

ՀՏԴ 61; 612; 616-009; 616.8

**Տրիգերային կետերի ապասկտիվացնող մերսման դերը
ողնաշարի գոտկային հատվածի միջողային
սկավառակների ճողվածքների ռեաբիլիտացիոն
միջոցառումների համակարգում**

Ք.Ա. Ներոզովա, Մ.Հ. Դանիելյան

*ՀՀ ԳԱԱ Լ. Օրբելու անվ. ֆիզիոլոգիայի ինստիտուտ,
0028, Երևան, Օրբելի եղբ. փ., 22*

Բանալի բառեր. օղնաշարային ճողվածքներ, ռեաբիլիտացիոն միջոցառումներ, տրիգերային կետեր, մերսում, միջողային սկավառակ

Վերջին 10-20 տարվա ընթացքում օղնաշարային ճողվածքների առաջացման հաճախականությունը կրկնապատկվել, անգամ եռապատկվել է: Դրա առաջացման հիմնական պատճառը միջողային նյութափոխանակության խանգարումն է: Գենետիկական նախադրյալների ու տարիքային կազմափոխության հետևանքով նվազում է ջրի ներթափանցումը միջողային սկավառակ: Սովորական օստեոխոնդրոգն այս հիվանդության առաջացման հավանականությունը մեծացնում է 10 անգամ [2]: Ողնաշարային (միջողային) ճողվածքը վնասված սկավառակի տեղախախտումն է (սահմանից դուրս գալը), ինչի հետևանքով ձգվում է նյարդը՝ առաջացնելով անտանելի ցավ: Այս կամ այն աստիճանի օղնաշարային ճողվածքով տառապում է ողջ բնակչության մեկ չորրորդը: Այս հիվանդության հետևանքով ախտահարվում են մեր օղնաշարային սյան շարժունությունն ապահովող ամորտիզատորները: Երբեմն պատճառ կարող են դառնալ վնասվածքներն ու վարակները [5,15]:

Ողնաշարային ցավերը հաճախ քողարկում են իրական պատճառները: Ողնաշարային ճողվածքն ու օստեոխոնդրոգը բավական եննգ հիվանդություններ են, որոնք չբուժելու դեպքում կարող են հիվանդին գամել հաշմանդամի սայլակին: Գրեթե միշտ հիվանդը բողբոմ է մեջքի ցավերից: Հիմնականում այն առաջանում է դեռևս պատանեկան տարիքում. հիվանդը բողբոմ է չափավոր ֆիզիկական

ծանրաբեռնվածությունից, աշխատասեղանի մոտ կամ անկողնում՝ անհարմար դիրքից [19,21]:

Ողնաշարային ճողվածքի ամենատարածված տեսակը օստեոխոնդրոզային տարբերակն է, երբ ճողվածքն առաջանում է ողնաշարի օստեոխոնդրոզի ֆոնի վրա [20]: Տեղի են ունենում ողերի սկավառակների աճառների հյուսվածքային դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ փոփոխություններ: Բեռնվածության ազդեցությունից այդ փուխը գոյացությունները վնասվում են՝ առաջացնելով ձևափոխություններ կամ էլ սկավառակի տեղաշարժ, ինչի հետևանքով ճզմվում են հարողնաշարային նյարդերը, կամ էլ նեղանում է ողնուղեղային լուսանցքը: Այս ճողվածքով պայմանավորված առաջանում է ցավ, որը կարող է ուղեկցվել մկանների անդամալուծությամբ, կոնքի օրգանների ֆունկցիայի խանգարմամբ: Հիվանդների մի մասը վիրահատական միջամտության կարիք ունի [22,23,26]:

Նյութը և մեթոդները

Հետազոտությունն իրականացվել է ՀՀ ԳԱԱ սկ. Օրբելու անվ. ֆիզիոլոգիայի ինստիտուտում: Մեր կողմից իրականացված հետազոտության նպատակն է՝ գտնել մարդու ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքից առաջացած, կյանքի որակը նվազեցրած զգացողությունների և իրավիճակների վերացման և առողջության վերականգնման ավելի արդյունավետ վերականգնողական միջոցառումների համալիր: Հետազոտության խնդիրներն էին.

1. պարզել տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մերսման կիրառման արդյունավետությունը ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքի վերականգնման գործընթացում:
2. Պարզել տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մերսման կիրառման արդյունավետությունը ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքի վերականգնողական միջոցառումների համալիրում:
3. Պարզել կինեզիոթերապևտիկ մեթոդների և տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մերսման համատեղման արդյունավետությունը:
4. Մկանային սպազմի և լարված մկաններից լրացուցիչ աֆֆերենտացիայի վերացում:
5. Ողնաշարի շարժունության չափավորված (աստիճանական) վերականգնում, շարժման հանդեպ վախի զգացողության վերացում, կյանքի որակի բարձրացում:

Հետազոտության ժամանակ իրականացվել են կինեզիոթերապևտիկ հետևյալ մեթոդները՝ բուժական ֆիզկուլտուրա, մանուալ թերապիա, բուժական մերսում: Առաջին անգամ փորձ է կատարվել տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մերսումը կիրառել վերականգնողական միջոցառումների համալիրում՝ կինեզիոթերապևտիկ մեթոդների հետ զուգահեռ:

Հետազոտությանը մասնակցել են ողնաշարի գոտկային հատվածի միջողային սկավառակի ճողվածքով 18 անձ (9 կին և 9 տղամարդ): Հիվանդները բաժանվել են երկու խմբի՝ ստուգիչ և հետազոտական:

Առաջին անգամ փորձ է արվում կիրառել տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մերսումը ողնաշարի գոտկային հատվածի միջողային սկավառակի ճողվածքից առաջացած վնասակար երևույթների վերացման համար և կիրառել այն հիվանդի վերականգնողական միջոցառումների համալիրում [17]:

Հետազոտության տեսական նշանակությունն է՝ կինեզիոթերապևտիկ մեթոդների համալիրում ողնաշարի գոտկային հատվածի միջողային սկավառակի ճողվածքներով հիվանդների վերականգնողական միջոցառումների համալիր գործընթացում [11-13]: Հետազոտության գործնական նշանակությունն է՝ ողնաշարի գոտկային հատվածի միջողային սկավառակի ճողվածքներով հիվանդների կյանքի որակը նվազեցրած զգացողությունների ու իրավիճակների վերացումը, առողջության ավելի արդյունավետ և արագ վերականգնումը [10]:

Միջողային ճողվածքի առաջացման հիմնական գործոնն է միջողային սկավառակի դեգեներացիան [4], սակայն դեգեներացիայի խթանման գործընթացներն առայժմ ամբողջովին ուսումնասիրված չեն: Տվյալ գործընթացը պայմանավորված է բազմագործոնային էթիոլոգիայով: Առանձնացնում են երեք գործոն՝ գենետիկական, մետաբոլիզմի կամ սնուցման խանգարում և մեխանիկական, ինչը պայմանավորված է միջողային սկավառակի կառուցվածքների մշտական միկրովնասմամբ ու աստիճանական քայքայմամբ [18]:

Սակայն ոչ միայն գենետիկ էնդոգեն, այլ նաև էկզոգեն գործոններն են որոշում միջողային սկավառակի դեգեներատիվ փոփոխությունների արագությունը և բնույթը: Ֆիզիկական բեռնվածությունը՝ ծանրության բարձրացումով, տորսիոն բեռնվածությամբ (բեռնվածության բարձրացում համակցված շրջապատույտի հետ), մեքենայի վարումը, սահմանվել են որպես սկավառակային դեգեներացիայի, իսկ հետագայում ճողվածքի առաջացման հիմնական ռիսկի գործոններ [24]:

Հասուն մարդկանց միջոդային սկավառակը չունի արյան մատակարարում, և նրա սնուցումն իրականացվում է օսմատիկ ճանապարհով, այսինքն՝ շարժման ժամանակ, օրինակ՝ քայլքի: Համապատասխանաբար սակավաշարժունության ժամանակ միջոդային սկավառակի սնուցումը բավարար չէ, և նա ժամանակի ընթացքում կորցնում է իր մեջ պարունակվող հեղուկը և փխրուն է դառնում: Այդ փխրունության պատճառ կարող է լինել նաև ժառանգականությունը [14,27]:

Ճողվածքի առաջացումն ունի նաև տրիգերային վարկած [17]: Համաձայն այդ վարկածի՝ առաջնային դեր են խաղում ախտաբանորեն կծկված մկանները, որոնք սեղմում են միջոդային սկավառակը, ինչով խաթարում են նրա սնուցումը: Դրա հետևանքով միջոդային սկավառակն աստիճանաբար կորցնում է հեղուկը, և առաջանում է փխրություն:

Այդ ամենի հետ մեկտեղ միջոդային սկավառակի փոքր չափսով ողերի սահմաններից դուրս գալը օրինաչափ ֆիզիոլոգիական երևույթ է: Այդ պատճառով մարդը առավոտյան ունի ավելի բարձր հասակ, քան երեկոյան [18]:

Ռադիկուլիտը, միջոդային ճողվածքը, ողնաշարի ուռուցքները կամ բորբոքային գործընթացները հայտնաբերվում են ողնաշարային ձևախախտման և դրա հետևանքով հարողնաշարային մկանների լարման պատկերով [18,25]: Այդ բոլորը միասին ցավ են առաջացնում, որը ծանոթ է մեզանից յուրաքանչյուրին: Հիվանդությանը բնորոշ են նաև գոտկային հատվածում առաջացած հանկարծակի, ոչ ուժեղ ցավերը, իսկ օրվա ընթացքում ցավ ու թուլություն է զգացվում նաև աջ կամ ձախ ոտքում: Երբեմն շարժումների ժամանակ, հագալիս, փռշտալիս մեջքի ու ոտքի ցավերն այնքան են ուժգնանում, որ հիվանդն անկողնային ռեժիմի կարիք է զգում: Վերին շնչուղիների հիվանդություններից հետո գոտկասրբանային ցավերը բժիշկներին դիմելու երկրորդ պատճառն են [16,22]: Մեծահասակ մարդկանց մոտավորապես 70%-ն ունենում է գոտկասրբանային ցավեր, սակայն միայն 14%-ն է ունենում երկու շաբաթը գերազանցող գոտկասրբանային ցավեր: Նրանց մոտավորապես 1,5%-ն ունենում է իշալգիայի դեպքեր [4]: Գոտկասրբանային ցավերի ծագման շատ պատճառներ հայտնաբերվում են հիվանդության պատմության և նյարդաբանական քննության օգնությամբ, բայց որոշ, վիրաբուժական ճանապարհով բուժվող կամ համակարգային հիվանդությունների (քաղցկեղ կամ դիսիմինացված ինֆեկցիաներ, որոնք պահանջում են սպեցիֆիկ թերապիա) ախտորոշումը պահանջում է ավելի բարձր ախտորոշիչ գնահատական: Հիվանդության պատմության և նյարդաբանական հետազոտության վերաբերյալ հոդվածները կարևոր են ոչ միայն բուժման տակտիկայի

ընտրության համար, այլև որոշելու համար, թե ինչ ախտորոշիչ տեսողական պատկերներ և լաբորատոր քննություններ են անհրաժեշտ, կամ էլ ինչ նեղ մասնագետի գնման անհրաժեշտության կարիք կա:

Գոտկասրբանային շրջանի ցավերը կարող են ծագել ողնաշարի մի շարք կառույցներից՝ ընդգրկելով միջոդային կապանները, ֆիբրոզ օղի դրսային հատվածի մանրաթելերը, ֆասետային հոդերը, ողերի վերնոսկրը, հարողնաշարային մկանները և փակեղները, արյունատար անոթները և ողնաշարից դուրս եկող նյարդաբանությունները [6,9]:

Մեր կողմից իրականացված հետազոտության նպատակն էր գտնել մարդու ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքից առաջացած, կյանքի որակը նվազեցրած զգացողությունների և իրավիճակների վերացման և առողջության վերականգնման ավելի արդյունավետ վերականգնողական միջոցառումների համալիր:

Հետազոտության ժամանակ իրականացվել են կինեզիոթերապևտիկ հետևյալ մեթոդները՝ *բուժական մարմնամարզություն, մանուալ թերապիայի փափուկ տեսակներ, բուժական մերսում* [1,3,7,8]:

Առաջին անգամ փորձ է արվել համեմատաբար նոր մերսման մեթոդիկան՝ տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մերսումը [17], կիրառել ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակների ճողվածքի բուժման և վերականգնողական միջոցառումների համալիրում՝ վերը նշված կինեզիոթերապևտիկ մեթոդների հետ զուգահեռ: Առաջին անգամ փորձ է արվում կիրառել տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մերսում ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքից առաջացած վնասակար երևույթների վերացման համար և ընդգրկել այն հիվանդի վերականգնողական միջոցառումների համալիրում:

Հետազոտությանը մասնակցել են ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքով 18 անձ (9 կին և 9 տղամարդ): Հիվանդները բաժանվել են երկու խմբի՝ ստուգիչ և հետազոտական:

Ստուգիչ խմբում ներգրավվել են 4 կին և 5 տղամարդ, նույն ձևաչափն ունի նաև հետազոտական խումբը:

Ինչպես ստուգիչ, այնպես էլ հետազոտական խմբի հետազոտվողներն անցել են կլինիկայի նյարդաբանի մոտ դեղորայքային՝ հակաբորբոքային և ցավազրկող բուժում, որից հետո ուղղորդվել են ռեաբիլիտացիոն միջոցառումների: Ստուգիչ խմբում հիվանդների ռեաբիլիտացիան իրականացվել է բուժական մարմնամարզության, մանուալ թերապիայի, բուժական մերսման միջոցներով, ընդ որում բուժական մերսումն իրականացվել է Ա.Ա.Բիրյուկովի կողմից մշակված

բուժական մերսման մեթոդիկայով: Իսկ հետազոտական խմբում բուժական մերսումն իրականացվել է Դ.Թրևելի և Դ.Սիմոնսի տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մեթոդիկայով [19], որը համեմատաբար նոր մեթոդ է և երբևէ չի կիրառվել ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքով հիվանդների ռեաբիլիտացիոն համակարգում՝ որպես համալիր միջոցառումների մի մաս:

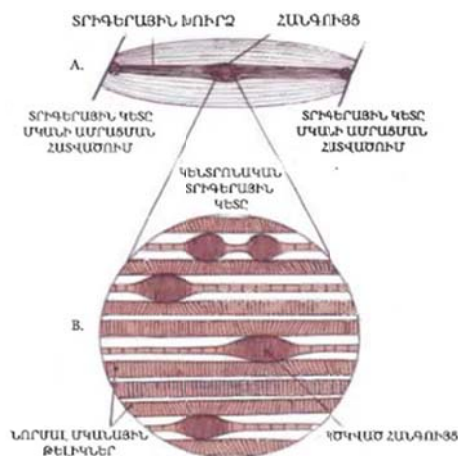
Տրիգերային կետերի ապաակտիվացման մերսման մեթոդիկան

XX դարի բժշկական պրակտիկայում ֆիբրոզիտի բուժման գործընթացում լայն կիրառում ստացած և արդյունավետ մերսման միջոցներից էր խոր շփումով մերսումը: Հետագայում նրա արդյունավետությունն ապացուցվեց (բազմաթիվ գիտական հրատարակություններում) նաև միոֆասցիալ տրիգերային կետերի բուժման գործընթացում:

Այս մեթոդն առավել արդյունավետ է կենտրոնական միոֆասցիալ տրիգերային կետերի վերացման համար: Այն իրականացվում է առանց հոդերում ավելորդ շարժումների:

Խոր շփումով մերսումն արդյունավետ է միայն մասնագետի կողմից իրականացման ժամանակ: Մերսումն իրականացնելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել դիմադրություն ցուցաբերող արգելքներին և նրանցից ձերբազատվելուն:

Հիվանդին անհրաժեշտ է պառկեցնել այնպես, որ նրան հարմար լինի, մկանները պետք է լինեն թուլացված և առավելագույնս անցավ երկարաձգված (ուղղված) ամբողջ երկայնքով: Եթե ենթամաշկային շերտը լարված և անշարժ է, ապա մաշկն անհրաժեշտ է մշակել քսուկով: Մերսողի երկու ձեռքերի մեծ և մյուս մատները պետք է այնպես տեղադրել, որ բռնեն կարծրացած մկանային թելիկների խուրձի միոֆասցիալ տրիգերային կետի շրջակա ցավային հատվածից անմիջապես դուրս գտնվող հատվածները:



Նկ.1.Տրիգերային կետի համալիրը

Երբ մերստղի մատները շոշափում են միոֆասցիալ տրիգերային կետի տեղակայման վայրում կծկված հանգույցների առկայությամբ պայմանավորված կարծրություն (նկ.1), սեղմում են նրա վրա այնպես, որ հաղթահարի դիմադրությունը: Մերստղի մատները շարժվում են հյուսվածքների «ազատման» արագության հետ համահունչ՝ ո՛չ արագ, ո՛չ դանդաղ: Մկանաթելիկների կոշտացած խրձերի երկայնքով ուղղված սեղմելու ճնշում գործադրելու նպատակն է առավելագույնս կարճացած, կայուն կրճատված վիճակում գտնվող կծկված հանգույցներում սարկոմերների երկարացում՝ ազատելու նրանց լարվածությունը: Շփելով մերստումն անհրաժեշտ է շարունակել կարծր խրձի մնացած հատվածին զուգահեռ՝ միոֆասցիալ տրիգերային կետի սահմաններից դուրս, մինչև նրա ամրացման կետը՝ օգնելով երկարաձգված սարկոմերներին վերականգնվել մինչև սեփական նորմալ երկարությունը՝ շարունակելով իրականացնել կարճացած կծկված հանգույցների երկարաձգումը: Դա թույլ է տալիս ձեռքագատվել ձիգ երկարաձգված խրձերի լարվածությունից և մկանային թելիկների ամրացման շրջանում էնտեգոպաթիայից:

Հաջորդ փուլում շփումը պետք է իրականացնել հակառակ ուղղությամբ, նույն կարծրացած մկանային խրձի վրա, սակայն հանգույցի մյուս կողմից: Այդ դեպքում մերստումն օգնում է ազատել լարվածությունից խրձի երկրորդ կեսը՝ մինչև մկանաթելիկների ամրացման մյուս հատվածը:

Շարժումների առավել արագությունը, նաև առավել ուժգին սեղմումը, կրերի կծկված մկանաթելիկների խրձերի կտրմանը՝ որպես ֆունկցիոնալ կառույց համապատասխան եզրային շարժողական սկավառակների վնասմանը և կրարձրացնի բուժական պրոցեդուրայի ցավային զգացողությունը: Եթե կծկված հանգույցներում տեղի ունենա սարկոլեմայի ամբողջականության վնասում, ապա մկանաթելիկները միոգլոբին կկորցնեն [17]:

Արդյունքները և քննարկումը

Հետազոտությանը մասնակցել են ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքով 18 անձ (9 կին և 9 տղամարդ): Հիվանդները բաժանվել են երկու խմբի՝ ստուգիչ և հետազոտական: Ստուգիչ խմբում ընդգրկվել են 4 կին և 5 տղամարդ, հետազոտական խմբում՝ 5 կին և 4 տղամարդ: Բոլորն ունեին ախտորոշված ողնաշարի գոտկային հատվածի տարբեր տեղակայումներով միջոդային սկավառակի ճողվածք: Ճողվածքների չափսերը տատանվում են 0,25սմ-ից մինչև 0,5սմ-ի սահմաններում: Բոլորի մոտ առկա են

վերստեբրոգեն դորսալգիայի տարբեր արտահայտումներ (սպեցիֆիկ ցավեր և զգացողություններ իրանում և վերջույթներում):

Վերականգնողական կինեզիոթերապևտիկ մեթոդներից ընտրվել են՝ բուժական ֆիզկուլտուրա, մանուալ թերապիայի փափուկ տեխնիկայի տարրեր, բուժական մերսում [8,10]:

Ինչպես վերևում նշվեց, ստուգիչ խմբում բուժական մերսումն իրականացվել է Ա.Ա.Բիրյուկովի կողմից մշակված բուժական մերսման մեթոդիկայով [1]: Իսկ հետազոտական խմբում բուժական մերսումն իրականացվել է Դ.Թրևելի և Դ.Սիմոնսի տրիգերային կետերի ապակտիվացման մեթոդիկայով [17], որը համեմատաբար նոր մեթոդ է և երբևէ չի կիրառվել ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքով հիվանդների ռեաբիլիտացիոն համակարգում՝ որպես համալիր միջոցառումների մի մաս:

Ռեաբիլիտացիոն ծրագիրը բոլորի համար տևել է 15 օր: Ամեն օր պացիենտները ստացել են ռեաբիլիտացիոն ծրագիր այս հերթականությամբ՝ մերսում, մանուալ թերապիա, բուժական ֆիզկուլտուրա: Մանուալ թերապիայի մանիպուլյացիաները և բուժական ֆիզկուլտուրայի վարժությունների համալիրը բոլորի համար եղել են նույնը:

Ստուգիչ խմբի հիվանդների կյանքի որակը նվազեցնող վերստեբրոգեն դորսալգիայի տարբեր արտահայտումները նվազեցին մեկի մոտ 5 պրոցենտրայից, երկուսի մոտ՝ 10 պրոցենտրայից, երկուսի մոտ՝ 11 պրոցենտրայից, երկուսի մոտ՝ 12 պրոցենտրայից, երկուսի մոտ՝ 14 պրոցենտրայից հետո:

Հետազոտական խմբի հիվանդների մոտ կյանքի որակը նվազեցնող վերստեբրոգեն դորսալգիայի տարբեր արտահայտումները նվազեցին երկուսի մոտ 2 պրոցենտրայից, մեկի մոտ՝ 3 պրոցենտրայից, մեկի մոտ՝ 4 պրոցենտրայից, երկուսի մոտ՝ 5 պրոցենտրայից, երեքի մոտ՝ 6 պրոցենտրայից հետո:

Ինչպես տեսնում ենք, հետազոտական խմբում, որտեղ կիրառվել է Դ.Թրևելի և Դ.Սիմոնսի տրիգերային կետերի ապակտիվացման մեթոդիկայով բուժական մերսումը, առկա է ակնհայտ դրական, արագ արդյունք ստուգիչ խմբի համեմատ: Հետաքրքիր է նաև այն, որ հետազոտական խմբում տարբերություն է զգացվում նաև կանանց և տղամարդկանց միջև: Ավելի արագ արդյունք ստացվել է կանանց մոտ՝ 5 պրոցենտրայից հետո, բայց քանի որ հետազոտվողների թվի քանակը չի տա այդ հարցի հավաստի պատասխանը, ուստի դա կարող է լինել հետագա հետազոտությունների նյութ:

Մեր կողմից իրականացված հետազոտությունը թույլ տվեց համարել, որ մարդու ողնաշարի գոտկային հատվածի միջոդային սկավառակի ճողվածքից առաջացած, կյանքի որակը նվազեցրած զգացո-

դությունների և իրավիճակների վերացման և առողջության վերականգնման ավելի արդյունավետ վերականգնողական միջոցառումների համալիր համարվող «բուժական ֆիզկուլտուրա+մանուալ թերապիա+մերսում» վերականգնողական համալիրում տրիգերային կետերի ապակտիվացման մեթոդիկայով բուժական մերսման կիրառումն ավելի արդյունավետ է, քան ընդունված ստանդարտ պրոտոկոլներով բուժական մերսման կիրառումը:

Ավելի արագ է տեղի ունենում մկանային սպազմի և լարված մկաններից լրացուցիչ աֆֆերենտացիայի վերացումը:

Տեղի են ունենում ողնաշարի շարժունության չափավորված (աստիճանական) վերականգնում, շարժման հանդեպ վախի զգացողության վերացում, կյանքի որակի բարձրացում, առողջության ավելի արդյունավետ և արագ վերականգնում:

Ընդունված է 26.05.21

Значение нейтрализующего триггерные точки массажа при грыжах межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника в системе реабилитационных мероприятий

К.А. Небогова, М.А. Даниелян

Научное обоснование применения немедикаментозных технологий, основанных на использовании адаптационного потенциала человека, составляет одну из важных и перспективных направлений медицинской реабилитации. Развитие этого направления восстановительной медицины особенно актуально при хронической патологии позвоночника, которая приводит к длительной нетрудоспособности пациентов, развитию физической, психической и социальной дезадаптации.

В нашей работе впервые была сделана попытка при грыжах межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника в системе реабилитационных мероприятий применить вместо классического массажа [1] разработанный Д.Тревелом и Д.Симонсом массаж [17], нейтрализующий триггерные точки.

В эксперименте приняли участие 18 человек, из которых 9 женщин, 9 мужчин. Испытуемых разделили на 2 группы: экспериментальную и контрольную. Мужчины и женщины распределены в обеих группах смешанно. В экспериментальной группе в системе реабилитационных мероприятий был применен массаж, разработанный Д.Тревелом и Д.Симонсом, а в контрольной группе – классический лечебный массаж по методике А.А.Бирюкова.

По завершении эксперимента стало ясно, что в экспериментальной группе, по сравнению с контрольной, виден явный положительный и

быстрый результат. То есть в системе реабилитационных мероприятий разработанный Д.Тревелом и Д.Симонсом нейтрализующий триггерные точки массаж [17] помог достичь лучшего результата, чем примененный в контрольной группе классический лечебный массаж по методике А.А.Бирюкова [1]. Также стало понятно, что этот результат лучше у женщин, чем у мужчин.

The Value of a Neutralizing Trigger Point of Massage in Hernias of the Intersponal Discs of the Lumbar Spine in the System of Rehabilitation Measures

K.A.Nebogova, M.H. Danielyan

Scientific substantiation of the use of non-drug technologies based on the use of the adaptive potential of a person is one of the important and promising areas of medical rehabilitation. The development of this area of restorative medicine is especially important in chronic spinal pathology, which leads to long-term disability of patients, the development of physical, mental and social maladjustment.

In our work, for the first time, an attempt was made to apply massage developed by D. Trevel and D. Simons to neutralize trigger points [17] for herniated discs of the lumbar spine in the system of rehabilitation measures instead of classical massage [1].

The experiment involves 18 people, 9 of which are women, 9 are men. The subjects were divided into 2 groups: experimental and control. Men and women are mixed in both groups. In the experimental group, in the system of rehabilitation measures, a massage that neutralizes trigger points, developed by D. Trevel and D. Simons, was applied, and in the control group, classical therapeutic massage was applied according to the method of A. A. Biryukov.

At the end of the experiment, it became clear that in the experimental group, compared with the control, there was a clear positive and faster result than in the control group. That is, in the system of rehabilitation measures, the massage that neutralizes trigger points developed by D. Trevel and D. Simons [17] helped to achieve a better result than the classical therapeutic massage used in the control group according to the method of A. A. Biryukov[1]. It also became clear that this result is better in women than in men.

Գրականություն

1. *Бирюков А.А.* Лечебный массаж, Учебник для студентов высших учебных заведений. М., 2004.
2. *Васильева Л.Ф.* Функциональные блоки суставов позвоночника и конечностей (мануальная диагностика и терапия с основами прикладной кинезиологии). Новокузнецк. Новокузнецкий институт усовершенствования врачей. 1999.

3. *Веселовский В.П.* Практическая вертебрология и мануальная терапия. Рига, 1991.
4. *Долженков А.В.* Здоровье вашего позвоночника, СПб., 2001.
5. *Жарков П.Л., Жарков А.П., Бубновский С.М.* Поясничные боли, М., 2002.
6. *Жолондз М.Я.* Остеохондрозы – заблуждение, СПб., 1996.
7. *Иванов Г.А.* Мануальная терапия, Руководство. Атлас. Казань, 1998.
8. *Попов С.Н.* Физическая реабилитация, Учебник для академий и институтов физической культуры, Ростов н/Д, 1999.
9. *Фомин Н.А., Вавилов Ю.Н.* Физиологические основы двигательной активности. М., 1991.
10. *Шейфер Дж.* Прикладная кинезиология. Диагностика и коррекция дисфункций структурной составляющей. Пер. с англ. Дания, 1995.
11. *Шmidt И.Р.* Введение в прикладную кинезиологию, Мануальная медицина, 1994, с. 30.
12. *Кучкин С.Н.* Физиология физических упражнений: учеб. Пособие, Волгоград, 1998.
13. *Касьян Н.А.* Мануальная терапия при остеохондрозе позвоночника, М., 1996.
14. *Новиков Ю.О.* Дорсалгии, М., 2001.
15. *Попелянский Я.Ю.* Болезни периферической нервной системы, руководство для врачей, М., 1989.
16. *Скоромец А.А.* Лечение спондилогенных неврологических синдромов, СПб., 2001.
17. *Трэвелл Д. Г. Симонс Д. Г.* Миофасциальные боли и дисфункции. Руководство по триггерным точкам. Пер. с англ. М., 2005.
18. *Хабиров Ф.А.* Клиническая неврология позвоночника, Учебник, Казань, 2002.
19. *Челноков В.А.* Особенности трактовки современной теории патогенеза остеохондроза позвоночника в спортивной медицине. Теория и практика физической культуры – научно-теоретический журнал, М., 2004, № 1.
20. *Юмашев Г.С., Фурман Н.Е.* Остеохондрозы позвоночника. М., 1984.
21. *Юнонин И.Е., Хрусталева О.А., Курапин Е.В. и др.* Артериальная гипертензия и шейный остеохондроз: особенности патогенеза, диагностики и лечения. 2003, т. 03.
22. *Deyo R.A., Tsui-Wu J.Y.* Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. Spine., 1987, 12:264-268.
23. *Deyo R.A., Loeser J.D., Bigos S.F.* Herniated lumbar intervertebral disk. Ann. Intern. Med., 1990, 112: 598-603.
24. *Calin A., Porta J., Fries J.F., Schurman D.J.* Clinical history as a screening test for ankylosing spondylitis. JAMA, 1977, 237:2613-2614.
25. *Gran J.T.* An epidemiological survey of the signs and symptoms of ankylosing spondylitis. Clin. Rheumatol., 1985, 4:161-169.
26. *Potter N.A., Rothstein J.M.* Intertester reliability for selected clinical tests of the sacroiliac joint. Phys. Ther., 1985, 65:1671-1675.
27. *De Palma A.F., Rothman R.N.* The intervertebral disc. - Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1970.