

© М. В. Манин, О. Б. Неханевич

УДК 615. 825:615. 821-828: 616. 711-007. 55-085. 825:616. 711. 9:616-007. 274

**М. В. Манин, О. Б. Неханевич**

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПАХ (обзор литературы)**

**ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,**

**(г. Днепропетровск)**

Работа выполнена в рамках научно-исследовательской темы кафедры физической реабилитации, спортивной медицины и валеологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» «Медицинское обеспечение спортивных, оздоровительных и восстановительных тренировок», номер государственной регистрации 0111U001374.

Актуальность выбранной тематики продиктована тесной связью патологии позвоночника с показателями качества жизни, работоспособности, инвалидизации населения. Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные в разных странах и на разных континентах, показывают, что эпизоды неспецифической мышечно-скелетной боли в течение жизни беспокоят 60-85% населения [14]. Причинами стойкой утраты работоспособности у лиц с заболеваниями периферической нервной системы в 80% случаев являются вертеброгенные поражения. Боль в спине и шее ограничивает жизнедеятельность, снижает качество жизни пациентов [22], изменяет психику и поведение людей [12]. Более чем у половины пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника, имеются признаки хронического эмоционального напряжения. Болевые синдромы в нижней части спины (более 70% случаев дорсалгии) связаны с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника и в общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности занимают в Украине второе место (уступая только респираторным инфекциям), что имеет огромное клиническое, социальное и экономическое значение для общества [13]. Согласно литературным данным, у 10 – 20% больных трудоспособного возраста острая дорсалгия трансформируется в хроническую [1]. Высокая инвалидизация лиц трудоспособного возраста вследствие поражений опорно-двигательной системы побудила экспертов Всемирной организации здравоохранения объявить 2000-2010 гг. Декадой костно-суставных болезней (The Bone and Joint Decade, Geneva, 2000-2010) [22].

Целью нашего исследования стал анализ литературных данных за последние 15 лет относительно проблемы применения средств физической реабилитации при лечении дорсопатий, сопровождающихся стенозом спинномозгового канала и межпозвоночных отверстий.

Для решения поставленной цели мы проанализировали доступные литературные источники по выбранной тематике за период с 1998 г. по 2013 г.

Термин «остеохондроз» был предложен в 1933 г. немецким ортопедом Hildebrandt для обозначения инволюционных изменений в опорно-двигательном аппарате [10]. Под остеохондрозом понимают врожденный или приобретенный дегенеративно-дистрофический каскадный процесс, в основе которого лежит дегенерация диска с последующим вторичным вовлечением тел смежных позвонков, межпозвоночных суставов и связочного аппарата. В свою очередь, межпозвоночный диск является компонентом межпозвоночного симфиза – сложного соединения позвонков в позвоночном столбе. В симфизах позвоночника в отличие от синовиальных суставов между поверхностями позвонков, покрытых гиалиновым хрящом, находится не синовиальная жидкость, а специфическое образование хрящевой природы – межпозвоночный диск, состоящий из пульпозного ядра и фиброзного кольца. Первое по морфологической структуре приближается к гиалиновому хрящу за счет высокого содержания протеогликанов, гиалуроновой кислоты, коллагена II типа и воды. Тогда как фиброзное кольцо относится к фиброзным хрящам с высоким содержанием коллагена (до 68%), преимущественно за счет коллагена I типа в наружных пластинах кольца, и богатым сульфитированными гликозаминогликанами, интегрированными в крупные молекулы протеогликанов, с характерной для них способностью удерживать воду [15]. При длительных гипоксических состояниях, нарушении трофических процессов в фиброзном кольце, хрящевой, периартикулярных тканях, глубоких мышцах позвоночника вследствие механического сдавления, при мышечно-тонических состояниях, отеках, воспалениях теряется способность поддерживать эластичность данных структур. Это приводит к разволокнению соединительной ткани, деструктуризации хрящевой ткани, миосклеротическим изменениям в многораздельных мышцах позвоночника, что ведет к формированию протрузий, грыж межпозвоночных дисков, склерозированию связочного аппарата, формированию стеноза [10]. Дальнейшее поддержание мышечно-тонического состояния глубоких мышц приводит к ограничению

подвижности в позвоночно-двигательных сегментах, что ведет к усугублению гипоксии. Формируется порочный круг.

Для лечения заболеваний позвоночника применяют хирургические и консервативные методы. Операционное вмешательство преимущественно проводится при абсолютных показаниях, прогрессирующем течении, неэффективности консервативного лечения. Не всегда данный метод является радикальным решением проблемы, иногда требуется повторная операция. Частота постоперационных осложнений снижается с применением новых методик и технологий, но на данный момент еще является значимой. Применение хирургического метода ограничено возрастом пациента, сопутствующими заболеваниями, доступностью. В последнее время, по возможности, стараются избегать оперативного вмешательства, стараясь консервативно достичь желаемого результата [5]. Для этого применяется медикаментозное лечение, реабилитационные мероприятия: тракционная терапия, массаж, мануальная терапия [7], кинезотерапия, лечебная гимнастика (ЛГ), которые на определенных этапах применения позволяют воздействовать на патогенетические и саногенетические механизмы. Но не всегда можно при предлагаемых в стационаре общепринятых реабилитационных комплексах добиться уменьшения мышечно-тонического синдрома и статико-динамических нарушений. Это затягивает саногенетические реакции и приводит к хронизации заболевания.

Решению проблем лечения помогает понимание этиопатогенеза формирования дорсопатий. Достаточно широко изучены и описаны механизмы развития и клинические проявления при вертеброгенных дорсопатиях. Наблюдаться целый ряд клинических синдромов [14]: локальный вертебральный синдром, вертебральный синдром на удалении, рефлекторные (ирритативные), мышечно-тонические, нейродистрофические, компрессионные (компрессионно-ишемические) корешковые синдромы, вегетативные (вазомоторные) расстройства, синдром сдавления (ишемии) спинного мозга. Основными, наиболее частыми клиническими проявлениями при спондилогенной дорсалгии, кроме болевого синдрома, являются рефлекторные и компрессионные синдромы. Клиническое протекание заболевания во многом определяют изменения, возникающие в нервном корешке. Известно, что при остеохондрозе обычно поражается экстрадуральный отрезок корешка (корешковый нерв Нажотта) на протяжении от твердой мозговой оболочки до спинномозгового ганглия. Интрадуральные отрезки корешков (конский хвост) страдают реже. Хотя грыжа диска лежит спереди от корешка и соприкасается в первую очередь с его двигательными волокнами, все авторы неизменно считают, что при сдавлении корешка грыжей диска вначале появляются чувствительные расстройства (боль при раздражении корешка и выпадение чувствительности при сдавлении его). Предполагается, что вследствие противодействия

чувствительная часть корешка придавливается к желтой связке [17].

В основе спондилоартроза лежит нарушение адаптации суставного хряща к нагрузке, а также изменение нормального обмена в хрящевой ткани в сторону преобладания катаболических процессов при несостоятельности анаболического звена, включая нарушение синтеза анаболических медиаторов. Под действием провоспалительных цитокинов, прежде всего интерлейкина-1, хондроциты синтезируют матриксные металлопротеазы, разрушающие коллаген и протеогликаны хряща. Гиперэкспрессия циклооксигеназы-2 усиливает синтез простагландинов [15]. Изменения, происходящие в фасеточном суставном хряще при спондилоартрозе на молекулярном уровне, характеризуются выработкой поврежденными хондроцитами несвойственного нормальной хрящевой ткани коллагена (короткого, не образующего фибрилл) и низкомолекулярных мелких протеогликанов, которые утрачивают способность формировать агрегаты с гиалуроновой кислотой и могут выходить из матрикса хряща. Развивается протеогликановая недостаточность матрикса, в результате которой сначала поверхностная, а в последующем промежуточная и глубокая зоны хряща теряют гликозаминогликаны (ГАГ), хондроитинсульфат, кератансульфат [3].

Остеохондроз и спондилоартроз провоцируются идентичными патогенетическими факторами, в ответ на которые в задействованных структурах позвоночно-двигательного сегмента (включающего два смежных позвонка и межпозвоночный диск, собственный суставный, мышечно-связочный аппараты, сосудистую систему, а также соответствующий этому уровню участок спинного мозга, корешки и спинальные вегетативные ганглии с их связями в пределах данного сегмента) происходит выброс биохимически и иммунологически активных медиаторов, взаимодействующих с чувствительными рецепторами, что запускает, в свою очередь, сложные и еще не до конца изученные нейрофизиологические механизмы формирования болевых ощущений. [4] Изменение качества и количества гиалуроновой кислоты при остеохондрозе приводит к снижению содержания связанной воды в пульпозном ядре и к деструкции коллагеновой сети, особенно в перичеселюлярных зонах хондроцитов. Последнее связано в первую очередь с повышением синтеза металлопротеиназ (коллагеназа, стромелизин), приводящим в итоге к полному исчезновению перичеселюлярной коллагеновой сети, к потере амортизационных свойств межпозвоночного диска в целом.

Межпозвоночный диск долгое время считался индифферентным по отношению к генерации болевой импульсации образованием, так как в нем не было обнаружено нервных окончаний. Более детальные анатомические и гистохимические исследования показали наличие тонких нервных окончаний в наружной трети фиброзного кольца – на 1 – 2 сегмента выше или ниже своего выхода [20, 5].

Источником боли также принято считать дугоотростчатые (фасеточные) суставы, синовиальная капсула которых богато иннервируется суставными нервами, являющимися ветвями задних ветвей спинномозговых нервов, и малыми добавочными нервами от мышечных ветвей [8]. Дугоотростчатые суставы вследствие их вертикальной ориентации оказывают очень небольшое сопротивление при компрессионных воздействиях, особенно при флексии. Вероятнее всего, что это небольшое сопротивление возникает за счет растяжения капсульных связок. В условиях экстензии на дугоотростчатые суставы приходится от 15 до 25% компрессионных сил, которые могут нарастать при дегенерации диска и сужении межпозвоночного промежутка [12]. Исходя из этого, при применении реабилитационных мероприятий предпочтение следует отдавать флексорным воздействиям, которые являются более физиологичными в саногенетическом плане. По возможности избегать экстензорных компрессионных состояний, особенно в острый и подострый периоды.

При рассмотрении истинных стенозов позвоночного канала можно выделить несколько основных аспектов. Клинически значимый смешанный и центральный поясничный стеноз (ПС) характеризуется полирадикулярным поражением преимущественно L4-S1 пояснично-крестцовых корешков и синдромом перемежающейся хромоты. Перемежающаяся хромота является неоднородным феноменом. Её клинические особенности связаны с интравертебральными и экстравертебральными факторами. Болевая форма перемежающейся хромоты характеризуется увеличением интенсивности при ходьбе только болевого синдрома часто нетипичной локализации и встречается главным образом у пациентов с ПС, вызванным гипертрофией желтой связки без спондилоартропатии или поражением фасеточных суставов только на одном уровне. При гипертрофии фасеточных суставов и желтой связки на нескольких уровнях нейрогенная перемежающаяся хромота проявляется усилением при ходьбе болевого синдрома и появлением или нарастанием очаговой неврологической симптоматики. Полисегментарный поясничный стеноз со стабильным болевым синдромом и стационарным выраженным сегментарным неврологическим дефицитом формируется с участием всех возможных факторов: гипертрофии суставных отростков, остеофитов, листеза, утолщения желтой связки и экструзий межпозвоночных дисков среднего и большого размера (более 5 мм). Степень и протяженность стеноза позвоночного канала нарастает в старших возрастных группах и не зависит от продолжительности заболевания [13].

Клинические особенности центрального и смешанного ПС не зависят от анатомического типа стеноза, величины сагиттального диаметра канала и протяженности стеноза по сегментам, а определяются структурами, сужающими позвоночный канал и латеральный рецессус.

Медленное прогрессирующее или рецидивирующее течение заболевания, хороший функциональный статус, высокая толерантность к ходьбе, умеренно выраженная болевая форма перемежающейся хромоты характерны для ПС, вызванного гипертрофией желтой связки и небольшими протрузиями дисков. Сочетание гипертрофии дугоотростчатых суставов, утолщения желтой связки и множественных протрузий определяет неуклонное прогрессивное развитие симптомов, выраженное ограничение преодолеваемого расстояния, преходящее нарастание сегментарной очаговой патологии в ногах при ходьбе. Подострое течение, выраженная односторонняя люмбаишиалгия в состоянии покоя, резкое ограничение двигательной активности, антальгическая поза, симптомы натяжения наблюдаются у пациентов с полисегментарным стенозом и экструзией межпозвоночного диска более 5 мм. [13].

Не всегда клинические проявления являются показателем выраженности патологического процесса и морфологических изменений в структурах позвоночника. Так, при истинных стенозах, заболевание манифестирует при значительных изменениях морфологических структур. Болевой синдром, заставляющий больного обратиться к врачу, появляется уже при выраженных изменениях. При рефлекторных дорсопатиях наоборот, болевой синдром выступает на первое место. Это влияет на время назначения реабилитационных мероприятий. Получается, когда больной попадает на стационарное лечение, при схожих клинических проявлениях ему назначаются приблизительно одинаковые комплексы ЛФК при совсем разных изменениях в морфологических структурах, что влияет на эффективность лечения. Поэтому важную роль при назначении реабилитационных процедур должны играть инструментальные методы диагностики, такие, как магнитнорезонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), обеспечивающие возможность изучения состояния спинного мозга и его корешков, выявления грыж межпозвоночных дисков, остеофитов, измененных связок, суставов, спинального канала. К сожалению МРТ и КТ не входят в стандартные протокольные методы диагностики и являются недоступными как скрининговые для большей части населения. Рентгенография, как наиболее распространенный метод, на основании которого выставляется диагноз «остеохондроз позвоночника», не дает полной картины морфологических изменений, не визуализирует мягкотканые образования, дающие клиническую картину. Но следует также помнить, что у 30 – 50% обследованных выявляются асимптомные протрузии и грыжи межпозвоночных дисков, причем частота выявленных изменений увеличивается с возрастом [10]. Здесь лечебные и реабилитационные мероприятия необходимо назначать ориентируясь не только на изменения анатомических структур, для нейровизуализации которых используются КТ и МРТ, но и на клинические проявления, где важное место занимает прогноз, прогрессивность

течения заболевания. При анализе результатов КТ и МРТ необходимо соотносить полученные данные с особенностями клинической картины заболевания. От этого зависит тактика в плане выбора хирургического или консервативного лечения.

В последнее время характерным для данной нозологии является преимущественно хирургический подход к лечению, поэтому большой интерес представляют результаты сравнительного изучения эффективности хирургического и консервативного лечения. В недавней работе S. Atlas и соавт. [18] представлены данные о динамике функционального статуса и интенсивности боли у пациентов с ПС, получавших консервативное лечение, а также оперированных. При обследовании спустя 8 и 10 лет после лечения степень улучшения почти одинакова у оперированных и лечившихся консервативно.

T. Amundsen и соавт. [16] проследили результаты лечения 100 больных с ПС. На основании полученных результатов авторы полагают, что более чем у половины больных с ПС консервативное лечение оправдано и может обеспечить удовлетворительный эффект. Отсрочка хирургического вмешательства не ухудшает результат в отдаленном периоде, поэтому рекомендуется первично проводить консервативное лечение. В исследовании A. Malmivaaga и соавт. [19], основанном на анализе результатов лечения больных с ПС в четырех университетских клиниках, показано, что улучшение наступает после как консервативного, так и хирургического лечения. Полученные данные свидетельствуют, что хирургическое лечение имеет определенные преимущества у больных с ПСС, но разница в эффективности по сравнению с консервативным лечением невелика.

Применение лечебной гимнастики с флексорными упражнениями, флекссионное ортезирование и обучение ходьбы во флексорной позе, другие средства консервативного лечения позволяют, по данным литературы, существенно улучшить состояние больных с ПС [21].

В последнее время в Украине проблемой реабилитации позвоночника занимаются в институте патологии позвоночника и суставов им. М. И. Ситенко НАМНУ, г. Харьков. Рассматривается проблема восстановления функциональных возможностей опорно-двигательного аппарата после оперативного вмешательства на поясничном отделе позвоночника. Изучались результаты применения разработанной программы селективной кинезотерапии. Программа включала применение на первом этапе мягких методик мануальной терапии (release-техники, миотерапии, losung-техники), а также селективной постизометрической релаксации (СПМР) адаптивно укороченных мышц пояснично-тазовой области. Ближайшие результаты применения разработанной программы показали ее большую эффективность по сравнению со стандартной в постоперационный период и возможность применения в специализированных реабилитационных центрах [6]. К сожалению в работе, не рассматривался вариант применения консервативной терапии, как

альтернативы оперативному лечению. Довольно часто у оперированных больных требуется повторное хирургическое вмешательство из за дальнейшего прогрессирования заболевания. Операции дают лишь симптоматическое улучшение, а не воздействуют в полной мере на этиопатогенетические факторы. Решению этой проблемы поможет более широкое применение консервативных методов как самостоятельно, так и в сочетании с хирургическим лечением. В Крымском государственном медицинском университете им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь) оценивалась эффективность комплексной реабилитации больных дорсальгиями, обусловленными остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с неврологическими проявлениями (вертеброгенная люмбагия, люмбоишиалгия, радикулопатия). Применялся способ комплексного дифференцированного лечения и реабилитации, включающий в себя комбинацию тракции позвоночника с мануальной терапией, ЛФК, физиотерапией. На основании данных анализа достоверно выявлено более выраженное позитивное влияние на состояние опорно-двигательного аппарата и нервной системы при применении предложенного способа восстановительного лечения больных вертеброгенными дорсальгиями, чем при общепринятых методиках реабилитации [11].

К настоящему времени недостаточно полно изучена терапевтическая эффективность комплексного применения средств реабилитации больных с остеохондрозом и вертеброгенными дорсопатиями. Многообразие этиологических факторов, вызывающих дорсопатию, ведут соответственно к различным патофизиологическим и патоморфологическим изменениям, что подразумевает и различный подход к лечению. Недостаточно уделяется внимание методу ЛФК на стационарном этапе реабилитации в остром и подостром периодах заболевания. Применяемые в стационаре и рекомендуемые к применению на дальнейших этапах реабилитации стандартные комплексы стабилизирующей лечебной гимнастики, направленные в основном на укрепление мышечного корсета без учета мышечно-тонического дисбаланса и статико-динамических изменений. Предложенные современные классификации заболеваний позвоночника также не подкреплены конкретными комплексами ЛФК с учетом этиопатогенеза и клинической картины заболевания.

Таким образом, сочетание стандартной фармакологической терапии с ранним дифференцированным назначением средств физической реабилитации, включающей флексорные упражнения, постизометрическую релаксацию, тракционные методики, мануальную терапию, должно быть основным принципом лечения пациентов с дорсопатиями, позволяющим избежать оперативного вмешательства.

Научное обоснование, разработка и внедрение в практику дифференцированных методик физической реабилитации на стационарном и внегоспитальном этапах с учетом этиопатогенетических факторов развития дорсопатий.

### Литература

1. Голубев В. Л. Неврологические синдромы. Руководство для врачей / В. Л. Голубев; под ред. В. Л. Голубева, А. М. Вейн. 2-е изд., доп. и перераб. – М.: МЕ Дпресс-информ. – 2007 г. – 73 с.
2. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника / В. А. Епифанов, И. С. Ролик, А. В. Епифанов. – М.: ЗАО Академический печатный дом, 2000. – 344 с.
3. Зборовский А. Б., Алфлутоп: опыт многолетнего клинического применения / А. Б. Зборовский, Е. Э. Мозговая // Фарматека. – 2006. – № 19. – С. 35-40.
4. Иванова М. Ф. Дорсалгия, обусловленная дегенеративно-дистрофической патологией позвоночника / М. Ф. Иванова, С. К. Евтушенко // Международный неврологический журнал. – 2009. – № 3 (25). – С. 124-129.
5. Камчатов П. Р. Острая спондилогенная дорсалгия – консервативная терапия / П. Р. Камчатов // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, № 10. – С. 64-74.
6. Колесниченко В. А. Реабилитация больных остеохондрозом позвоночника средствами ЛФК на этапах хирургического лечения / В. А. Колесниченко, Ма Конг // Матер. 3 Всеукр. съезда специалистов по спортивной медицине и лечебной физкультуре «Человек, спорт и здоровье – 2013». – К., 2013. – С. 277-281.
7. Левит К. Мануальная терапия в рамках врачебной реабилитации / К. Левит // Винница, ВГМУ им. Н. И. Пирогова. – 1997. – 430 с.
8. Лиманский Ю. П. Неврологические синдромы остеохондроза / Ю. П. Лиманский, Е. Л. Мачерет, Е. А. Ващенко. – К.: Здоровья. – 1988. – 160 с.
9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Всемирная организация здравоохранения. – М.: Медицина. – 2003. – Т. 1 – 698 с.
10. Мендель О. И. Дегенеративные заболевания позвоночника, их осложнения и лечение / О. И. Мендель, А. С. Никифоров // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, № 4. – С. 34-39.
11. Оценка отдаленных результатов комплексной реабилитации пациентов вертеброгенными дорсалгиями [Бобрик Ю. В., Мороз Г. А., Пономарев В. А., Кулик Н. М.] // Матер. 3 Всеукр. съезда специалистов по спортивной медицине и лечебной физкультуре «Человек, спорт и здоровье – 2013». – К., 2013. – С. 261-262.
12. Подчуфарова Е. В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение / Е. В. Подчуфарова // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 25 – С. 139-140.
13. Смирнов А. Ю. Поясничная стеноз. Обзор литературы и анализ собственных наблюдений / А. Ю. Смирнов, Д. Р. Штульман, Г. Ю. Евзиков // Неврологический журнал. – 1998. – № 4. – С. 27-31.
14. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В. П. Штока, О. С. Левина. – М.: МИА, 2006. – 520 с.
15. Шостак Н. А. Современные подходы к терапии боли в нижней части спины / Н. А. Шостак // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5, № 8. – С. 457-461.
16. Amundsen T. Lumbar spinal stenosis: Conservative or surgical management? A prospective 10-year study / T. Amundsen, H. Weber, H. Nordal // Spine. – 2000. – № 25. – P. 1424-1436.
17. Bernstein J. A. Specialist musculo-skeletal provision in primary care: costeffectiveness / J. A. Bernstein // The Journal of Orthopedic Medicine. – 1998. – Vol. 20, № 1. – P. 2-9.
18. Keller R. B. Long-term outcomes of surgical and nonsurgical management of lumbar spinal stenosis: 8 to 10 year results from the main lumbar spine study / R. B. Keller, Y. A. Wu // Spine. – 2005. – № 30. – P. 936-943.
19. Malmivaara A. Surgical or nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial / A. Malmivaara, P. Slatis, M. Heliovaara // Spine. – 2007. – № 32. – P. 1-8.
20. 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.
21. 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.
22. 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 615. 825:615. 821-828:616. 711-007. 55-085. 825:616. 711. 9:616-007. 274

### ОПТИМІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДОРСОПАТІЯМИ НА СТАЦІОНАРНОМУ ТА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПАХ (огляд літератури)

Манін М. В., Неханевич О. Б.

**Резюме.** Метою нашого дослідження був аналіз даних літератури за останні 15 років щодо проблеми фізичної реабілітації в лікуванні дорсопатій і стенозів хребтового каналу і міжхребцевих отворів. Аналіз даних показав актуальність проблеми дорсопатій, яка визначена високим рівнем захворюваності і труднощами у виборі методу реабілітації. Показано, що консервативна терапія не поступається хірургічному втручання і повинна бути основним методом, який дозволяє запобігти оперативному лікуванню.

**Ключові слова:** дорсопатії, фізична реабілітація, мануальна терапія, постізометрична релаксація, остеохондроз.

УДК 615.825:615.821-828:616.711-007.55-085.825:616.711.9:616-007.274

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСОПАТИЯМИ НА СТАЦИОНАРНОМ И АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПАХ (обзор литературы)**

**Манин М. В., Неханевич О. Б.**

**Резюме.** Целью нашего исследования стал анализ литературных данных за последние 15 лет относительно проблемы применения средств физической реабилитации при лечении дорсопатий, сопровождающихся стенозом спинномозгового канала и межпозвоночных отверстий. Анализ литературы показал актуальность проблемы дорсопатий, которая определена высокой заболеваемостью и проблематичностью выбора реабилитационных мероприятий. Показано, что консервативная терапия лишь немногим уступает хирургическому вмешательству и должна быть основным методом, позволяющим избежать оперативного лечения.

**Ключевые слова:** дорсопатии, физическая реабилитация, мануальная терапия, постизометрическая релаксация, остеохондроз.

UDC 615.825:615.821-828:616.711-007.55-085.825:616.711.9:616-007.274

### **Optimization of Physical Rehabilitation Application in Complex Treatment of Patients with Dorsopathy at Stationary and Out-Patient Stages (the Literature Review)**

**Manin M. V., Nekhanevich O. B.**

**Abstract.** The analysis of the literary data for last 15 years concerning a problem of application of physical rehabilitation means at dorsopathy treatment, accompanied by a stenosis of the spinal channel and intervertebral apertures became the purpose of our research. For the decision of an object in view we have analysed accessible references on the chosen subjects from 1998 on 2013.

Therapeutic efficiency of complex application of rehabilitation means of patients with an osteochondrosis and dorsopathy are by this time insufficiently full studied. Variety etiologic factors causing of dorsopathy, conduct accordingly to various pathophysiologic and pathomorphologic changes that means also the various approach to treatment. The attention to method of medical physical therapy at a stationary stage of rehabilitation in acute period of disease is insufficiently paid. Applied in a hospital and recommended to application at the further stages of rehabilitation standard complexes of the medical gymnastics directed in basic on the strengthening of a muscular corset without a tonic disbalance and statiko-dynamic changes. The offered modern classifications of backbone diseases also are not supported by concrete complexes of medical gymnastics with the account etiopathogenic factors and a clinical picture of disease.

Recently for given nosology mainly surgical approach to treatment is more common, therefore the great interest is represented by results of comparative studying of efficiency of surgical and conservative treatment. The analysis of the scientifically-medical information has shown that conservative therapy of dorsopathy only to the little concedes by efficiency to surgical intervention. In this connection the conservative treatment including flexing, traction exercises should be the basic methods of medical aid which allows to avoid surgical intervention.

Thus, the combination of standard pharmacological therapy to the early differentiated appointment of means of the physical rehabilitation including flexing exercises, a postisometric relaxation, traction techniques, manipulation, should be main principle of treatment of patients with dorsopathy, allowing to avoid operative intervention.

Prospects of the further researches is in a scientific substantiation, working out and introduction in practice of the differentiated techniques of physical rehabilitation at stationary and extrahospital stages with the account etiopathogenic factors of dorsopathy.

**Key words:** physical rehabilitation, manipulation, a postisometric relaxation, osteochondrosis, dorsopathy.

*Рецензент – проф. Олійник С. А.*

*Стаття надійшла 30. 11. 2013 р.*