

• ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

УДК 615.825:617.559

**ВПРОВАДЖЕННЯ МЕТОДИКИ
ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДЛЯ ОСІБ З ПЕРВИННИМ
ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИМ РАДИКУЛІТОМ
У ПІСЛЯЛІКАРНЯНОМ ПЕРІОДІ**

**Віра БУДЗИН, Оксана ГУЗІЙ,
Ольга РЯБУХА, Леся КЛОС**

Львівський державний університет фізичної культури

Анотація. Стаття присвячена проблемі відновлення осіб із первинним попереково-крижовим радикулітом. У зв'язку із поширеністю цієї патології в осіб працездатного віку, ми вивчали названу проблему й удосконалену методику фізичної реабілітації, яка містить комплекси вправ спеціальних і для загального розвитку, їх поєднання з лікувальним масажем, відповідними фізіотерапевтичними процедурами та працетерапією. Розкрито основні завдання та принципи запропонованої методики фізичної реабілітації для осіб II-го зрілого віку з первинним попереково-крижовим радикулітом у післялікарняному періоді. У статті подані результати впливу цієї методики, які підтверджують її ефективність.

Ключові слова: попереково-крижовий радикуліт, методика фізичної реабілітації, післялікарняний період, спеціальні вправи.

Постановка проблеми. У структурі неврологічних захворювань дорослого населення нашої країни 48% становлять хвороби периферичної нервової системи [6]. Згідно з сучасними статистичними відомостями, серед них на першому місці (60–80%) – ураження попереково-крижового відділу, на другому (10–15%) – шийного відділу хребта [5, 7]. Лікування попереково-крижового радикуліту є тривалим і для повноцінного відновлення функціонального стану організму потребує реабілітаційного втручання.

Аналіз останніх досліджень. Упродовж довгого часу люмбалгію вважали як проявом попереково-крижового радикуліту, тому увагу на ній зосереджували невропатологи. Проте дослідження останніх років довели, що вторинна вертебральна радикулопатія діагностується лише у 7–8%, а за даними експертів ВООЗ (2005) – у 2–5% хворих на люмбалгію. Останнім часом радикуліт називають багатодисциплінарною проблемою, де поряд із неврологічними, травматологічними, ортопедичними аспектами велике значення мають ревматологічні аспекти та фізична реабілітація [3, 8, 7].

Найчастіше радикуліт розвивається у віці від 20 до 50 років (пік захворювання – 35–45 років) [2, 11]. Кожне загострення хвороби збільшує ураження нервової системи, погіршує її функціональну здатність, може призвести до ускладнення наявних і виникнення нових ознак хвороби, до зниження і навіть втрати працездатності. Саме хронічний, рецидивний (із загостреннями) перебіг хвороби є основною причиною частого звертання хворих до лікувальних закладів та високої (часто тривалої) втрати працездатності [1, 12]. Так, в Україні 2007 року через радикуліт було втрачено 52 млн робочих днів, що поступалося лише захворюванням органів дихання та кровообігу. 2006 року цей показник збільшився до 90 млн робочих днів, причому 75% хворих були пацієнти віком від 30 до 59 років, тобто в найбільш працездатному віці. За відомостями зарубіжних та вітчизняних джерел, фізичній реабілітації осіб з радикулітом попереково-крижового відділу хребта приділяється увага, оскільки саме вторинні ускладнення можуть призвести до втрати працездатності на тривалий час, але недостатньо враховано індивідуальний підхід до таких пацієнтів, черговість вправ, їх добір та поєднання з іншими засобами реабілітації [2, 6].

Зв'язок роботи з науковими темами. Дослідження проводилося згідно з темою Зведе

ного плану науково-дослідної роботи у сфері фізичної культури і спорту на 2006–2010рр. Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту за темою 2.4.4. „Теоретико-методичні засади фізичної реабілітації при патології хребта”.

Мета – удосконалення методики фізичної реабілітації для осіб II-го зрілого віку з первинним радикулітом попереково-крижового відділу хребта в післялікарняному періоді.

Завдання:

1. Вивчити функціональний стан осіб з первинним радикулітом попереково-крижового відділу хребта.

2. Удосконалити методику фізичної реабілітації осіб з радикулітом попереково-крижового відділу хребта і експериментально перевірити її ефективність.

Для вирішення поставлених завдань були підібрані наступні **методи дослідження:**

- аналіз науково-методичної літератури;
- соціологічний метод (анкетування);
- клінічні та параклінічні методи (об'єктивний огляд, пульсометрія та тонометрія, тестування чутливості та болю, дослідження рухової сфери);
- педагогічний експеримент;
- методи математичної статистики.

Організація дослідження. Дослідження проводилося трьома етапами на базі поліклінічного відділення 5-ї комунальної поліклініки м. Львова. Обстежувалися пацієнти II-го зрілого віку з діагнозом первинний попереково-крижовий радикуліт. Всього оглянуто 20 осіб. Було сформовано основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП) по 10 осіб віком 40–55 років. Основна група займалася за удосконаленою методикою фізичної реабілітації, курс реабілітації тривав 30 днів, займалися 5 разів на тиждень зранку з 10 до 12 години. З пацієнтами групи порівняння проводив фізичну реабілітацію інструктор з ЛФК згаданого відділення за методикою названої установи.

Обговорення результатів дослідження. На першому етапі дослідження в поліклінічному відділенні при проведенні фонових обстежень пацієнтів обох груп були виявлені такі клінічні симптоми: біль у попереку, обмеження рухів, порушення чутливості та зміна сухожилкових рефлексів.

Щоб краще вивчити проблему цього контингенту хворих та удосконалити методику фізичної реабілітації – ми провели анкетування, яке складалося з певного переліку питань (діагноз, основні симптоми захворювання, причини виникнення, супутні захворювання, ускладнення, які засоби реабілітації використовувались і які їх наслідки впливу, яка рухова активність пацієнта впродовж дня, яка активність зменшує, збільшує біль та динаміка болю протягом дня).

В анкетуванні брали участь усі набрані пацієнти, при цьому було виявлено такі патології: гіпертонічна хвороба в ОГ у 30,8% пацієнтів, а в ГП у 20,5%; сколіоз в ОГ у 39,2% хворих, а в ГП у 44,5%; остеохондроз в ОГ у 19,24% хворих, в ГП в 25,6%; крайові розростання тіл хребців в ОГ в 10,76% пацієнтів, в ГП у 9,4% пацієнтів. Основні причини виникнення та загострення захворювання: кісткові порушення в хребті у 30% хворих ОГ, а в ГП в 40% хворих; порушення обміну речовин в ОГ в 10% пацієнтів і в ГП також у 10% пацієнтів; травмування нервових корінців було причиною хвороби в ОГ у 30% осіб, а в ГП – у 10%; інфекційний чинник виникнення радикуліту спостерігався в ОГ у 20% хворих, а в ГП – у 30% хворих; інші чинники розвитку цієї патології спостерігалися в ОГ і в ГП у 10% пацієнтів. У 100% хворих у гострому періоді проводилося консервативне лікування попереково-крижового радикуліту у стаціонарі. До всіх пацієнтів у післялікарняному періоді застосовувалися такі засоби реабілітації як ЛФК, масаж, фізіотерапія та працетерапія, після чого спостерігалося поліпшення самопочуття в 90% хворих в обох групах, а в 10% пацієнтів як в ГП, так і в ОГ фіксувався дискомфорт після фізичного навантаження. Рухова активність щодня у 100% хворих була середня, біль у пацієнтів підсилювався через різкі рухи та перевантаження.

На основі аналізу літературних джерел, анкетування, удосконалення теоретичного та

практичного досвіду з цієї проблеми, ми удосконалили методикау фізичної реабілітації для осіб з попереково-крижовим радикулітом у післялікарняному періоді, обов'язково враховуючи індивідуальний підхід до кожного пацієнта.

На початковому етапі педагогічного експерименту, щоб визначити рівень функціонального стану та однорідності груп, ми проводили тоно- та пульсометрію, досліджували нервово-м'язовий апарат та рухову сферу в пацієнтів обох груп у кабінеті ЛФК цього поліклінічного відділення (табл. 1).

Таблиця 1

Фонові показники ЧСС та АТ пацієнтів обох груп

n=20

Групи	АТ max.	АТ min.	ЧСС
ОГ	124,4 ±12,3	71,5 ±0,9	69,4 ±0,6
ГП	120 ±11,8	68,1 ±0,8	69 ±0,7

Примітка.

Позначки $p > 0,05$ до таблиці не вносились.

Після опитування пацієнтів за шкалою болю з'ясувалося, що у всіх (100%) хворих найінтенсивніший біль спостерігався зранку, при чому в обід і ввечері його інтенсивність зменшувалася. Відповідно до шкали болю в ОГ з оцінкою „4” (біль вищий за середній) було 20% хворих, з оцінкою „5” (біль середній) – 20% хворих, з оцінкою „6” (біль нижче середнього) – 30% пацієнтів і з оцінкою „7” (слабкий біль) – 30% хворих. Відповідно в ГП було 20% хворих з болем на оцінку „4”, 30% пацієнтів з болем на оцінку „5”, 20% хворих з болем на оцінку „6” і 30% пацієнтів з болем на оцінку „7”.

За функціональними тестами для оцінювання нервово-м'язового апарату та рухової сфери хворих обох груп, ми отримали такі результати:

- симптом клубово-поперекового м'яза – тест відзначався як „позитивний” у 100% хворих ОГ і ГП;

- тест Ремня – при нахилі тулуба вперед тест „позитивний” в ОГ в 40% хворих з ураженням крижово-клубової ділянки і в 60% хворих з ураженням поперекової ділянки хребта, а в ГП – 50% пацієнтів мають ураження крижово-клубової ділянки і 50% пацієнтів з ураженням поперекової ділянки хребта. При нахилі тулуба назад в ОГ у 80% хворих тест характеризувався як „позитивний”, а в ГП – у 90% пацієнтів. Нахили в сторони обмежені у 100% хворих обох груп. Ротація тулуба у хворих обмежена в ОГ на $8^\circ \pm 0,1$, а в ГП на $10^\circ \pm 0,8$;

- тест Патріка – „позитивний” в ОГ у 80% хворих, а в ГП – у 90% хворих, „від'ємний” тест в ОГ у 20% пацієнтів, а в ГП – у 10% пацієнтів;

- дослідження функції великого сідничного м'яза – тест „позитивний” в ОГ у 80% хворих, а у ГП – у 90% хворих;

- дослідження колінних та ахіллових рефлексів – в осіб ОГ „++” (жваві рефлекси) спостерігалось у 50% хворих, „+” (зниженні рефлекси) – у 40% хворих і „-” (відсутні рефлекси) – у 10% хворих. В осіб ГП „++” (жваві рефлекси) спостерігались у 60% пацієнтів, „+” (зниженні рефлекси) – у 30% пацієнтів і „-” (відсутні рефлекси) – у 10% пацієнтів.

Отримані результати ми враховували при складанні реабілітаційної методики для пацієнтів ОГ. Наша удосконалена методика ФР відрізняється від методики, яку застосовують у згаданому поліклінічному відділенні тим, що містить комплекси спеціальних вправ з чергуванням вправ для загального розвитку (ЗРВ), де акцентована увага на нормалізації тону м'язів спини, збільшенні рухливості хребта, створенні та зміцненні „м'язового корсета” спини, черевного преса та м'язів рук і ніг. У процесі фізичної реабілітації ми застосовували ЛФК, поєднуючи з її лікувальним масажем, відповідними фізіотерапевтичними процедурами та працетерапією [4, 5, 9].

Головними завданнями лікувальної фізкультури на цьому етапі були: нормалізація тону м'язів спини, збільшення рухливості хребта і збереження нормальної постави, створення „м'язового корсета” та подовження ремісії захворювання. Під час занять лікувальної гімна-

стики ми використовували вправи для загального розвитку та спеціальні, які виконували з усіх вихідних положень, які можливі при зазначеній патології, та обов'язково поєднуючи з диханням. А саме: стоячи в основній стійці – використовували вправи на скорочення, розслаблення м'язів; в колінно-ліктьовому положенні – для зміцнення м'язів спини; в положенні лежачи на спині – для м'язів черевного преса та на розтяг м'язів у попереково-крижовій ділянці, наприкінці заняття виконували вправи на розслаблення. Після 15-го заняття післялікарняного періоду реабілітації, ми обстежили хворих і виявили тенденцію до поліпшення їх стану, що було підставою для розширення рухового режиму і необхідності корекції реабілітаційного процесу (ми збільшили кількість вправ та їх повторень, а також додали вправи на координацію та рівновагу, коригувальні вправи з палицями для постави в поєднанні з дихальними вправами).

Відповідність правильно дібраних вправ ми контролювали визначаючи реакцію серцево-судинної системи на навантаження (проводили тоно- та пульсометрію зранку до і після заняття в кабінеті ЛФК цього поліклінічного відділення).

Для підсилення лікувального ефекту, окрім ЛФК, ми використовували лікувальний масаж та фізіотерапевтичні процедури (парафіно- і озокеритолікування, УФО, УВЧ, УЗТ, електростимуляцію та ампліпульстерапію). Фізіотерапевтичні процедури та масаж проводилися в ОГ до занять ЛФК, а в ГП – в інший час (зранку або після обіду), що вже знижувало ефективність ЛФК. На курс лікування призначалося 10–12 процедур тривалістю 15–20 хвилин.

Окрім того, пацієнти як ОГ так і ГП використовували впродовж дня спеціальні корсети (фіксувальні, розвантажувальні і коригувальні), знімаючи їх під час занять ЛФК [10].

Пацієнтам ОГ для поліпшення кровообігу, обміну речовин, нормалізації холестеринового обміну, розслаблення м'язів та зменшення болю ми рекомендували приймати прісні, соляно-хвойні та йодо-бромні ванни, які легко можна зробити в домашніх умовах, комплекси вправ, які можна виконувати у ванні.

Після комплексу реабілітаційних заходів, ми проводили повторно обстежили пацієнтів обох груп і отримали такі результати: на початку експерименту середній показник болю в пацієнтів ОГ становив $5,60 \pm 0,37$ бала (середній біль), а в ГП – $5,70 \pm 0,37$ бала (середній біль), $P > 0,05$. Після 15-го дня реабілітації показник болю в ОГ становив $6,90 \pm 0,35$ балів (біль нижчий зі середній), а в ГП $6,10 \pm 0,35$ балів (біль нижче середнього) відповідно. Після курсу фізичної реабілітації середній показник болю в пацієнтів ОГ становив $7,90 \pm 0,31$ бала (слабкий біль), а в пацієнтів ГП – $6,90 \pm 0,35$ бала (біль нижчий за середній) відповідно, що свідчить про значне зменшення його інтенсивності після реабілітації в осіб основної групи, $P < 0,05$ (табл. 2).

Таблиця 2

Оцінка болю пацієнтів обох груп до і після реабілітації

n=20

Група	Оцінка болю(бали)	Оцінка болю (бали)
Етапи	I	II
	X±n	X±n
ОГ	$5,60 \pm 0,37$	$7,90 \pm 0,31$ $P < 0,05$
ГП	$5,70 \pm 0,39$	$6,90 \pm 0,35$ $P < 0,05$ (ОГ)

Примітка.

1 – позначки I і II вказують на початковий і завершальний етапи реабілітації; 2 – позначка ОГ вказує на групу; 3 – значення $p > 0,05$ до таблиці не вносились.

При дослідженні показників поверхневої чутливості в пацієнтів до реабілітації спостерігалось порушення поверхневої чутливості (переважали анестезія, гіперестезія, гіпестезія) у 87,80% і 84,80% хворих в основній та порівняльній групах. На завершальному етапі реабілітації було встановлено значне зменшення кількості таких осіб – до 18,80% пацієнтів в ОГ і до 40,90% хворих у ГП. Таким чином, поверхнева чутливість нормалізувалась у пацієнтів ОГ і ГП на 69,00% і 43,90% відповідно.

При дослідженні показників глибокої чутливості на початку експерименту хворі з втраченою чутливістю у групі порівняння становили 22,50%, а в основній групі – 29,80%, після реабілітації ці показники зменшилися до 20,20% у групі порівняння і до 4,50% в основній групі, тобто втрачена чутливість нормалізувалася у хворих ОГ і ГП на 25,30% і 2,30% відповідно. Ці результати підтверджують позитивний вплив нашої методики.

Першого дня дослідження, щоб оцінити функціональний стан нервово-м'язового апарату пацієнтів, було використано деякі функціональні тести в обох групах і отримано такі результати:

- симптом клубово-поперекового м'яза – тест „позитивний” у 100% хворих ОГ і ГП;
- тест Ремня – при нахилі тулуба назад „позитивний” в ОГ і ГП відповідно в 90,20% і 86,40% пацієнтів, нахили в сторони обмежені у 100% хворих ОГ і ГП, ротація тулуба обмежена в ОГ на $12,00^\circ \pm 0,80$, а в ГП – на $11,00^\circ \pm 0,70$;
- тест Патріка – „позитивний” в ОГ в – 90,40% хворих, а в ГП – у 88,70%;
- при дослідженні функції великого сідничного м'яза – тест „позитивний” в ОГ і ГП відповідно в 92,30% і 89,50% хворих, амплітуда відведення прямої ноги в сторону обмежується в пацієнтів ОГ на $13,00^\circ \pm 0,49$, а в ГП на $12,50^\circ \pm 0,54$.

Унаслідок упровадження удосконаленої методики для цього контингенту хворих після проведеної реабілітації ми спостерігали таку позитивну динаміку функціональних тестів:

- симптом клубово-поперекового м'яза – тест „позитивний” у 12,60 % осіб ОГ і у 25,70 % пацієнтів ГП;
- тест Ремня – „позитивний” у 15,80 % пацієнтів ОГ і у 25,80 % хворих ГП; нахили в сторони обмежені в пацієнтів ОГ і ГП відповідно у 13,50% і 23,40% осіб, ротація тулуба обмежена у хворих ОГ на $5,10^\circ \pm 0,46$, а в ГП – на $10,00^\circ \pm 0,68$;
- тест Патріка – „позитивний” в ОГ і в ГП відповідно у 15,70% і 26,10% осіб;
- дослідження функції великого сідничного м'яза – тест „позитивний” у 14,90% пацієнтів ОГ та у 23,80% осіб ГП;
- дослідження функції середнього і малого сідничного м'яза – амплітуда відведення прямої ноги в сторону обмежується в пацієнтів ОГ на $4,90^\circ \pm 0,69$, а в ГП – на $10,90^\circ \pm 1,08$.

Під час педагогічного експерименту було встановлено чітку тенденцію до поліпшення показників колінних та ахіллових рефлексів. Збільшилася кількість осіб зі жвавими рефлексами в ОГ (до фізичної реабілітації вони становили 50,20%, а після її завершення – 75,30% пацієнтів), у пацієнтів ГП на початку експерименту – 57,80% осіб і після фізичної реабілітації – 66,10% відповідно. Зменшилася кількість хворих зі зниженими рефлексами в ОГ на 15,00% (до фізичної реабілітації було 39,70% хворих, а після проведення їх кількість становила 24,70%), у ГП – на 1,20% (35,10% осіб і 33,90% відповідно). Відсутність рефлексів у осіб ОГ до реабілітації спостерігалась у 10,10% пацієнтів, у ГП – в 7,10% осіб та вже після 15-го дня проведення фізичної реабілітації в ОГ кількість таких осіб зменшилася до 6,50%, що на 3,60% менше від вихідних даних, а в ГП до 6,80% пацієнтів, що на 0,30% менше щодо вихідних показників. Отримані дані свідчать про швидші темпи відновлення функціонального стану пацієнтів основної групи.

Визначаючи показники колінних та ахіллових рефлексів, ми спостерігали тенденцію до збільшення кількості пацієнтів зі жвавими рефлексами в ОГ і ГП відповідно на 25,10% і 8,30%, осіб із відсутніми рефлексами після реабілітації ні в ОГ, ні в ГП не виявлено.

Висновки.

1. В осіб з первинним попереково-крижовим радикулітом були виявлені такі клінічні симптоми як біль у попереку, обмеження рухів, порушення чутливості, зміна сухожилкових рефлексів та наявність попереково-крижових рефлексів.

2. Фізична реабілітація за нашою удосконаленою методикою (яка містить вправи спеціальні та для загального розвитку у поєднанні з лікувальним масажем, відповідними фізіотерапевтичними процедурами та працетерапією з урахуванням особливостей перебігу захворювання кожного пацієнта) сприяла вірогідно ($p < 0,05$) більш вираженим позитивним змінам, ніж реабілітація за типовою методикою зазначеної установи.

Перспективи подальшого дослідження. Доцільно удосконалити методику фізичної реабілітації для цього контингенту хворих у лікарняному періоді реабілітації і сконцентрувати увагу на удосконаленні засобів профілактики цього захворювання.

Список літератури

1. *Кужанская А. П.* Радикулит / А. П. Кужанская. – СПб. : Весь, 2003. – 96 с.
2. *Марченко О. К.* Физическая реабилитация неврологических больных / О. К. Марченко. – К.: Олимпийская литература, 1999. – 56 с.
3. *Мурза В. П.* Фізична реабілітація: [навч. посіб.]. – К. : Орлеан, 2004. – С. 338-380.
4. *Физиотерапевтический справочник* / под ред. И. Н. Сосина. – К. : Здоров'я, 2005. – 349с.
5. *Чабаненко С. Н.* Массаж при радикулитах / С. Н. Чабаненко – М. : Вече, 2004. – 176 с.
6. *Шевага В. М.* Захворювання нервової системи / В. М. Шевага, А. В. Паєнок – Л. : Світ, 2004. – С. 170-177.
7. *Шмидт И. Р.* Остеохондроз позвоночника: этиология и профилактика / И. Р. Шмидт. – Новосибирск : Наука, 2002. – 84с.
8. *Штеренгерц А. Е.* Массаж для взрослых и детей / А. Е. Штеренгерц, Н. А. Белая – К. : Здоровье, 2003. – 384с.
9. *Юмашев Г. С.* Оперативная травматология и реабилитация больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата / Г. С. Юмашев, В. А. Епифанов. – М. : Медицина, 2000. – С. 250-335.
10. *Язловецький В. С.* Основи фізичної реабілітації : [навч. посіб.] / В. С. Язловецький, Г. Е. Верич, В. М. Мухін. – Кіровоград, 2004. – 383 с.
11. *Andersson G.* Spine – Washington : VHA, 2008. – P. 53-60.
12. *Netter F. H.* The ciba collection of medical illustrations. Vol. 8 : Musculoskeletal system. Part III : Trauma evaluation, and management. – New Jersey : Ciba-Geigy corp., 2006. – 222 p.

List of references

1. *Kutzanskaja A. P.* Radykulit / A. P. Kutzanskaja. – SPb : Vesj, 2003. – 96 s.
2. *Martsenko O. K.* Fizitseskaja reabilitacija nevrologitseskich bolnych / O. K. Martsenko. – K. : Olimpijskaja literatura, 1999. – 56 s.
3. *Murza V. P.* Fyzysna reabilitacija : [navch. posib.] – K. : Orlean, 2004. – S. 338-380.
4. *Fizioterapevtitseskij spravotsnik* / pod red. I. N. Sosina – K. : Zdorovja, 2005. – S. 245 – 349.
5. *Tsabanenko S. N.* Masatz pry radykulitach / S. N. Tsabanenko – M. : Vetse, 2004. – 176 s.
6. *Shevaha V. M.* Zachvorjuvannja nervovoji systemy / V. M. Shevaha, A. V. Pajenko – L. : Svit, 2004. – S. 170-177.
7. *Schmidt I. R.* Osteochondroz pozvonotsnika: etiologija i profilaktika / I. R. Schmidt – Novosibirsk : Nauka, 2002. – 84s.
8. *Schterenherc A. E.* Masatz dlja vzroslych i djetjej / A. E. Schterenherc, N. A. Belaja – K. : Zdorovje, 2003. – S. 288 – 384.
9. *Jumashev H. S.* Operativnaja travmatologija i reabilitacija bolnych s povretzdjenijami oporno-dvigatjelnogo apparata / H. S. Jumashev, V. A. Jepifanov. – M. : Medicina, 2000. – S. 250-335.
10. *Jazlovecjkij V. S.* Osnovy fizytsnoji reabilitaciji : [navch. Posib.] / V. S. Jazlovecjkij, H. E. Veryts, V. M. Muchin. – Kirovohrad, 2004. – S.125 – 180

**ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИКИ
ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
ДЛЯ ЛИЦ С ПЕРВИЧНЫМ
ПОПЕРЕЧНО-КРЕСТЦОВЫМ РАДИКУЛИТОМ
В ПОСТСТАЦИОНАРНОМ ПЕРИОДЕ**

**Вера БУДЗИН, Оксана ГУЗИЙ,
Ольга РЯБУХА, Леся КЛОС**

*Львовский государственный университет
физической культуры*

Аннотация. Статья посвящена проблеме восстановления лиц с первичным поперечно-крестцовым радикулитом. В связи с распространённостью данной патологии у лиц трудоспособного возраста, нами изучена эта проблема и усовершенствована методика физической реабилитации, которая включает комплексы специальных и общеразвивающих упражнений, их сочетание с лечебным массажем, соответствующими физиотерапевтическими процедурами и трудотерапией. Раскрыты основные задачи и принципы предложенной методики физической реабилитации для лиц II-го зрелого возраста с первичным поперечно-крестцовым радикулитом в постстационарном периоде. В статье представлены результаты влияния данной методики, которые подтверждают её эффективность.

Ключевые слова: поперечно-крестцовый радикулит, методика физической реабилитации, постстационарный период, специальные упражнения.

**THE ADOPTION
OF PHYSICAL REHABILITATION METHODS
FOR PEOPLE AT THE INITIAL PERIOD
OF LUMBAR-SACRAL RADICULITIS**

**Vira BUDZYN, Oksana HUZIIY,
Olga RYABUKHA, Lesya KLOS**

Lviv State University of Physical Culture

Annotation. The article is dedicated to the problem of rehabilitation of people with the initial period of lumbar-sacral radiculitis. Due to expansion of this pathology among able-bodied people it has been studied and the methods of physical rehabilitation, which include complex of special and general exercises, their combination with therapeutic massage, proper physiotherapy treatment and work therapy, have been improved. The article discloses the main tasks and principles of the advised methods of physical rehabilitation for the second age people with the initial period of lumbar-sacral radiculitis while after-treatment period. The article presents the results of the influence of these methods that confirms its effectiveness.

Key words: lumbar-sacral radiculitis, methods of physical rehabilitation, postmedical period, special exercises.