

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДОРСОПАТІЯМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ГОСТРОМУ ТА ПІДГОСТРОМУ ПЕРІОДАХ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

(м. Дніпропетровськ)

olegmed@inbox.ru

Робота виконана відповідно плану науково-дослідної теми «Медико-біологічне забезпечення фізичної реабілітації, спортивних та оздоровчих тренувань» (№ державної реєстрації 0111U001374) кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології ДЗ «ДМА МОЗ України».

Вступ. Хвороби хребта посідають одне з перших місць за розповсюдженістю серед населення земної кулі. Серед них найбільш поширеною патологією є дорсопатії поперекового відділу хребта, питома вага яких серед усіх захворювань периферійної нервової системи складає 67-95% [1]. Численні дані свідчать не тільки про велику кількість захворювань хребта, але й про відсутність протягом останніх років тенденції до їхнього зменшення [1, 2, 4]. Проблема дегенеративних уражень хребта набуває усе більшого значення у зв'язку з тим, що остеохондроз вражає людей в молодому віці і є причиною тривалої втрати працездатності у 20-45% хворих. Нерідко ця хвороба призводить до інвалідності [2, 3]. Так, в популяційному дослідженні серед 49800 дорослих людей різний ступінь вираженості неврологічних проявів дорсопатій виявлено у 50% обстежених, причому у 25% мало місце обмеження працездатності [4]. За зведеними даними 75-90% захворюваності припадає на працездатний вік, в зв'язку з чим тимчасова непрацездатність складає близько 7% днів від всіх захворювань і 68% від патології нервової системи. Економічні витрати, які пов'язані з цими захворюваннями, займають перше місце серед витрат на лікування серед усіх інших захворювань нервової системи [4, 5].

Розробка та експериментальне обґрунтування нових методів реабілітації є, за думкою деяких авторів, необхідними і виправданими, тому що застосування різних засобів традиційного консервативного лікування дорсопатій не завжди призводить до бажаних результатів [6, 9, 14, 15]. Застосування існуючих програм реабілітації, в тому ж числі і нових хірургічних методів, не вирішує остаточно проблему лікування, потребує постійного оновлення та удосконалення [7, 9, 13].

В останні роки вагомим є питання щодо використання тракційних вправ для розвантаження хребта під дією власної ваги тіла у поєднанні з лікувальною фізкультурою (ЛФК) [8, 10, 12]. За думкою багатьох дослідників саме виконання вправ на розслаблення м'язів хребта у повільному темпі сприяє усуненню болю і звільненню від тиску корінців спинного мозку, а

спеціальні вправи відновлюють та укріплюють глибокі м'язи спини, які беруть участь у формуванні м'язового корсету [9, 12]. У зв'язку з цим представляється актуальним розробка та обґрунтування методики фізичної реабілітації (ФР) хворих на дорсопатії поперекового відділу хребта з урахуванням необхідності послідовного виконання спеціальних тракційних вправ в поєднанні з масажем та іншими засобами ФР.

Мета дослідження – підвищення ефективності комплексного лікування осіб з дорсопатіями поперекового відділу хребта у гострому та під гострому періодах.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідженні прийняли участь 30 осіб віком від 18 до 60 років, хворих на дорсопатії поперекового відділу хребта з неврологічними проявами. Дослідження проводилось на базі відділення ЛФК КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова». Критерієм виключення була наявність рухових неврологічних порушень з парезами та плегіями нижніх кінцівок.

Хворі були рандомізовані на дві групи випадковим чином: А (n=15) та В (n=15). До основної групи (А) були включені пацієнти, яким призначали розширену методику ЛФК з включенням способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта (патент №95257 України «Спосіб комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта», М. В. Манін, 2014 р.). У контрольній групі (В) призначалась ЛФК за стандартною методикою (вправи на укріплення м'язового корсету та підвищення рухливості суглобів хребта). Обидві групи приймали стандартне медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування.

Спосіб комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта включає використання масажу, проведення витягнення хребта та лікувальної гімнастики. Для витягнення хребта проводять послідовне використання комплексу пасивно-активних, статико-динамічних вправ в повільному і дуже повільному темпі на протязі 5-10 хвилин та тракційного масажу тривалістю 15-20 хвилин, що включає повільне розтягнення і розслаблення м'язів спини в поєднанні з пасивними рухами в суглобах хребта та тазу в повільному темпі на протязі 20-40 секунд у кожному напрямку, потім проводять виконання декомпресійно-флексорних положень тривалістю 40-60 секунд у кожному положенні (напрямок положень визначався з урахуванням даних магнітно-резонансної томографії (МРТ) – локалізація, розмір фактору компресії) з

подальшою фіксацією поперекового відділу хребта напівжорстким корсетом не менш, ніж на одну годину.

Критеріями ефективності були: больовий синдром за візуальною аналоговою шкалою болі (ВАШ), м'язово-тонічний синдром (МТС), статико-динамічні порушення, наявність функціональних блоків (ФБ) у поперековому відділі хребта.

Дослідження пацієнтів проводилось перед початком та на протязі 11 днів від початку ФР. Динаміку больового синдрому в процесі лікування визначали за візуальною аналоговою шкалою. Дослідження МТС, статико-динамічних порушень проводились в положенні хворого стоячи і сидячи методом пальпації та візуального огляду включення хребцево-рухових сегментів у загальний об'єм руху. МТС визначався за індексом м'язового тону та розподілявся на 1-3 ступень. ФБ хребта визначалось за стандартною методикою обстеження неврологічних хворих [9]. ФБ в передньо-задньому напрямі визначалось при активному згинанні хворого вперед, при цьому хребет залишався випрямленим, і нахил вперед здійснювався за рахунок згинання в кульшових суглобах, подальше згинання робилося можливим тільки за умови присідання, тобто при одночасному згинанні в колінних суглобах (симптом Нері). ФБ хребта у фронтальній площині визначалось за обмеженням бокових рухів. Бокову рухливість хребта вивчали за рівномірністю дугоподібного його викривлення. При фіксованому хребті нахил тулуба у бік не давав дугоподібного викривлення лінії остистих відростків: вона залишалася рівною, рух у бік був обмежений. ФБ обертальних рухів визначалась в положенні хворого стоячи, спиною до дослідника.

Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою пакета ліцензійних програм STATISTIKA (6.1, серійний номер AGAR909E415822FA) [11]. Аналізували вид розподілу показників за допомогою W-критерію Шапіро-Уїлка. Визначали достовірність різниць між показниками з урахуванням типу розподілу за допомогою T-критерію Ст'юдента, U-критерію Манна-Уїтні та критерію розподілу (χ^2 -Пірсона). За пороговий рівень статистичної значимості брали $p < 0.05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Порівнюючи отримані результати дослідження в основній та контрольній групах до та після лікування, ми мали змогу встановити наступне: достовірність відмінностей в основній і контрольній групах до початку ФР, динаміку показників в процесі та достовірність відмінностей в основній і контрольній групах наприкінці ФР.

Результати первинного обстеження дають підставу вважати, що на початку фізичної реабілітації основна і контрольна групи не мали достовірних відмінностей за виразністю больового синдрому (**табл. 4**) та наявності м'язово-тонічного синдрому (**табл. 5**).

В ході дослідження було виявлено, що в основній групі наприкінці ФР спостерігалось покращення рухливості хребта в передньо-задньому напрямі на 27,0% більше, ніж у контрольній (**табл. 1**).

За показниками рухливості хребта у фронтальній площині наприкінці ФР спостерігалось покращення результату в основній групі на 26,6% більше, ніж у контрольній (**табл. 2**).

При аналізі динаміки показників блокування обертальних рухів хребта наприкінці ФР було встановлено

Таблиця 1

Порівняння результатів дослідження рухливості хребта в передньо-задньому напрямі в процесі лікування, (n = 30)

Результати	Основна група, (n= 15)	Контрольна група, (n=15)
Покращення	15 (100,0%)*	11 (73,3%)
Погіршення	0	0
Без змін	0	6 (26,7%)

Примітка: * – $p < 0,05$.

Таблиця 2

Порівняння результатів дослідження рухливості хребта у фронтальній площині в процесі лікування, (n = 30)

Результати	Основна група, (n= 15)	Контрольна група, (n=15)
Покращення	13 (86,6%)*	9 (60,0%)
Погіршення	0	0
Без змін	2 (13,4%)	6 (40,0%)

Примітка: * – $p < 0,05$.

Таблиця 3

Порівняння результатів дослідження фіксації обертальних рухів хребта в процесі лікування, (n = 30)

Результати	Основна група, (n= 15)	Контрольна група, (n=15)
Покращення	14 (93,3%)*	10 (66,6%)
Погіршення	0	0
Без змін	1 (6,6%)	6 (40,0%)

Примітка: * – $p < 0,05$.

Таблиця 4

Порівняння результатів тестування хворих по візуальній аналоговій шкалі болю в процесі лікування, (10 ± 0,9)

Групи дослідження	n	ВАШ на початку ФР	ВАШ після закінчення ФР	Порівняння у групі
Основна	15	6,76 ± 0,84	1,54 ± 0,27	5,22
Контрольна	15	6,25 ± 0,72	2,33 ± 0,36	3,92
p	30	> 0,05	< 0,05	< 0,05

Таблиця 5

Порівняння результатів тестування хворих по наявності м'язово-тонічного синдрому, (n = 30)

Групи дослідження	n	МТС 2-3 ступеню на початку ФР	МТС 2-3 ступеню після закінчення ФР
Основна	15	13 (86,7%)	2 (13,3%)
Контрольна	15	12 (80,0%)	7 (46,7%)
p	30	> 0,05	< 0,05

покращення результату в основній групі на 26,7% більше, ніж у контрольній (**табл. 3**).

Результати, отримані внаслідок тестування динаміки показників блокування рухливості хребта наприкінці ФР, демонструють покращення результату в основній групі в середньому на 27% більше, ніж у

контрольний. Це, імовірно, відбувалось за рахунок використання тракційних вправ, положень та тракційного масажу, які входять до способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта.

Результати, отримані внаслідок тестування по візуальній аналоговій шкалі болю в основній групі наприкінці курсу лікування, мали достовірну відмінність, яка складала 77,2%. Різниця результатів у контрольній групі до і після лікування також була достовірною і складала 62,72%. За цими даними можна стверджувати, що результат покращився в основній групі відносно контрольної на 14,48% ($p < 0,05$). З вищесказаного слідує, що больові відчуття знизились внаслідок використання способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта (**табл. 4**).

М'язово-тонічний синдром достовірно більше знижується у пацієнтів основної групи в порівнянні з контрольною на 33,3%, що клінічно значимо для розширення засобів ЛФК у подальшому лікуванні (**табл. 5**).

Висновки.

1. Клінічне обстеження по закінченню лікувальної програми продемонструвало ефективність розробленого нами способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта.

2. Лікування осіб з дорсопатіями поперекового відділу хребта має бути комплексним з використанням засобів лікувальної фізкультури з тракційними діями і спрямована на зменшення больового синдрому, подолання м'язово-тонічного синдрому та збільшення рухливості у поперековому відділі хребта.

3. М'язово-тонічний синдром достовірно більше знижувався у пацієнтів основної групи в порівнянні з контрольною на 33,3%, що клінічно значимо та необхідно для розширення засобів ЛФК у подальшому лікуванні.

4. Запропонований спосіб комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта ефективніше вплинув на збільшення рухливості хребта на 27%, зменшення больового синдрому у порівнянні з стандартним комплексом фізичної реабілітації на 14,48%. Це дає підстави рекомендувати даний спосіб для впровадження в практику, як засіб спеціальної ЛФК на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування.

Перспективи подальших досліджень: наукове обґрунтування застосування запропонованого способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта у хворих на стаціонарному і амбулаторному етапі лікування.

Література

1. Алексеев В. В. Дифференциальная диагностика и лечение болей в пояснице / В. В. Алексеев. – К. : Здоров'я, 2002. – 273 с.
2. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А. Н. Белова. – М. : Антидор, 2000. – 568 с.
3. Вознесенская Т. Г. Болевые синдромы в неврологической практике / Т. Г. Вознесенская. – М. : Медпресс, 1999. – 340 с.
4. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение и профилактика): Руководство для врачей / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – М. : «Медпресс-информ», 2004. – 272 с.
5. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника / В. А. Епифанов // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – 2005. – № 2 (11). – С. 26-34.
6. Жук П. М. Остеохондроз позвоночника. Лечение и профилактика / П. М. Жук, И. Н. Стельмах, А. З. Нычик. – К. : «Книга-плюс», 2003. – 140 с.
7. Жулев Н. М. Остеохондроз позвоночника: Руководство для врачей / Н. М. Жулев, Ю. Д. Бадзгардзе, С. Н. Жулев. – СПб. : Из-во Лань, 2001. – 592 с.
8. Мухін В. М. Фізична реабілітація: Підручник для вищих навчальних закладів фізичного виховання та спорту / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 473 с.
9. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В. П. Штока, О. С. Левина. – М. : МИА, 2006. – 520 с.
10. Фищенко В. Я. Кинезотерапия поясничного остеохондроза / В. Я. Фищенко, И. А. Лазарев, И. В. Рой. – К. : «Мед-книга», 2007. – 96 с.
11. Халафян А. А. STATISTIKA 6. Статистический анализ данных / А. А. Халафян. – М. : ООО «Бином-Пресс», 2007. – 512 с.
12. Malmivaara A. Surgical or nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial / A. Malmivaara, P. Slati, M. Heliovaara // Spine. – 2007. – № 32. – P. 1-8.
13. Mense S. Pathophysiology of low back pain and transition to the chronic state – experimental data and new concepts / S. Mense // Schmerz. Der. – 2001. – Vol. 15. – P. 413-420.
14. Tadokoro K. The prognosis of conservative treatments for lumbar spinal stenosis: Analysis of patients over 70 years of age / K. Tadokoro, H. Miyamoto, T. Shimomura // Spine. – 2005. – № 30. – P. 2458-2463.
15. Wasiak R. Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: longer and more costly than in first episodes / R. Wasiak, J. Kim, G. Pransky // Spine. – 2006. – Vol. 31 (2). – P. 219-225.

УДК 616.711-018.3-08:615.859-036.83

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДОРСОПАТІЯМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА У ГОСТРОМУ ТА ПІДГОСТРОМУ ПЕРІОДАХ

Манін М. В.

Резюме. Метою роботи було підвищення ефективності комплексного лікування осіб з дорсопатіями поперекового відділу хребта у гострому та під гострому періодах. У дослідженні прийняли участь 30 осіб з дорсопатіями поперекового відділу хребта з неврологічними проявами. До основної групи були включені 15 хворих, яким призначали розширену методику ЛФК з включенням способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта. У контрольну групу увійшли 15 осіб, яким призначалась ЛФК за стандартною методикою. В процесі лікування оцінювали динаміку больового синдрому, рухливість, ступінь функціонального блокування хребта та тяжкість м'язово-тонічного синдрому.

Результати дослідження доводять, що лікування осіб з дорсопатіями поперекового відділу хребта має бути комплексним з використанням засобів лікувальної фізкультури з тракційними діями. Клінічне обстеження по закінченню лікувальної програми продемонструвало ефективність розробленого нами способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта. Запропонований спосіб ефективніше вплинув на збільшення рухливості хребта, зменшення больового синдрому у порівнянні з стандартним комплексом фізичної реабілітації. Це дає підстави рекомендувати даний спосіб для впровадження в практику.

Ключові слова: фізична реабілітація, дорсопатії поперекового відділу хребта, гострий, підгострий період.

УДК 616. 711-018. 3-08:615. 859-036. 83

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ОСТРОМ И ПОДОСТРОМ ПЕРИОДАХ

Манин М. В

Резюме. Целью работы было повышение эффективности комплексного лечения больных с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника в остром и подостром периодах. В исследовании принимали участие 30 пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника с неврологическими проявлениями. В основную группу были включены 15 пациентов, которым назначили расширенную методику ЛФК с применением способа комплексного лечения дорсопатий поясничного отдела позвоночника. В контрольную группу вошли 15 пациентов, которым назначалась ЛФК по стандартной методике. В процессе лечения оценивали динамику болевого синдрома, подвижность, степень функционального блокирования позвоночно-двигательных сегментов и тяжесть мышечно-тонического синдрома.

Результаты исследования доказали, что лечение лиц с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника должно быть комплексным с использованием средств лечебной физкультуры с тракционным воздействием. Клиническое обследование по окончании лечебной программы продемонстрировало эффективность разработанного нами способа комплексного лечения дорсопатий поясничного отдела позвоночника. Предложенный комплекс эффективнее влиял на увеличение подвижности позвоночника, уменьшение боли в сравнении со стандартным комплексом физической реабилитации. Это дает основание рекомендовать данный способ для внедрения в практику.

Ключевые слова: физическая реабилитация, дорсопатии поясничного отдела позвоночника, острый, подострый период.

UDC 616. 711-018. 3-08:615. 859-036. 83

The Complex Physical Rehabilitation Application in Patients with Lumbar Spine Dorsopathy in Acute and Subacute Periods

Manin M. V.

Abstract. Background. Diseases of the spine is one of the first places on the prevalence of the world's population. In 75 % of cases the disease affects people of working age. Temporary disability is about 7 % of all days of illness and 68 % of the pathology of the nervous system. Economic ranks first among the health costs of all other diseases of the nervous system.

In recent years, a major question is for use treatment in water unloading ridge under its own body weight in combination with physical therapy. The use of existing rehabilitation programs in the same number and new surgical techniques do not solve the problem completely cure requires constant updating and improvement. In this connection it is important to develop and study methods of physical rehabilitation of patients with lumbar spine dorsopathy considering the effect of simultaneous execution of specific exercises in the water, combined with underwater traction

The study aims was to improve the efficiency of complex treatment of patients with dorsopathy lumbar spine in acute and subacute periods.

Object and methods. The study involved 30 patients with dorsopathy lumbar spine with neurological manifestations. The study group included 15 patients who had received extensive physical therapy technique using the method of complex treatment dorsopathies lumbar spine. The control group included 15 patients who were prescribed exercise therapy according to standard procedure. In the treatment evaluated the dynamics of pain by visual analogue scale, mobility and degree of functional block by curvometry method, spine and trunk muscle strength by resistance ability power.

Results. The results showed that the treatment of persons with dorsopathy lumbar spine should be integrated with the use of physical therapy with the traction effect. Clinical examination at the end of the treatment program demonstrated the effectiveness of the method we developed an integrated treatment dorsopathies lumbar spine. The proposed complex to effectively influence the increase in the mobility of the spine, pain reduction compared to a standard set of physical rehabilitation. This gives grounds to recommend this method to be implemented in practice.

Conclusions. Clinical examination at the end of treatment program demonstrated the efficiency of the method we dorsopatiy comprehensive treatment of the lumbar spine. Treatment of persons with dorsopatiyamy lumbar spine should be integrated with the use of physical therapy with traction and actions aimed at reducing pain, overcoming musculo-tonic syndrome and increased mobility in the lumbar spine. The proposed method combined treatment dorsopatiy lumbar spine effectively influenced the increased mobility of the spine 27% decrease in pain compared with a standard set of physical rehabilitation at 14.48%. This gives reason to recommend this method for implementation in practice as a means to exercise special inpatient and outpatient treatment.

Keywords: physical rehabilitation, lumbar spine dorsopathy, acute, subacute periods.

Рецензент – проф. Літвиненко Н. В.

Стаття надійшла 02. 04. 2015 р