

## ВИКОРИСТАННЯ АВТОМОБІЛІЗАЦІ (А) В ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ВЕРТЕБРОГЕННИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ

ВИКОРИСТАННЯ АВТОМОБІЛІЗАЦІ (А) В ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ВЕРТЕБРОГЕННИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ – Обстежено 51 пацієнта з вертеброгенною люмбалгією. Лікування проведено в амбулаторних умовах з використанням автомобілізації (А) (м'яких методик мануальної терапії). Хворі не приймали медикаменти і до мінімуму було зведено використання фізіотерапевтичних процедур. Застосування автомобілізації сприяло регресу больового синдрому, більш повному відновленню об'єму рухів у поперековому відділі хребта. Порівняльний аналіз результатів автомобілізації та стандартного лікування вертеброгенних больових синдромів не виявив суттєво різниці між кінцевими показниками результатів терапії.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОМОБИЛИЗАЦИИ (А) ВЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ – Обследовано 51 пациента с вертеброгенной люмбалгией. Лечение было проведено в амбулаторных условиях с использованием автомобилизации (А) (мягких методик мануальной терапии). Больные не принимали медикаменты, до минимума сведены использования физиотерапевтических процедур. Использование автомобилизации способствовало регрессированию болевого синдрома, более полному восстановлению объема движений в поясничном отделе позвоночника. Сравнительный анализ результатов автомобилизации и стандартного лечения вертеброгенных болевых синдромов не выявил существенных различий конечных показателей результатов терапии.

USE OF AUTOMOBILIZATION IN TREATMENT OF ACUTE VERTEBROGENIC OF PAIN SYNDROME – A survey of 51 patients with vertebrogenic lumbodynia whose treatment was conducted on an outpatient basis using motorization (A) (soft techniques of manual therapy). Patients didn't take medicines and the use of physiotherapy was reduced to a minimum. Use of automobilization promoted regression of pain, more complete recovery of volume movements in the lumbar spine. Comparative analysis of motorization and standard treatment vertebrogenic pain syndromes found no significant difference of final performance results of therapy.

**Ключові слова:** вертеброгенна люмбалгія, автомобілізація, больовий синдром, об'єм рухів, лікування.

**Ключевые слова:** вертеброгенная люмбалгия, автомобилизация, болевой синдром, объем движений, лечение.

**Key words:** vertebrogenic lumbodynia, automobilization, pain, range of movements, treatment.

**ВСТУП** Серед етіологічних чинників, що зумовлюють розвиток больових синдромів у нижній ділянці спини, найчастіше зустрічаються дегенеративні зміни в кістковій і хрящовій тканині [1, 2, 7, 15]. Насамперед страждає пульпозне ядро диска [15]. Поступово дегенеративні зміни поширюються і на фіброзне кільце [10], волокна якого розриваються і через них випадають фрагменти пульпозного ядра, що часто змінюється протрузією – грижею диска [2, 3, 14, 16]. Розвиток корінцевого больового синдрому здебільшого зумовлюють задні випадання міжхребцевих дисків [4, 6].

Класична схема лікування неврологічних проявів вертеброгенно патології представляє, як правило, різні комбінації застосування нестероїдних протизапальних препаратів, стероїдних гормонів, вітамінів групи В, фізіотерапевтичних методів лікування [5, 8, 9, 11, 12].

Проте такий стандартний підхід до лікування пацієнтів із прогресуючим дегенеративним ураженням міжхребцевого диска з реактивними змінами тіл суміжних хребців не приводить до зменшення рецидивів захворювання [13], значного поліпшення стану здоров'я пацієнтів, і, при тому, є досить шкідливим для інших органів і систем хворого.

Метою нашого дослідження стало оцінити ефективність аутомобілізації (м'яких методик мануальної терапії) в амбулаторних умовах, порівняно з використанням мануальної терапії в комплексному лікуванні хворих із вертеброгенним больовим синдромом попереково-крижового відділу хребта.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Проведено клініко-неврологічне обстеження 102 хворих (76 чоловіків і 26 жінок) віком від 20 до 60 років (у середньому  $46,2 \pm 1,4$ ) року з гострим вертеброгенним больовим синдромом попереково-крижового відділу хребта. Залежно від застосованої терапії пацієнтів поділили на дві групи. До першої (основної) групи увійшли 51 хворий (38 чоловіків і 13 жінок), у 45 з яких виявлено рефлекторні синдроми (люмбоішіалгія), у 6 – дискогенну попереково-крижову радикулопатію. З метою лікування больового синдрому пацієнтам першої групи призначали аутомобілізацію (постізометричну релаксацію, м'язову тракцію, постреципрокную релаксацію).

До другої групи увійшли 51 пацієнт (34 чоловіки та 17 жінок). У них також переважали вертеброгенні рефлекторні синдроми (люмбоішіалгія – в 44 пацієнтів), корінцеві синдроми спостерігалися у 8 випадках. Пацієнтам контрольної групи проводили традиційну терапію в поєднанні з МТ.

Тривалість лікування пацієнтів обох клінічних груп складала 14–19 днів.

Усім хворим проводили клініко-неврологічне обстеження, загальні лабораторні, нейроортопедичні і рентгенологічні обстеження. У всіх обстежених рентгенологічно виявленій остеохондроз різного ступеня вираженості та грижові випадання дисків. Для об'єктивізації больових синдромів, вираженості болю та контролю за ефективністю терапії використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ), питальник болю Мак-Гілла. Шкала ВАШ кількісно оцінює біль як просте відчуття та його інтенсивність. Шкала Мак-Гілла дозволяє виміряти сенсорну, емоційну та кількісну складові больового синдрому.

Хворим першої групи проводили сеанси лікування аутомобілізацією протягом дня, кожні 2–3 год. Вони не приймали лікарські препарати і до мінімуму було зведено використання фізіотерапевтичних процедур.

А верхньоперекового і нижньогрудного сегментів хребта при обмеженні нахилу тулуба в сторони. Постізометрична аутомобілізація: при фіксованих колінних суглобах і зігнутих руках з опорою на кушетку пацієнт нахилив тулуб в сторону обмеження руху, згинаючи одну руку на вдосі протягом 10 с. Процедуру повторюють 3 рази.

А нижньопоперекових сегментів хребта при обмеженні рухів вперед або назад. Пацієнт фіксує колінні суглоби на кушетці, а випрямлені руки кладе на підставку, яка стоїть перед ним. У цьому положенні пацієнт згинає спину. При обмеженні руху назад (розгинання) його здійснюють у протилежному напрямі з максимальним прогином спини, припідніманням голови і шийного відділу хребта вгору. Вправа триває 7–10 с, повторюється 3–5 разів.

А нижньопоперекових сегментів хребта при обмеженні нахилу в сторону. Постізометрична автомобілізація (ПІА) блокованого сегмента проводять з цієї сторони. Пацієнт стоїть. При наявності блоку з правої сторони хворий фіксує долонею правою рукою остистий і поперечні відростки вищележачого хребця блокованого сегмента, ліва рука розташовується на рівні нижчележачого. В цій позиції хворий нахилиється в сторону, вдихає і проводить ПІР протягом 14 с. Вправа повторюється 7 разів. Відпочинок між ними – 20–30 с.

А тораколюмбального переходу при обмеженні рухів вперед, або при обмеженні розгинання. ПІА при фіксованих колінних суглобах з опором на ліктьові суглоби пацієнт згинається, а при обмеженні розгинання пацієнт здійснює рух вперед з прогином спини, припідніманням голови і шиї. Вправа виконується на вдиху протягом 14 с. Повторюється 8–10 разів.

А при синдромі згладженості поперекового лордозу. Пацієнт лежить на спині, згинає ноги в колінних і кульшових суглобах, захоплює коліна руками і приводить до грудей до моменту обмеження руху. Вдихає, очні яблука відводять вгору і тисне руками на свої ноги. Під час максимального розслаблення продовжуючи тиснути на ноги, збільшує об'єм згинання у поперековій ділянці. Автомобілізація м'язів повторенням (АМП): хворий захоплює коліна руками і здійснює 7–10 згинань до грудей.

А при синдромі кіфозу поперекового відділу хребта. ПІА здійснюється в положенні пацієнта на спині. Хворий згинає ноги в колінних і кульшових суглобах під кутом 100° і тисне ступнями на стіну протягом 14, вдихнувши. Розслаблення 15–20 с. АМП Пацієнт на спині, здійснює 7–10 катальних рухів.

А при синдромі клубово-поперекового м'язу. ПІА: хворий лягає на кушетку таким чином, щоб нижні кінцівки вільно звисали з краю кушетки. Потім пацієнт на здоровій стороні максимально згинає ногу в колінному, кульшовому суглобах, захоплює рукою в ділянці колінного суглоба і приводить до живота. На другу ногу, яка звисає, він тисне рукою вниз, на верхню третину стегна. Вдих – 3 с, затримка дихання – 7 с, очні яблука доверху. На видиху, не збільшуючи силу тиску на стегно, пацієнт пасивно збільшує об'єм руху. АМП: на здоровій стороні пацієнт при максимально зігнутій нозі в колінному і кульшовому суглобах захоплює обома руками в ділянці верхньої третини стегна і максимально приводить до черевної стінки. Другою ногою, з обмеженням руху через спазм крижово-клубового м'язу, хворий здійснює 7–10 рухів, які збільшуються по амплітуді та направлені вниз.

А антигравітаційна. Положення відповідне ПІА: тільки нога, яка має обмеження руху, вільно звисає вниз і власною ногою сприяє мобілізації клубово-

поперекового м'язу. Процедура триває 21 с. Повторяється 3 рази. Віддих між процедурами 20 с.

Середні фонові показники застосовуваних уніфікованих шкал і питальників до лікування не виявили суттєво різниці щодо вираженості больового синдрому в поперековому відділі хребта у пацієнтів обстежуваних груп. Середні значення х свідчать, що больовий синдром здебільшого був вираженим. Порівняння рангового індексу болю з використанням питальника Мак-Гілла свідчать, що для описання своїх відчуттів хворі обидвох груп частіше підбирали дескриптори з сенсорно складово больового синдрому.

Після лікування у хворих обох клінічних груп відзначено поліпшення загального стану, регресування або значне послаблення больового синдрому в попереково-крижовому відділі хребта, про що свідчить динаміка показників болю на тлі проведеного лікування. Спостерігалось вірогідне зменшення вираженості больового синдрому за ВАШ на 6,30–6,42 см. Динаміка результатів за питальником Мак-Гілла у пацієнтів основно та контрольно груп свідчить про вірогідне зниження дескрипторів 1–13 підшкал (на 16,5 бала), що характеризують сенсорну складову больового синдрому попереково-крижового відділу хребта.

Відносно швидке зменшення болю в хворих обох клінічних груп сприяло відновленню об'єму рухів у попереково-крижовому відділі хребта. Значно зменшувалися міофіксації та деформації хребта, чутливі розлади.

Проведене дослідження виявило достатньо високу ефективність автомобілізації (м'яких методик мануальної терапії) в лікуванні амбулаторних хворих із вертеброгенними рефлекторними і корінцевими больовими синдромами попереково-крижового відділу хребта. Позитивні результати терапії спостерігалися і в хворих, які отримували МТ в комплексному лікуванні хворих із вертеброгенним больовим синдромом попереково-крижового відділу хребта.

**ВИСНОВКИ** Використання автомобілізації (м'яких методик мануальної терапії) в лікуванні гострих вертеброгенних больових синдромів сприяє регресуванню або значному послабленню больового синдрому, більш повному відновленню об'єму рухів у поперековому відділі хребта. Порівняльний аналіз результатів автомобілізації та стандартного лікування вертеброгенних больових синдромів не виявило суттєво різниці кінцевих показників результатів терапії. Разом з тим, клінічні спостереження засвідчили, що м'які методики мануальної терапії (автомобілізація) є природними, фізіологічними, безпечними, побічні ефекти практично відсутні, а тому складають серйозну альтернативу нейрохірургічним втручанням на міжхребцевих дисках та парентеральному введенню медикаментів.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Барвинченко А. Руководство по мануальной терапии суставов конечности / А. Барвинченко, М. Гибадуллин, Р. Райс. – Таллин, 1990. – 48 с.
2. Васильева Л. Ф. Мануальная диагностика и терапия / Л. Ф. Васильева. – СПб. : ИКФ Фолиант, 1999. – 399 с.
3. Вегетативные расстройства : клиника, лечение, диагностика / под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.

4. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия / В. П. Веселовский. – Рига, 1991. – 253 с.
5. Войтаник С. А. Мануальная терапия дистрофических заболеваний позвоночника / С. А. Войтаник, Б. В. Гавата. – К. : Здоров'я, 1989. – 142 с.
6. Гойденко В. С. Мануальная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / В. С. Гойденко, А. Б. Ситель, В. П. Галанов, И. В. Руденко. – М. : Медицина, 1988. – 235 с.
7. Гойденко В. С. Квалификационный тест по мануальной терапии / В. С. Гойденко. – М. : РМАПО, 2005. – 144 с.
8. Губенко И. Мануальная терапия в вертеброневрологии / И. Губенко. – К. : Здоров'я, 2003. – 165 с.
9. Иваничев Г. А. Мануальная терапия / Г. А. Иваничев. – Казань, 1997. – 448 с.
10. Коган О. Г. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии / О. Г. Коган, В. Л. Найдин. – М. : Медицина, 1988. – 303 с.
11. Левит К. Мануальная медицина / К. Левит, Й. Захсе, В. Янда. – М. : Медицина, 1993. – 510 с.
12. Лиев А. А. Мануальная терапия миофасциальных болевых синдромов / А. А. Лиев. – Днепропетровск, 1993. – 123 с.
13. Молотов В. Д. Иглотерапия и мануальная терапия: практическое руководство по лечению заболеваний / В. Д. Молотов. – М. : Эксимо, 2008. – 784 с.
14. Попелянский А. Я. Клиническая пропедевтика мануальной терапии / А. Я. Попелянский. – М. : Медпрес-информ, 2003. – 237 с.
15. Проценко В. Н. Вертеброневрология и нейроортопедия / В. Н. Проценко. – Запорожье, 2000. – 158 с.
16. Фролов В. А. Атлас мануальной диагностики и мануальной терапии дистрофических заболеваний позвоночника / В. А. Фролов. – М., 2003. – 148 с.

Отримано 18.10.11