

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПРОГРАММА ЛЕЧЕБНЫХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРВОЙ КЛИНИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ГРУППЫ

Байдак Н.В., Дмитренко Н.А., Шишук А.В., студенты
Научные руководители - д.м.н., проф. Шишук В.Д., к.м.н., доц. Щербак Б.И
СумГУ, кафедра ортопедии, травматологии и НС

Самой частой причиной болей в спине, являются дистрофические поражения позвоночника, к которым относятся остеохондроз позвоночника (дистрофическое поражение межпозвоночного диска и прилежащим к нему тел позвонков); спондилез, проявляющийся костеобразованием под передней продольной связкой; спондилоартроз (артроз дугоотростчатых или фасетчатых суставов). Вследствие указанных изменений позвоночника может развиваться дистрофический спондилолистез и вторичный люмбальный стеноз.

В тоже время существует еще множество других причин болей в спине, о которых реабилитолог должен помнить во избежание грубых лечебных ошибок. К таким причинам относятся: дистрофические поражения и врожденные аномалии развития позвоночника; болезни роста; инфекционные поражения позвонков и межпозвоночных дисков; неинфекционные воспалительные заболевания с вовлечением позвоночника и крестцово – подвздошных суставов; метаболические поражения костей скелета с вовлечением позвоночника; новообразования позвоночника и спинного мозга; заболевания внутренних органов, сопровождающиеся отраженными болями; патология сосудистой системы; травмы позвоночника и мягких тканей; внескостные воспалительные процессы; психологические факторы; операции на позвоночнике; первичные и вторичные статодинамические перегрузки и нарушение трофики мышц спины и пояса нижних конечностей, возникающие на фоне вышеперечисленных процессов (Белова А.И 2000 г.)

В отечественной литературе достаточно широко опубликованы результаты лечения болей в спине всеми доступными методами физиотерапии, массажа, мануальной терапии и лечебной физкультуры. Несмотря на разнообразие методик, в каждой публикации получены положительные результаты (Каптелин А.Ф. и др., 1991, Ролик И.С. и др., 1997, Иваничев Г.А. 1978, Епифанов В.А. и др., 2000, Кузбашева Т.Г 2001) Это, связано с тем, что в лечении боли в спине нет единого рецепта, нет единого метода, устраняющего причину заболевания, а каждый метод воздействует на какой то один механизм, одно патологическое звено (Епифанов В.А. 2005).

В практике медицинской реабилитации целесообразнее использовать единую систему оценки соответствующих параметров, например, пятибалльную, привычную для врачей и реабилитологов, облегчающую сопоставление динамики различных симптомов заболевания в процессе лечения пациента.

Определение выраженности вертебрoneврологических симптомов проводится при поступлении больного на реабилитацию и в динамике восстановительного лечения, с кратностью один раз в 7-9 дней что важно для своевременной коррекции реабилитационных мероприятий.

После установления причины болей в спине у вертебрoneврологического больного большинством авторов признается целесообразность разработки программ восстановительного лечения исходя из выделения различных клинико-реабилитационных групп на основе доступной реабилитологом - физиотерапевтом оценки исходного медико-социального статуса пациентов. С этой целью А. Delitto, R.E Erhard, R. Boweling (1995), Белова В.Н. (2000) предлагают на первом этапе разделять больных на две большие группы, в первую из которых включают пациентов требующих лечения у нескольких различных специалистов (невролога, терапевта, физиотерапевта и др.), а во вторую - больных нуждающихся в лечении только у физиотерапевта и кинезотерапевта.

К первой клинико-реабилитационной группе относят больных с острыми болями на стадии прогрессирования обострения (в среднем до одной недели от начала заболевания), при умеренной или резкой выраженности функциональных нарушений. IA – с рефлекторными, IB - с корешковыми синдромами.

Выделение в пределах 1 группы подгрупп А и Б диктуется существенными различиями в лечении 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 рефлекторными синдромами.

Цель реабилитации больных первой клинико-реабилитационной группы - добиться быстрого начала регрессирования обострения с последующим полным устранением болевого синдрома и объективной клинической симптоматики, восстановлением первичной жизнедеятельности и трудоспособности.

Медицинскую реабилитацию больных подгруппы А осуществляют в условиях стационара на дому, подгруппы Б – в условиях неврологического стационара, в соответствии с методическими рекомендациями Беловой А.Н. и Григорьевой В.Н., 2000. Исключение составляют больные подгруппы Б с остро развившейся симптоматикой поражения корешков конского хвоста, которые подлежат экстренной госпитализации в нейрохирургическое отделение для оперативного лечения. В остальных случаях основными являются следующие реабилитационные мероприятия: **1.**обеспечение покоя и разгрузка пораженного отдела позвоночника (при сильных болях-постельный режим 2-4 дня, положение на щите); **2.**назначение: ненаркотических анальгетиков, миоспазмолитиков, транквилизаторов, антигистаминных препаратов; при нестерпимых болях –слабых опиоидов; для больных подгруппы Б – коротких курсов мочегонных препаратов. Проведение медикаментозных лечебных блокад (для больных подгруппы А, внутри и подкожных, в область фасеточных суставов, внутримышечных; для больных подгруппы Б – также эпидуральных и перидуральных); **3.**ручные тракции позвоночника при выявлении компрессионных патогенетических факторов; **4.**дыхательные и релаксирующие физические упражнения; **5.**рефлекторно-пунктурная терапия (классическая корпоральная и аурикулярная акупунктура, поверхностное иглоукалывание, лазеро-пунктура, прижигание точек.); **6.**аппаратная физиотерапия – диадинамические токи, диадинамофорез анальгетиков, амплипульстерапия, ультрафиолетовое облучение в эритемных зонах, ультразвук, чрезкожная лазеротерапия, чрезкожная нейростимуляция; **7.**для больных подгруппы А – мануальная терапия; **8.**психотерапия-обучение способам-

психологического контроля над болью; **9.** обучение «противобольным» позам и поведению; **10.** подбор корсета, обучение приемам его одевания и ношения.

В качестве критериев восстановительного лечения и эффективности реабилитации больных с вертеброгенными болями в спине, обусловленных остеохондрозом позвоночника в I клиничко - реабилитационной группе используются показатели регресса* болевого синдрома, поскольку именно боль при дистрофических поражениях позвоночника является наиболее значимым проявлением заболевания, а также регресса динамики развития основного клинического симптомокомплекса и нарушений повседневной активности.

Интегральной оценкой эффективности реабилитации могут служить характер течения заболевания, а также оценка больным качества своей жизни по опроснику качества жизни EUROQL (S. Walker. R. Rosser 1993) и по опроснику «изменения качества жизни в связи с заболеванием» (Белова В.Н. 2000).

Опыт работы отечественных и зарубежных реабилитологов показывает, что своевременно оказанная и полноценная реабилитационная помощь больным с дистрофическими поражениями позвоночника у больных I клиничко-реабилитационной группы при острой боли и на стадии прогрессирования обострения позволяет в подавляющем числе случаев предупредить её переход в подострую и хроническую боль у этих больных и существенно повысить качество их жизни.

Под значительным регрессом болезненных проявлений понимается уменьшение их в среднем более чем на две трети от выраженности исходных значений, под умеренным регрессом - уменьшение их на одну две трети от исходных значений.