

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ БОЛЯХ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ У БОЛЬНЫХ ВТОРОЙ КЛИНИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ГРУППЫ**

*Рябец С.М., Фролова Л.С., Шишук А.В., студенты, Щербак И.Б.\**

*Научные руководители - д.мед.н., проф. В.Д. Шишук, к.м.н, доц. Б.И. Щербак*

*СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и НС*

*\*ООО «Морион»*

Боль в нижней части спины (БНЧС) является распространенным явлением в общей популяции, с которым сталкивается большинство людей в течении жизни. Более того, БНЧС называют эпидемией современного общества, и литературные свидетельства, несмотря на значительную неоднородность результатов эпидемиологических исследований, последовательно подтверждают эту точку зрения (Delitto A.et.al., 2012). В течении 1-го года заболевание манифестирует у 6,3-15,4% населения, любые эпизоды БНЧС при этом составляют диапазон 1,5-36% с наступлением ремиссии в 54-90% случаев. У 24-80% пациентов, испытывающих функциональные ограничения вследствие БНЧС, в течении 1-го года заболевание рецидивирует (Stanton T.R. et al., 2008, Hoy D. et al.,2010).

В большинстве случаев острая БНЧС обусловлена механическим фактором в результате травмы (спортивной, бытовой, дорожно-транспортной), повышенной нагрузки на кости и мышцы спины или как следствие дегенеративных изменений (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2003). В связи с этим на сегодняшний день основной концептуальной моделью развития БНЧС из предлагаемых Международной Ассоциацией по изучению боли (International Association for the Study of Pain – IASP) и поддерживаемой большинством исследователей и клиницистов, является так называемая модель дисфункции конечного органа (End-Organ Dysfunction Model – EODM), согласно которой БНЧС вызвана структурными нарушениями в поясничном отделе позвоночника в результате комбинированного воздействия травмы и дегенеративных изменений. Зачастую БНЧС развивается в отсутствие определяющей биомеханической нагрузки и каких-либо характерных признаков механической травмы, в связи с чем ее связывают скорее с многократной повторной травматизацией.

Исследования показали, что в возникновении и течении БНЧС играют роль такие факторы, как сезонность (частота ее возникновения наиболее высока в третью декаду года) и возраст (отмечено общее повышение распространенности данной патологии в возрастной группе до 60-65 лет, а затем постепенное снижение). Среди других факторов риска – низкий уровень образования, стресс, тревога, депрессия, неудовлетворенность работой, низкий уровень социальной поддержки на рабочем месте, а также занятость в профессии, связанной с воздействием на организм вибрации (Loney P.L., Stratford P.W., 1999; Hoy D. et al.,2010).

Считается, что источником БНЧС может стать любая иннервируемая структура поясничного отдела позвоночника: мышцы, связки, твердая мозговая оболочка, нервные корешки, дугоотростчатые суставы, фиброзное кольцо, тораколумбальная фасция, позвонки (Delitto A.et.al.,2012). В зависимости от продолжительности болевого синдрома выделяют острую, подострую и хроническую БНЧС (<1;2-3 и >3 мес. с момента появления первых симптомов соответственно) (Delitto A. et.al.,2012; Lemeunier N.et.al.,2012). Несмотря на то, что для заболевания характерно преимущественно непродолжительное течение со спонтанным выздоровлением, потеря трудоспособности в результате БНЧС отмечается чаще, чем при любой другой причине ограничения активности (Loney P.L., Stratford P.W.,1999). Именно поэтому при ведении пациентов с БНЧС следует уделять первоочередное внимание лечебно-реабилитационным мероприятиям, направленным на предупреждение рецидивов и хронизации боли (Delitto A.et.al.,2012). N.Krause и D.R.Ragland (1994) предлагают оптимизировать подходы к выбору реабилитационных программ путем разделения больных с поясничными болями на восемь групп в зависимости от выраженности и продолжительности имеющихся у них ограничений трудовой деятельности. Поскольку определяющими для характера реабилитационных мероприятий является стадия заболевания, характер и выраженность клинических проявлений, эти факторы стали основополагающими при выделении клинико-реабилитационных групп.

В настоящем тезисном сообщении представлена развернутая дифференцированная программа реабилитации во II клинико-реабилитационной группе, в которую зачисляют больных с подострыми болями в нижней части спины на стадии стабилизации и регрессирования обострения (в среднем от 1 до 6 недель после начала заболевания), при умеренной или резкой выраженности функциональных нарушений с рефлекторными синдромами – ПА и корешковыми синдромами – ПБ. Выделения в пределах II группы подгрупп А и Б диктуется существенными различиями в лечении и реабилитации больных с рефлекторными и корешковыми синдромами, а также необходимостью повышенного внимания к восстановительному лечению пациентов с радикулопатиями, у которых риск хронизации в несколько раз выше, чем у больных с «чисто» рефлекторными синдромами (Белова А.Н., Григорьева В.Н., 2000).

Цель реабилитации больных второй клинико-реабилитационной группы – добиться полного купирования болевого синдрома и объективной клинической симптоматики, достичь восстановления привычной жизнедеятельности и трудоспособности, предупредить развитие социальной и психологической дезадаптации пациентов.

Медико-физическая реабилитация больных подгруппы А осуществляется в амбулаторных условиях или в дневном стационаре, подгруппы Б – в условиях дневного стационара или неврологического отделения больницы.

Основные реабилитационные мероприятия, рекомендуемые Беловой А.Н. и Григорьевой В.Н., 2000 г., следующие: медикаментозное лечение с применением анальгетиков, витаминов, биостимуляторов, вазоактивных средств и дезагрегантов, по показаниям – препаратов с нейротрофическим действием, антиоксидантов; лечебные медикаментозные блокады (триггерных пунктов, спазмированных мышц, суставов); орошение болевых зон хладагентом с последующим растяжением мышц; физиотерапия; импульсные токи низкого напряжения и низкой частоты (электросон, диадинамические токи, синусоидальные модулированные токи); постоянный ток (лекарственный электрофорез); переменное магнитное поле; электрические и электромагнитные поля высокой, ультравысокой и сверхвысокой частоты (индуктотермия, электрическое поле УВЧ, СВЧ и ДМВ); ультразвук; лазер; природные физические факторы и их аналоги (лечебная грязь; сульфидные, углекислые, хлоридные, натриевые, кислородные, скипидарные, йодобромные

ванны); массаж: ручной (классический, сегментарный, баночный, точечный, восточный) и аппаратный (вакуумный, вибрационный, подводный); мануальная терапия; рефлексорнопунктурная терапия (классическая корпоральная и аурикулярная акупунктура; поверхностное иглоукальвание, лазеро- и магнитопунктура, иглоаппликации, микроиглотерапия); тракционная терапия – при выявлении компрессионных патогенетических факторов (в воде) в вертикальной или наклонной плоскости; на столах с неподвижными и подвижными платформами в горизонтальной плоскости; на постели со щитом весом собственного тела в наклонной плоскости в домашних условиях; лечебная физкультура; психотерапия-коррекция типа отношения к болезни; обучение «безопасным» в плане повторного обострения движениям при осуществлении трудовой деятельности и в быту.

Отличия реабилитационных мероприятий для подгрупп А и Б касаются не столько видов лечебных воздействий, сколько методических особенностей их осуществления путем присоединения нефармакологической терапии с доказанными преимуществами (при БНЧС в подострой стадии - интенсивная междисциплинарная реабилитация, лечебная физкультура, иглоукальвание, массаж, спинальная манипуляция, йога, когнитивно-поведенческая терапия, прогрессивная релаксация. Пациентам необходимо предоставить научно-обоснованную информацию о заболевании, в том числе вариантах оказания эффективной самопомощи и необходимости поддержания физической активности (Chou R.et.al.2007). Интегральной оценкой эффективности реабилитации при болевом синдроме в нижней части спины могут служить характер течения заболевания по шкале пятибальной оценки вертеброневрологической симптоматики (Белова А.Н., 2000) и опроснику для больных поясничным остеохондрозом, страдающих болями в пояснице и ногах (по I.Fairgank, 1980), а также оценка больным качества своей жизни по опроснику «Изменение качества жизни в связи с заболеванием (Белова А.Н., 2000) и опроснику качества жизни EUROQOL (по S.Walker, R.Rosser, 1993).