ненавременна рехабилитация, причиняват огромни загуби за икономиката и за здравните и осигурителните системи. Изборът на ефективен подход при всеки пациент с лумбалгия представлява сериозно предизвикателство в ежеднезната работа на здравните специалисти.

Целта на настоящото изследване е да представи кинезитерапевтичния поглед в мениджмънта на болката в кръста. Резултатите от проведеното проучване показват, че лечението чрез движение се явява основно средство в плана на интегрираните грижи при пациентите с болка в кръста, предоставяни от широк мултидисциплинарен екип от специалисти – общопрактикуващ лекар, ортопед, кинезитерапевт, неврохирург, лекар по физикална и рехабилитационна медицина и др. Изготвя се индивидуална кинезитерапевтична програма. Обучението в правилна стойка, походка и създаването на полезни двигателни навици в хроничната фаза на заболяването ще доведе до промяна на стила на жи-

### ABSTRACT

Back pain is a common problem in the physiotherapy practice. The percentage of the people affected reaches 80%. The medical and social significance of the issue is determined by the fact that these crises are found mainly in the working age patients. The temporary incapacity for work and disability as a result of failed or untimed rehabilitation, cause huge losses to the economy, the healthcare and the social security systems. The choice of an effective approach by any patient with Low back pain (LBP) is a serious challenge in the daily work of the health professionals.

The aim of this study is to present the physiotherapeutic look on the management of low back pain. The results of the study show that the treatment through movement is an essential instrument in the plan of the integrated care for patients with low back pain. The plan is provided by a broad multidisciplinary team of specialists - a doctor, an orthopedist, a physiotherapist, a neurosurgeon, a specialist of physical medicine and rehabilitation and others. An individual physiotherapeutic schedule is arranged. Training with the right posture, gait and creating useful motor skills in the chronic phase of the disease will lead to a change in the lifestyle, reduction of the relapses and reduction of the disability risk.

**Keywords:** physiotherapy, management, back pain, disability

*вот, редуциране на рецидивите и намаляване на риска от инвалидизиране.*

**Ключови думи:** кинезитерапия, мениджмънт, болка в кръста, инвалидност

## ВЪВЕДЕНИЕ

В зависимост от терминологичните традиции в света болките в кръста имат различни наименования - лумбаго, лумбалгия, дископатия, радикулит, радикулопатия, ишиас и др. Независимо от това как ще определим наименованието на болката в кръста ефективното лечение трябва да е центрирано към връщането на пациента към нормалното му ежедневие и превенция на рецидивите. Болките в кръста са едни от най-честите поводи за посещения в общата практика и специализираните практики в доболничната помощ [8]. Причините за болката в кръста от гледната точка на общата практика се делят, с оглед индивидуализиране на подхода към пациента, на по-чести и по-редки. Изключването на по-редките причини още на ниво преглед е сигурна гаранция за елиминиране на болестните състояния, които са противопоказани за прилагане на преформирани физикални фактори [6]. Причините за болката в лумбалния отдел на гръбнака според Р. Рашков и Й. Шейтанов се разделят на основни и редки от гледна точка на епидемиологията на заболяването [9]. Тази класификация на болестните причини не спомага за определяне на кинезитерапевтичния подход към пациента. За нуждите на кинезитерапевтичната практика, която в голяма степен е изправена пред същите предизвикателства, както и общата практика е по-удачно да се приеме класифицирането на заболяванията на по-чести и по-редки. Подобен подход в диференциалната диагноза на лумбалгията ще допринесе за спазване на основния принцип в медицината - „Primum non nocere“ (Преди всичко не вреди).

## СЪЩНОСТ

Често първите оплаквания от болка в кръста се появяват още в юношеството и се задълбочават с възрастта, ако не се диагностицират и лекуват своевременно. Диференциално диагностичният процес се затруднява допълнително от лошата връзка между оплакването, резултата от прегледа, визуализиращите техники и патологичната находка, поради което около 85 % от

случаите остават неизяснени [10, 11]. За бързото овладяване и подобряване на общото състояние на пациента и връщането му към професионален труд е от съществено значение прилагането на адекватен интердисциплинарен терапевтичен подход с дълготрайна стратегия с промотивна насоченост, обучение на болните, поемане на индивидуална отговорност и участие на специалисти от различни области.

На централно място в комплексната терапия и профилактиката се поставя кинезитерапията с богатото ѝ разнообразие на прилаганите методи и средства. Кинезитерапевтичният план включва упражнения за подобряване тонуса и координацията на мускулите, които поддържат и контролират правия стоеж на човека [12].

Системната лечебна физкултура, целяща релаксация и укрепване на гръбнака е от съществено значение за лечението, само при положение, че пациентът е обучен да поеме своята „доза отговорност“ в кинезитерапевтичния процес [2, 3].

Необходимо е динамично проследяване от мултидисциплинарен екип от специалисти: невролог, ортопед, лекар по физикална и рехабилитационна медицина, кинезитерапевт, ерготерапевт и психолог с оглед подобряване и поддържане качеството на живот.

Мениджмънтът на болката изисква изготвяне на индивидуален кинезитерапевтичен план, съобразен с рехабилитационния потенциал на пациента и с етапа на неговото възстановяване [13]. Терапевтичният план следва да се съобразява с формата и активността на болестния процес и е необходимо да включва: медикаментозно лечение, преформирани физикални фактори, активна и пасивна кинезитерапия.

Комплексният лечебен кинезитерапевтичен план най-често включва: упражнения с голяма терапевтична топка, упражнения в дейностите от ежедневието, мобилизиращ масаж, обработка на тригерни точки и постизометрична релаксация, миофасциални техники за тригерни точки, проприоцептивно нервно-мускулно улесняване.

Кинезитерапията се прилага и в трите стадия на болката: остра, подостра и хронична. Сред-

ствата включват: позиционна терапия и мобилизация на гръбначен стълб (в периода на острата болка); релаксиращ лечебен масаж за паравертебралната мускулатура и тонизиращ за мускулите с намален мускулен тонус на долни крайници (подостра фаза); упражнения за коремна и глутелна мускулатура, упражнения за мускулите на гръбначния стълб от различни изходни позиции (хронична фаза) [14].

Предлагат се различни кинезитерапевтични методики за обезболяване и мануална мобилизация на лумбосакралната област – миофасциални техники за тригерни точки, проприоцептивно нервно-мускулно улесняване, ритмично дълговидно разтягане на спастичния мускул в двете посоки [1, 4, 5]. Упражненията трябва да се изпълняват последователно като се променя изходната позиция на тялото с цел засилване на абдоминалната мускулатура, при което и поясният гръбнак се натоварва в по-голяма степен [7].

Извеждането на пациента от болковата фаза на заболяването дава възможност да се приложи друг основен подход в медицината – превантивния. Изхождайки от анатомо-функционалното устройство на поясният гръбнак, кинезитерапевтът трябва да насочи вниманието на пациента към елиминиране и ограничаване на факторите, които оказват вредно въздействие върху тази област от човешкото тяло. Неуместно е пациентът да приема многобройни скъпи медикаменти за лечение, а в същото време да спи и почива в неудобно легло, да седи в ниско кресло, да ходи приведен и др.

След сутрешното ставане от леглото всеки човек най-често извършва редица машинални и необмислени движения, за които мускулатурата не е подготвена да отговори. За да се постигне мобилизиране на мускулатурата и на целия организъм, преди ставане от леглото е добре да се изпълни комплекс от упражнения, за което пациентът трябва да е обучен от специалист-кинезитерапевт. Сутрешният тоалет също може да се превърне в рисков за кръста фактор, като причина за това е отпуснатата мускулатура, недостатъчното мобилизиране на ставно-лигаментарния апарат,

Пациентите с лумбалгия трябва да бъдат приучени към правилно носене на тежести с горните крайници, като тежестта бъде разпределена равномерно от двете страни. Болки могат да се появят дори при най-безобидното навеждане за вдигане на предмети от пода, поради което тези елементарни движения трябва да се извършват по щадящ за кръста начин. Още през 1983 г. Фри-

мойер обръща специално внимание върху ролята на рисковите фактори за болка в кръста, свързани с професията [15]. Това налага, дори при здрави хора, в изпълнение на ежедневни и професионални дейности да се съблюдават правилата за протекция на кръста. Превантивната насоченост включва:

- Недопускане на резки движения и натоварване;
- Укрепване на мускулите, изграждащи поясния мускулен корсет;
- Подобряване на стойката и позицията на тялото при седеж;
- Подобряване подвижността на гръбначния стълб;
- Профилактика срещу заболявания, предразполагащи към дискова херния: простудни заболявания, възпалителни процеси и др.

Правилно изготвеният кинезитерапевтичен план, съобразен с индивидуалните възможности на пациента и етапа на възстановяване водят до обезболяване, нормализиране на професионалните и ежедневни дейности, подобряване качеството на живот и самочувствие. Лечение чрез движение не веднъж доказва своята роля, както в профилактиката така и в терапевтичния етап. От особено значение е и адекватното поведение на пациента. Без неговото участие и активното водене процесите на лечение не би се получили желаните резултати. Сключване на терапевтичен договор и водене на дневник за отразяване на промените в състоянието му с цел извеждането на нови или отхвърлянето на вече недействащи методики от цялостния план на лечение са важни компоненти.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лумбалгията най-често е доброкачествено и лечимо заболяване, особено когато намесата е съвременна и адекватна. Болките могат да бъдат избегнати, ако се има предвид, че гръбнакът и неговия поясен отдел, както всички останали органи в човешкия организъм, изискват внимание и грижа. Склоността към рецидиви на болката в кръста още повече налага да се използват кинезитерапевтичните методики. Правилният мениджмънт води до подобряване здравния статус и от там и качеството на живот на тази категория пациенти. Екипната работа на кинезитерапевта, общопрактикуващия лекар, и другите лекари – тесни специалисти освен, че подобряват общото физическо състояние на пациента, влияят и вър-

ху психосоматичното му състояние. Подобряването на двигателната активност и работоспособността повишават самочувствието и адаптацията на пациента към околната среда.

### БИБЛИОГРАФИЯ

1. Колева, И. Медицинска рехабилитация и ерготерапия при неврологични и психични заболявания. РИК „СИМЕЛ“, София, 2008.
2. Костадинов, Д. Болки в гърба и кръста (диагностика, лечение, предпазване). М&Микропринтинг, София, 2000.
3. Костадинов, Д., Й. Гачева, Л. Цветкова. Ръководство по физикална терапия, том 1, Медицина и физкултура, София, 1988, 343.
4. Костов, Р. Миофасциален болков синдром. Диагностика, лечение и профилактика на миофасциални тригерни точки в областта на долния крайник, част 2. Кинезитерапия и рехабилитация, 2010, 1-2.
5. Костов, Р., Н. Михайлова, Т. Мегова, Л., Стоянова. Диагностика и лечение на функционални фасетни болокажи в лумбалния дял на гръбначния стълб. Сборник резюмета от Първи национален конгрес по медицинска рехабилитация и ерготерапия с международно участие, 2010, 141.
6. Манчева, П. Болка в гръбнака и рамото - терапевтични подходи в общата медицинска практика, Обща медицина, 2004, 6 (1):3-6.
7. Мълчанова, В. За болките в кръста и как да се предпазим от тях, София, 2003.
8. Нацов, И. Клинико-епидемиологично, психометрично и здравно-икономическо проучване на пациенти с мултиплен соматоформен синдром в общата практика. Автореферат на дисертационен труд, Варна, 2012.
9. Рашков, Р., Й. Шейтанов, Практическо ръководство по ревматология, Център за информация по медицина. София, 2002.
10. Тодорова, Г., Св. Георгиева, Й. Гаврилов. Диференциален кинезитерапевтичен подход при лумбо-сакрални патологии. Научни трудове на РУ „Ангел Кънмев, Русе, 2015, 54(8.1):41-45.
11. Frank, A. Low back pain. BNJ, 307, 1993, 3:323-324.
12. Saragiotto, B. T, C. G. Maher, T. P. Yamato at al. Motor control exercise for chronic non-specific low-back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, DOI: 10.1002/14651858.CD012004.
13. Tamošaitytė, G., I. Jamontaitė. Skirtingų kineziterapijos programų, taikomų sergantiems juosmeninės dalies radikulopatija, efektyvumas. Sveikatos mokslai, 2012, 22(3):31-35.
14. Krstev, T., L.Nikolovska, T. Stratorska, D. Vasileva, Кинезитерапия при хроничен болков синдром в лумбо-сакралната област. Оптимизация на съчетаването на съвременни мануални техники при третирането на мускулно-скелетни дисфункции. 2011, 94-102.
15. Frymoyer, J. W., M. H. Pope, J. H. Clements, D. G. Wilder, B. MacPherson, T. Ashikaga. Risk factors in low-back pain. An epidemiological survey. The Journal of bone and joint surgery, 1983, 65 (2):213-8.

#### Адрес за кореспонденция:

Гергана Ненова  
УНС „Рехабилитатор“, Медицински колеж,  
Медицински университет „Проф. д-р Параскев  
Стоянов“- Варна и  
Отделение по ортопедия и травматология на  
МБАЛ „Св. Марина“- Варна  
гр. Варна, бул. „Христо Смирненски“ 1  
e-mail: geri\_nenova@yahoo.com