

## Медико-соціальні аспекти реабілітації больового синдрому в осіб із шийно-грудним остеохондрозом

*Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту (м. Дніпро)*

**Постановка наукової проблеми та її значення.** Згідно з даними медичної статистики, питома вага неврологічних проявів дегенеративно-дистрофічного ураження хребта становить від 67 до 95 % від усіх захворювань периферичної нервової системи [1; 6; 9]. Утрати за непрацездатністю, викликані цією патологією, займають або перше місце серед усіх інших хвороб, або друге, поступаючись лише застудним захворюванням [6; 9]. Незважаючи на величезний арсенал методик терапії та реабілітації таких хворих, питання щодо ефективності проведених заходів залишається відкритим. Як засвідчує практика, відомі способи відновного лікування характеризуються короткочасністю ефекту оздоровлення й не виключають частих рецидивів та ускладнень лікування [1; 2; 6; 7; 9]. Як правило, біль – обов'язкова складова частина клінічних проявів вертеброгенних захворювань нервової системи, зумовлених остеохондрозом хребта, тому надзвичайно важливо для коректної діагностики та ефективності лікування й реабілітації в пацієнтів із цією патологією проводити адекватну об'єктивну оцінку вираженості больового синдрому [1; 6; 7; 9].

Дослідження виконано згідно зі Зведеним планом НДР Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту МОН України та є фрагментом науково-дослідної роботи за темою «Реабілітація осіб з обмеженими фізичними спроможностями з урахуванням особливостей їх психофізіологічних і компенсаторно-приспосувальних порушень у різних системах організму людини» (№ держреєстрації – 0111U001170).

**Аналіз досліджень цієї проблеми.** Остеохондроз хребта – одна з найчастіших причин больового синдрому. За різними даними, біль у шийно-грудному відділі за своє життя відчувають близько 10 % населення, а біль у попереку – до 70 % [6; 4; 9]. Важливими у діагностиці, лікуванні та реабілітації є вік, стать, професія, супутня патологія й спосіб життя [16; 17; 18]. Захворювання призводить до тривалої втрати працездатності, зниження показників якості життя, розвитку депресії, когнітивних порушень [9; 11; 12; 13; 15], тому в проблемі відновлення одним з основних питань залишаються питання важливості реабілітаційних засобів та методів у профілактиці й відновленні порушень функцій основних систем організму при цій патології й можливості прогнозування та профілактики загострень [4; 6; 10].

**Мета дослідження** – за даними літературних джерел дослідити медико-соціальні аспекти в реабілітації больового синдрому хворих на шийно-грудний остеохондроз.

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** Больовий синдром, що виникає при остеохондрозі хребта, має чітко виражену залежність від характеру механізму його виникнення [8]. Компресійний механізм болю буває двох видів. Стійка компресія викликає постійний ниючий біль, що посилюється при навантаженні. За нестійкої компресії характерний гострий, стріляючий, пронизуючий біль, котрий виникає в момент навантаження на уражений руховий сегмент. При пальпації ураженого рухового сегменту хребта з'являється біль. При компресії, що викликана стенозом хребетного каналу, біль відчувається під час ходьби, поступово посилюючись, може з'являтися слабкість у ногах, порушення функції тазових органів. Біль і неврологічні порушення зменшуються або зникають зовсім, коли хворий зупиняється й нахиляється уперед, спираючись на руки, сідає або лягає.

Дисфіксаційний біль виникає під час статико-динамічних навантажень (ходьба, робота в сидячому положенні). Інтенсивність його зростає в міру збільшення тривалості навантаження. Біль зникає в лежачому положенні. Під час пальпації відчутна рівномірна болючість усіх зв'язково-суглобових структур ураженого рухового сегменту хребта [8].

При дисгемічному больовому синдромі хворі скаржаться на ниючий сковуючий біль, що частіше з'являється під час відпочинку й зменшується під час руху. Болі супроводжуються відчуттям жару й оніміння в ураженому відділі хребта. М'які тканини ураженої ділянки хребта та розміщені поряд сегменти болючі при пальпації. Над зоною ураження простежуємо гіпестезію.

Асептико-запальний механізм подразнення рецепторів проявляється сковуючим болем в ураженій ділянці хребта з відчуттям тугорухливості. Болі частіше виникають під час сну, найбільш уражені – уранці. Увечері хворі почувають себе відносно добре. Під час пальпації з'являється біль [8].

Зазвичай, на практиці простежуємо поєднання двох або більше механізмів виникнення больового синдрому, але провідна роль належить якомусь одному. Для діагностики механізму виникнення бо-

льового синдрому важливого значення набувають ретельний анамнез, неврологічний огляд хворого та дані додаткових обстежень (рентгенологічних, комп'ютерно- й магнітно-резонансно-томографічних, електронейромографічних, лабораторних). Установлення патогенетичного механізму виникнення больового синдрому – основа для призначення хворому індивідуально підібраних лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому потрібно виділяти провідний механізм виникнення больового синдрому, на який спрямовуються основні лікувальні заходи, і другорядні механізми, наявність яких також потрібно враховувати під час підбору терапевтичних заходів [8].

До комплексу лікувальних і профілактичних реабілітаційних заходів за больового синдрому при шийно-грудному остеохондрозі хребта включаються немедикаментозні методи, такі як масаж, фізіотерапія та рефлексотерапія. Мануальні методи впливу застосовуються з обережністю, особливо в літніх пацієнтів. Масаж не показаний у гострій стадії захворювання. Важливі своєчасне виявлення та корекція неправильної постави й рухового стереотипу, тренування слабких і спазмованих м'язів та підвищення толерантності до фізичного навантаження. Невід'ємна частина лікування є усунення психоемоційних порушень, правильне харчування, раціональний режим дня та здоровий спосіб життя [5].

У комплексну терапію доцільно включати методики мануальної терапії, зокрема постізометричну релаксацію. Ефективність цього методу зростає на початку лікування не пізніше ніж за три місяці від початку захворювання, а також за комбінації з елементами лікувальної гімнастики [3; 14; 20].

У разі послаблення больового синдрому програма лікувально-реабілітаційних заходів має включати тракцію хребта з власною вагою та з використанням вантажів, гідрокінезотерапію (плавання, гідромасаж, лікувальна фізкультура в басейні) тощо. За наявності м'язового гіпертонусу й різко вираженого больового синдрому рекомендується попередньо проводити внутрішньом'язові блокади анальгезуючими препаратами, масаж за загальноприйнятими методиками з акцентом на осередки міофіброзу й міоостеофіброзу (точковий масаж, точкові блокади, постізометрична релаксація м'язів). Використовують мануальну терапію, що включає м'язову тракцію, м'язову релаксацію й мобілізацію на хребетному руховому сегменті, фізіотерапевтичні процедури з урахуванням супутньої соматичної патології.

Велика кількість соматичних протипоказань обмежує застосування в похилому віці теплових процедур і гідробальнеотерапії.

У більшості пацієнтів у результаті проведеної терапії біль купіюється протягом 2–4 тижнів. До колишньої трудової діяльності повертаються 75 % пацієнтів. Водночас приблизно у 2/3 хворих протягом першого року розвивається як мінімум одне загострення больового синдрому [19]. За даними М. W. Van Tulder та співавторів, незважаючи на те, що в 80–90 % випадків тривалість больового синдрому не перевищує шість тижнів, у 10–20 % пацієнтів він набуває хронічного характеру [19; 20].

Серед методів контролю за станом пацієнтів із вертеброгенною патологією шийно-грудного відділу хребта та серед методів оцінки ефективності проведених реабілітаційних заходів слід підкреслити важливість функціональних проб, м'язових тестів, функціональних тестів, електрокардіографії, велоергометрії тощо.

Важливим моментом є також необхідність ретельного клініко-інструментального обстеження хворих для підтвердження діагнозу, виключення вторинного характеру патологічних процесів у хребті й інших можливих вертеброгенних і невертеброгенних причин больового синдрому. Відповідно до виявлених клінічних синдромів повинні бути розроблені конкретні реабілітаційні підходи в кожному конкретному випадку, які ґрунтуються на протоколі надання допомоги хворим із больовим синдромом, затвердженому МОЗ України, та відповідно до основних принципів реабілітації осіб із вертеброгенною патологією.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Методи та засоби фізичної реабілітації займають особливе місце в процесі відновлення пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом та щодо економічних витрат є доступним методом лікування. Установлення патогенетичного механізму виникнення больового синдрому є основою для призначення хворому індивідуально підібраних лікувальних та реабілітаційних заходів. Перспективами у використанні засобів та методів фізичної реабілітації є розробка й упровадження комплексних програм для осіб із шийно-грудним остеохондрозом та больовим синдромом із супутньою патологією.

#### *Джерела та література*

1. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика): руководство для врачей / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов– 3-е изд., испр. и доп. — Москва : МЕДпресс-информ, 2008. — 272 с.
2. Жарова І. Обґрунтування використання засобів фізичної реабілітації в осіб із гіпертонічною хворобою та шийно-грудним остеохондрозом / Ірина Жарова, Анна Шевцова // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць. — Львів, 2011. — Вип. 15. — Т. 3. — С. 126–130.
3. Камчатов П. Р. Острая спондилогенная дорсалгия – консервативная терапия [Электронный ресурс] / П. Р. Камчатов // Русский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 10. — С. 64–74.

4. Лазарева О. Фізична реабілітація осіб із грудним остеохондрозом, гіперкіфозом та кардіальним синдромом / О. Лазарева, В. Куропятник, В. Воронова // Молодіжний науковий вісник Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт : журнал / уклад. А. В. Цьось, А. І. Альошина. – 2015. – Вип. 19. – С. 167–171.
5. Пилипович А. А. Лечение и профилактика остеохондроза [Электронный ресурс] / А. А. Пилипович // Лечебное дело. – 2015. – № 2. – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/article/n/lechenie-i-profilaktika-osteohondroza>.
6. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). Руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 672 с.
7. Тарасова Е. И. Физиотерапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / Е. И. Тарасова, Л. Е. Козловская, О. К. Баханович // Медицинские новости (Республика Беларусь). – 2007. – № 1. – С. 48–49.
8. Шевага В. М. Остеохондроз хребта: від патогенетично обґрунтованого діагнозу характеру больового синдрому до ефективного лікування [Електронний ресурс] / В. М. Шевага // Международный неврологический журнал. – 2006. – № 3 (7). – Режим доступа : [http://www.mif-ua.com/archive/article\\_print/2510](http://www.mif-ua.com/archive/article_print/2510).
9. Шевцова А. М. Влияние программы физической реабилитации на болевой синдром у пациентов с шейно-грудным остеохондрозом и гипертонической болезнью / А. М. Шевцова, М. С. Балаж // Молодежь – науке. Актуальные проблемы теории и методики физической культуры, спорта и туризма : материалы V науч.-практ. конф. молодых ученых. – Минск, 2012. – Ч. 2. – С. 175–176.
10. Abbot J. H. Accuracy of physical therapists prognosis of low back pain from the clinical examination: a prospective cohort study / J. H. Abbot // The Journal manual & Manipulative therapy. – 2014. – Vol. 22, № 3. – P. 154–161.
11. Campbell P. Prognostic indicators of low back pain in primary care : five-year prospective study / P. Campbell, N. E. Foster, E. Thomas, K. M. Dunn // The journal of pain. – 2013. – Vol. 14, № 8. – P. 873–883.
12. Correa J. Sensitization and decrease of conditioned pain modulation in patients with chronic low back pain / J. Correa, N. Olivera, R. Liebano // The journal of pain. – 2014. – Vol. 14, № 4. – P. 23.
13. Deyo R. A. Report of the NIH task force on research standards for chronic low back pain / R. A. Deyo, S. F. Dworkin, D. Amtmann, G. Andersson [et. al.] // The journal of pain. – 2014. – Vol. 15, № 6. – P. 569–585.
14. Furlan A. D. Massage for low-back pain (Cochrane Review) / A. D. Furlan, L. Brosseau, M. Imamura, E. Irvin // The Cochrane Library. – 2004. – № 4. – P. 192–198.
15. Gulati S. Assesment of referrals to a multidisciplinary out patient clinic for patients with back pain / S. Gulati, A. S. Jakola, O. Solheim, S. Gabrielsen, P. A. Godo, B. Skogstad, O. P. Nygaard // The Journal manual & Manipulative therapy. – 2012. – Vol. 20, № 1. – P. 23–27.
16. Hirgh A. T. The influence of patient sex, provider sex, and sexist attitudes on pain treatment decisions / A. T. Hirgh, N. A. Hollingshead, M. S. Matthias, M. J. Bair, K. Kroenke // The journal of pain. – 2014. – Vol. 15, № 5. – P. 551–559.
17. Lewandowski Holley A. Current smoking as a predictor of chronic musculoskeletal pain in young adult / Lewandowski Holley A., E. F. Law, S. W. Tham, M. Myang, C. Noonan [et. al.] // The journal of pain. – 2013. – Vol. 14, № 5. – P. 1131–1139.
18. Mathur V. A. Racial bias in pain perception and response: experimental examination of automatic and deliberate process / V. A. Mathur, J. A. Richeson, J. A. Paice, M. Muzyka, J. Y. Chiao // The journal of pain. – 2014. – Vol. 15, № 5. – P. 476–484.
19. Pengel L. Acute low back pain: systematic review of its prognosis / L. Pengel, R. D. Herbert, C. G. Maher, K. M. Refshauge // BMJ. – 2003. – Vol. 327(9) – P. 176–184.
20. Van Tulder M.W. Muscle Relaxants for Nonspecific Low Back Pain / M. W. Van Tulder, T. Touray, A. D. Furlan, S. Solway, L. M. Bouter // A Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Collaboration Spine. – 2003. – Vol. 28(17). – P. 1978–1992.
21. Young J. L. Thoracic manipulation versus mobilization in patients with mechanical neck pain: a systematic review / J. L. Young, D. Walker, S. Snyder, K. Dely // The Journal manual & Manipulative therapy. – 2014. – Vol. 22, № 1. – P. 141–153.

#### **Анотація**

*Біль у шийно-грудному відділі за своє життя відчувають близько 10 % населення. Важливе значення в діагностиці, лікуванні та реабілітації мають вік, стать, професія, супутня патологія та спосіб життя пацієнта. Больовий синдром, що з'явився при остеохондрозі хребта, має чітко виражену залежність від характеру механізму його виникнення. Для діагностики механізму виникнення больового синдрому важливого значення набувають ретельний збір анамнезу, неврологічний огляд хворого та дані додаткових інструментальних обстежень. Установлення патогенетичного механізму виникнення больового синдрому є основою для призначення хворому індивідуально підібраних лікувальних та реабілітаційних заходів. Важливим моментом є також необхідність ретельного клініко-інструментального обстеження хворих задля підтвердження діагнозу, виключення вторинного характеру патологічних процесів у хребті й інших можливих вертеброгенних і невертеброгенних причин больового синдрому.*

**Ключові слова:** больовий синдром, шийно-грудний остеохондроз, реабілітація.

**Сергей Афанасьев. Медико-социальные аспекты реабилитации болевого синдрома у лиц с шейно-грудным остеохондрозом.** Боль в шейно-грудном отделе за свою жизнь испытывают около 10 % населения. Важное значение в диагностике, лечении и реабилитации имеют возраст, пол, профессия, сопутствующая патология и образ жизни пациента. Болевой синдром, возникающий при остеохондрозе позвоночника, имеет четко выраженную зависимость от характера механизма его возникновения. Для диагностики важное значение имеет тщательный сбор анамнеза, неврологический осмотр больного и данные дополнительных инструментальных обследований. Установка патогенетического механизма возникновения болевого синдрома является основой для назначения больному индивидуально подобранных лечебных и реабилитационных мероприятий. Важным моментом является также необходимость тщательного клинико-инструментального обследования больных с целью подтверждения диагноза, исключения вторичного характера патологического процесса в позвоночнике и других возможных вертеброгенных и невертеброгенных причин болевого синдрома.

**Ключевые слова:** болевой синдром, шейно-грудной остеохондроз, реабилитация.

**Serhiy Afanasyev. Medico-social Aspects of Rehabilitation of Pain Syndrome Among Patients with Thoracocervical Osteochondrosis.** About 10 % of population suffer from pain in the thoracocervical spine during their lives. Age, sex, profession, concomitant pathology and lifestyle of a patient play an important role in diagnosis, treatment and rehabilitation. Pain syndrome which occurs in cases of spine osteochondrosis has a clearly expressed dependence on the nature of the mechanism of its occurrence. Careful anamnesis, neurologic examination of the patient and data of additional instrumental research are important for the diagnosis. The establishment of a pathogenetic mechanism of occurrence of pain syndrome is the basis for appointment of the ill individually selected treatment and rehabilitation measures. An important point is also the need in thorough clinical and instrumental examination of patients in order to confirm the diagnosis, exclude the secondary nature of the pathological process in the spine and other possible vertebrogenic and non-vertebrogenic causes of the pain syndrome.

**Key words:** pain syndrome, thoracocervical osteochondrosis, physical rehabilitation.