

УДК 616.11

О. В. Дубчук – магістр інституту фізичної культури та здоров'я Волинського національного університету імені Лесі Українки;
О. В. Усова – кандидат біологічних наук, старший викладач кафедри фізичної реабілітації інституту фізичної культури та здоров'я Волинського національного університету імені Лесі Українки

Проблеми розвитку, лікування та реабілітації остеохондрозу хребта на сучасному етапі

Роботу виконано на кафедрі фізичної реабілітації ВНУ ім. Лесі Українки

Досліджено розповсюдженість, етіологію, патогенез та методи лікування остеохондрозу хребта. Проаналізовано вплив й ефективність різних методів реабілітації хворих при остеохондрозі хребта.

Ключові слова: остеохондроз, лікування, реабілітація.

Дубчук О. В., Усова О. В. Проблемы развития, лечения и реабилитации остеохондроза позвоночника на современном этапе. Исследована распространенность, этиология, патогенез и методы лечения остеохондроза позвоночника. Проанализировано влияние и эффективность разных методов реабилитации больных при остеохондрозе позвоночника.

Ключевые слова: остеохондроз, лечение, реабилитация.

Dubchuk O. V., Usova O. V. Problems of Progress, Treatment Rehabilitation of spinal Osteohondrosis on the modern Stage. The distribution, etiology, pathogenesis and methods of treatment of spinal osteohondrosis were researched. There were analyzed influence and effectiveness of different methods of rehabilitation of patient attached to spinal osteohondrosis.

Key words: osteohondrosis, treatment, rehabilitation.

Постановка наукової проблеми. Аналіз останніх досліджень та публікацій. Остеохондроз хребта – це тривале захворювання міжхребцевих дисків. Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта з численними больовими синдромами займають одне з перших місць у структурі захворюваності. Захворювання вражає переважно людей працездатного віку, тому вказана проблема є не лише медичною, але й соціально-економічною [4]. Крім фізичних страждань, вона приносить суттєві економічні збитки, які пов'язана з тимчасовою непрацездатністю [6].

Умови життя й трудова діяльність населення розвинутих країн призводять до розвитку клінічних проявів остеохондрозу хребта. Малорухливий спосіб життя, технічний прогрес, швидкий розвиток комп'ютерних технологій викликають загальне зниження рухової активності людини в умовах великих міст і мегаполісів. Формується невідповідність характеру зусиль та навантажень, що діють на хребет, здатності його структур протистояти цим навантаженням [5].

Метою нашої роботи було дослідити ефективність сучасних методів лікування й реабілітації остеохондрозу хребта.

Організація та методи досліджень: аналіз літературних джерел.

Результати досліджень та їх обговорення. Під час остеохондрозу виникають глибокі зміни в міолігаментарному апараті рухового сегмента хребта (РСХ), які спричиняють нестабільність РСХ, функціональні блоки в сегментах хребта з різноманітними тонічними проявами [6].

Існує думка, що деструктивні зміни в хрящовій тканині можуть наступати внаслідок порушення рівноваги вільних радикалів (останні руйнують мембрани, ферменти й інші біоструктури). У формуванні хвороби та її перебігу важливу роль відіграє дисбаланс мікроелементів, зокрема селену, що є одним із найсильніших антиоксидантів. Біологічний дефіцит селену констатований у скандинавських країнах, країнах центральної Європи та ін [3; 4].

Згідно з деякими теоріями, неврологічні прояви остеохондрозу пов'язані з порушенням обмінних процесів на рівні цілого організму, що призводить до змін мікроциркуляторного гомеостазу, ферментного спектра сполучної тканини міжхребцевих дисків, умісту вуглеводів, катехоламінів та протеогліканів, зокрема їх небілкової частини – глікозаміногліканів, рівень яких у сполучній тканині диска є тестом, що визначає його функціональну активність. Під час цієї патології різко порушуються окисно-відновні процеси [11].

Дистрофічні процеси в хребті з'являються набагато раніше, ніж в інших органах [9; 13]. У виникненні захворювання основна роль належить одно- чи багаторазовим травмам, аутоімунним процесам, порушенню кровообігу, біомеханіки й ін.

Причиною раннього старіння міжхребцевих дисків, на думку ряду авторів, є філогенетичне порівняно недавнє прямоходіння людини, що головним чином змінило статичні функції хребта. Переходу предків людини до прямоходіння сприяв розвиток у них міцних м'язів-розгиначів хребта і сидничих м'язів. Як відомо, ексцентричне розміщення хребта компенсується напруженням м'язів спини, що здатні протидіяти згинаючому зусиллю, яке виникає під впливом зміщеної маси тулуба. Таким чином, за нормальних умов зберігається збалансована рівновага [7].

Із біомеханічної позиції остеохондроз розглядається як захворювання, при якому в результаті дегенеративно-дистрофічних змін у міжхребцевих дисках руйнується гармонійне співвідношення механічних факторів впливу можливостям організму протистояти їм. При цьому створюються нові компенсаторні механізми, що дають змогу більшою чи меншою мірою попередити розвиток патологічних ускладнень за такої невідповідності. В умовах гіподинамії проходить поступове ослаблення м'язів спини й передньої черевної стінки, знижується їх фіксуєча та стабілізуєча хребет функція. Порушення рівноваги сил призводить до того, що маса тулуба, зміщена наперед, не компенсується напруженням м'язів спини. Відбувається посилення фізіологічних вигинів хребта, формування гризових вип'ячувань, з'являється патологічна рухливість у сегментах хребта, розвивається больовий синдром і клінічна картина захворювання. Важливим є і стан м'язів передньої черевної стінки. Тонус цих м'язів забезпечує підвищення внутрішньочеревного тиску, який бере участь в утриманні й розвантаженні хребетного стовпа, а також протидіє компресії міжхребцевих дисків. Ослаблення м'язів передньої черевної стінки за рахунок зближення точок їх прикріплення призводить до збільшення кута нахилу таза та, відповідно, збільшення поперекового лордозу. Створюються умови для грижотворення в поперековому відділі, зміни кривизни хребта у верхніх відділах [5].

Низьку ефективність консервативного лікування цієї хвороби можна пояснити неадекватністю застосованих програм лікування, які не передбачають впливу на деякі патогенетичні механізми розвитку й прогресування хвороби.

Сьогодні домінуючим залишається консервативний метод лікування. Фактично, лише 1–2 % осіб, у яких спостерігається біль у спині, потребують оперативного втручання. В інших випадках прояви остеохондрозу хребта достатньо ефективно піддаються нехірургічним методам лікування.

Консервативне лікування остеохондрозу хребта проводиться з урахуванням патогенетичного механізму, залежно від стадії захворювання: гострої (загострення), підгострої (фаза затихання), відновлювальної (профілактика рецидивів).

У гострому періоді проводять перисегментарні блокади анестетиків із додаванням глікокортикоїдів, які, окрім дії в зоні ураженого РСХ, сприяють перериванню патологічного рефлексу. Оскільки в цьому періоді виражений міотонічний синдром, обов'язково призначають міорелаксанти й протисудомні препарати. Для зняття больового синдрому застосовують анальгетики, за необхідності – у поєднанні з нейролептиками. Крім того, за наявності показань призначають засоби, що регулюють імунні процеси.

Із метою переривання патологічного рефлексу в ЦНС використовують транквілізатори й седативні препарати. Медикаментозну терапію обов'язково доповнюють фізіолікуванням та заходами, направленими на розвантаження й стабілізацію хребта [8].

Лікування на 2-й і 3-й стадіях захворювання залежить від періоду протікання. У разі загострення терапія відповідає 1-й стадії хвороби. Крім того, призначають препарати, що регулюють обмінні й регенеративні процеси: антиоксиданти, регулятори тканинного обміну, біостимулятори, засоби, що регулюють жировий та вуглеводний обмін, регулятори остеогенезу й хондропротектори. Терапія підбирається індивідуально, залежно від домінуючого патогенетичного механізму та патологічного фону захворювання. Обов'язковою умовою виконання розвантажувальної терапії повинна бути фіксація хребта [8].

Хронічний больовий синдром часто супроводжується психопатологічними змінами. Доведена участь цих змін у патогенезі больового синдрому й негативний вплив на ефективність лікування. Звідси і спроби використовувати різні методи психокорекції у відновлювальному лікуванні хворих із хронічним больовим синдромом, зокрема застосування психотерапії. З медикаментозних методів найбільш вивченим можна вважати використання антидепресантів. Не меншу, можливо навіть більшу, роль у лікуванні тривалих болей могли б зіграти такі психотропні препарати, як нейролептики. Однак питання застосування нейролептиків у хворих з остеохондрозом хребта вивчені ще недостатньо. Доведена ефективність комплексної психокорекції (КПК), оскільки хворі з незначним зменшенням вираженості больового синдрому на фоні КПК істотно відрізняються більшою витривалістю, активністю, оптимістичністю, ініціативністю, впевненістю в собі [2].

При всіх формах остеохондрозу хребта відновлювальний період завжди триваліший, такий, що вимагає багаторазових курсів реабілітації та протирецедивної терапії. Усі реабілітаційні заходи по-

винні підбиратись індивідуально з урахуванням частоти й тривалості загострень, стадії остеохондрозу хребта, супутньої патології, конституційних, особистісних і професійних особливостей пацієнта.

У відновному лікуванні таких хворих широко застосовують електролікування, рефлексотерапію, бальнеотерапію, ЛФК, мануальну терапію і т. п., однак призначення фізіотерапії хворим з остеохондрозом хребта до сьогодні залишається складним завданням. Нерідко широкий комплекс фізіотерапії не приводить до покращення стану пацієнта: не вдається зняти біль, відновити порушені функції, ліквідувати нервово-судинні прояви [1].

У практику лікування впроваджують природні й преформовані фактори впливу на перебіг захворювання. Доведена ефективність сульфідної бальнеотерапії у хворих на остеохондроз хребта та можливостей попередження в них патологічних бальнеореакцій шляхом намагнічування розчинів для ванн. Застосування комплексної медикаментозної терапії в поєднанні з курсом намагнічених сульфідних ванн середньої концентрації у лікуванні хворих на остеохондроз нормалізує показники імунорезистентності, відновлює рівновагу в системі клітинного й гуморального імунітету, дає змогу досягти клінічного ефекту та зменшити кількість бальнеопатологічних реакцій [12].

У практиці лікування остеохондрозу застосовують вправи на ізометричне напруження м'язів. Рухи в суглобі при цьому не відбуваються. Тривалість вправ залежить від ступеня м'язового напруження. Протипоказами до системи вправ на ізометричне напруження м'язів є свіжі переломи хребців, гострі запальні процеси хребта й мозку, розлади мозкового кровообігу на різних етапах і тяжка внутрішня патологія в стадії декомпенсації, пухлинні процеси хребта та запущені пухлини внутрішніх органів.

Відомо, що відновлювати добру м'язову силу завжди важче, ніж підтримувати. Тільки сильні м'язи спини та зв'язковий апарат хребта здатні запобігти ускладненням остеохондрозу, появи функціональних блоkad РСХ, нестабільності відділів хребта та РСХ [6].

Основне значення в лікуванні й реабілітації хворих належить кінезотерапії. Повною мірою це стосується і хворих із різними неврологічними проявами остеохондрозу. Роль кінезотерапії в одному випадку полягає як у корекції порушень моторики, так і в зменшенні несприятливих наслідків гіподинамії в цілому. Ще 10–20 років тому вважалося обов'язковим призначення пацієнтам із гострим больовим синдромом суворого ліжкового режиму протягом 1–2 тижнів, іммобілізації хребта. Результати досліджень останніх років свідчать, що така практика призводить до зниження активності й ослаблення груп м'язів, що беруть участь в утриманні, фіксації та стабілізації хребта. Продовження термінів гіпокінезії збільшує період відновлення порушених функцій, однак активний руховий режим у ранні терміни розвитку больового синдрому, у період, коли ще не “запущений” повною мірою весь механізм гострого процесу з наявністю запальної реакції, здійснює саногенетичний вплив, ліквідує патобіомеханічну причину розвитку синдрому. Вправи в цей період нормалізують роботу патологічно змінених м'язів, укріплюючи їх, прискорюючи процеси відновлення як за рахунок покращення циркуляції крові, так і за рахунок активізації стабілізаційно-фіксаційних властивостей.

Метод кінезотерапії з використанням похилої площини для витягнення й розвантаження сегментів хребта під дією власної маси тіла відомий давно та активно застосовується для лікування хворих із проявами остеохондрозу. Він включає тракційну терапію, постуральну гімнастику, постізометричну релаксацію й лікувальну фізкультуру. Виконання фізичних вправ у стані завантаженого на похилій площині хребта сприяє нормалізації тонуусу спастично скорочених м'язів, а також формуванню м'язового корсета тулуба з нівелюванням травмуючих навантажень на РСХ [5; 10].

Лікувальний ефект кінезотерапії досягається лише за умови правильного, регулярного й тривалого використання.

Висновки. Остеохондроз – це дегенеративно-дистрофічне захворювання хребта, що виникає внаслідок порушення обмінних процесів, багаторазових травм, аутоімунних процесів, порушення кровообігу й біомеханіки, яке характеризується глибокими змінами в міолігаментарному апараті РСХ і, як наслідок, – утратою працездатності.

Консервативне лікування остеохондрозу призначається залежно від стадії хвороби та включає прийом антидепресантів і психотропних препаратів (нейролептиків), які зменшують інтенсивність больових відчуттів, що пов'язані з депресивними змінами. Також призначають анестетики, міорелаксанти й протисудомні препарати, засоби, що регулюють імунні процеси, транквілізатори та седативні препарати.

У реабілітації хворих на остеохондроз застосовують електролікування, рефлексотерапію, бальнеотерапію, ЛФК, мануальну терапію, сухі й водні тракції. Кінезотерапія на похилій площині створює природні умови для нормального функціонування міжхребцевих з'єднань, зв'язкового апарату, м'язів хребта та ліквідує дефіцит рухів, що виникає в людини в умовах гіподинамії.

Перспективним є дослідження впливу сучасних методів фізичної реабілітації на функціональний стан організму при остеохондрозі хребта в різних груп і категорій населення.

Література

1. Дров'янінкова Л. П., Волобуєв А. Н., Романчик П. И. К механизму лечебного действия КВЧ – терапии остеохондроза позвоночника / Дров'янінкова Л. П., Волобуєв А. Н., Романчик П. И. // Вопр. курортол., физиотер. и ЛФК. – 1995. – № 2. – С. 25–26.
2. Влияние комплексной психокорреляции на динамику болевого синдрома и психологический статус больных остеохондроза позвоночника / [В. П. Зайцев, О. Г. Тюрина, Т. А. Айвазян] // Терапевт. арх. – 2003. – Т. 75, № 8. – С. 55–58.
3. Зачатко Т. М. Комплексне лікування із застосуванням електростимуляції корінцево-судинних синдромів поперекового остеохондрозу / Зачатко Т. М. // Лік-ка справа. – 1995. – № 7–8. – С. 106–109.
4. Зорис А. Комплексное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника / Зорис А. // Врач. – 2003. – № 5. – С. 27–28.
5. Лазарев И. А. Кинезотерапия на наклонной плоскости при неврологических проявлениях поясничного отдела позвоночника / Лазарев И. А. // Укр. мед. часоп. – 2002. – № 2. – С. 41–46.
6. Ізометричні напруження м'язів у лікуванні та профілактиці ускладнень остеохондрозу хребта [Б. Б. Лемішко, С. Й. Хабаль, О. В. Ярошик та ін.] // Практ. медицина. – 1999. – № 1–2. – С. 52–54.
7. Липай Е. В. Клинико-диагностические особенности многоуровневых дискогенных поражений Поясничного отдела позвоночника / Липай Е. В. // Журн. невролог. и психиатр. им. С. С. Корсакова. – 2004. – Т. 104, № 4. – С. 64–65.
8. Трофимов А. Н. Принципы консервативного лечения остеохондроза позвоночника / Дунай О. Г., Трофимов И. П. // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. – №3. – С. 20–23.
9. Лечение тяжелых форм поясничного остеохондроза с использованием малоинвазивных методик [А. Н. Хвисюк, М. И. Завеля, В. И. Купин и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2002. – №2. – С. 130–132.
10. Хвисюк Н. И. Остеохондроз позвоночника (вертеброз) / Хвисюк Н. И. // Харьковский мед. журн. – 1995. – № 2. – С. 41–44.
11. Шевага В. М. Зміни вмісту вітамінів В6, РР та аскорбінової кислоти у хворих на неврологічні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта / В. М. Шевага, Н. П. Яворська // Практ. медицина. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 12–15.
12. Шкробот С. І. Вплив намагнічених сульфідних ванн на клінічну симптоматику та показники імунної реактивності у хворих на поперековий остеохондроз / Шкробот С. І. // Укр. мед. часоп. – 2001. – №5. – С. 45–48.
13. Боли в нижней части спины при остеохондрозе позвоночника: опыт применения хондропротективного препарата / [Н. А. Шостак, А. В. Асенова, Н. Г. Правдюк и др.] // Терапевт. арх. – 2002. – Т. 74, № 8. – С. 67–69.

Адреса для листування :

43 005, м. Луцьк,
просп. Перемоги, 25, кв. 34.
Тел. 80332231317.

Статтю подано до редколегії
25.09.2008 р.