



РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ХРЕБТА З ОГЛЯДУ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ.

д.м.н. Стауде В.А., Кузнєцов О.О.

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка, НАМН України»

Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені С. З. Гжицького

Кафедра реабілітації та здоров'я людини

Львів - 2025

Актуальність

Біль в хребті різної інтенсивності та етіології в той чи інший період життя відзначається у 80% населення.

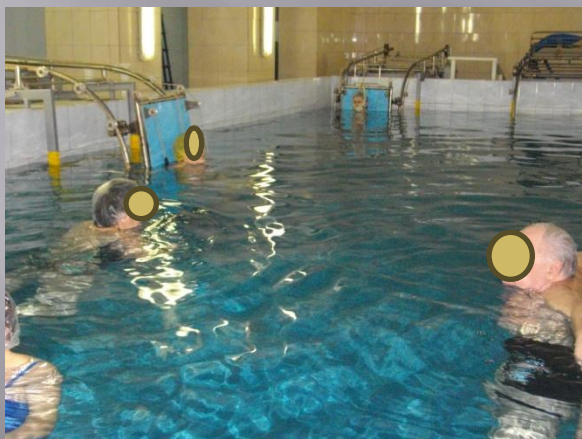
Військовослужбовці – це та категорія пацієнтів, які знаходяться у зоні постійного підвищеного ризику загострення дегенеративних захворювань хребта.

Це обумовлено наступними факторами:

- ▣ Постійним перенавантаження опорно-рухового апарату (носіння бойового обладнання, зброї, засобів захисту)
- ▣ Порушення режиму сну та відпочинку
- ▣ Періодичне переохолодження
- ▣ Вплив фактору стресу на координоване м'язове скорочення

Мета даної роботи:

Дослідити ефективність комплексного реабілітаційного лікування у військових із ДЗХ.



Матеріали і методи:

В клініці реабілітації інституту, за 2024 – 2025рр., проходили лікування 45 військових з ДЗХ в поперековому відділі. З них 15 військових, які проходили реабілітацію після хірургічного лікування та 30 військових, які проходили реабілітацію при загостренні ДЗХ.

Різноманітність клінічних проявів ДЗХ у наших хворих була обумовлена залученням в процес різних структур хребетно-рухового сегмента (ХРС): внутрішньодисковою деструкцією, наявністю протрузії або грижі диска, нестабільністю хребетного сегмента, артрозом дуговідросткових суглобів, стенозом хребетного каналу, остеопорозом. Чоловіків віком від 21 до 57 років було 78,9 % . Жінок віком від 24 до 42 років було 21,1 % .

Матеріали і методи:

В залежності від клінічних проявів захворювання та обраних методів реабілітації, яким надавалась перевага при терапії хворі були розподілені на групи:

- 1- з використанням магнітотерапії, кінезіотерапії, голкорексфлексотерапія та горизонтальної тракції (13,4%) хворих;
- 2 – з використанням електростимуляції, кінезіотерапії, гімнастиці на підвісній системі та тракції (34,6%) хворих,
- 3 - з використанням кінезіотерапії, ДЕНС-терапії та тракції на апараті (12,6%) хворих,
- 4 - з використанням електрофорезу, кінезіотерапії та електростимуляції (6,1%) хворих,
- 5 – після хірургічного лікування з використанням електрофорезу, кінезіотерапії, масажу (33,3%) хворих.

Пацієнтам всіх груп проводили кінезіотерапію підібрану індивідуально . Таке лікування проводили пацієнтам диференційовано, залежно від патогенезу захворювання , тривалості та гостроти процесу, особливостей його перебігу, загального стану хворого і його компенсаторних можливостей.

Наша мультидисциплінарна реабілітаційна команда, яка працювала з військовими.



Результати та їх обговорення.

На основі розробленої в інституті класифікації ДЗХ вдосконалено технологію тракційного лікування, використовували патогенетично обґрунтовані техніки мануальної терапії, різні види масажу, кінезіотерапії, гімнастики на підвісній системі. У комплексній терапії військових з даною патологією широко застосовували апаратну фізіотерапію та інші методи лікування.

Лікувальний режим

Пацієнтам рекомендували обмежити руховий режим для зменшення динамічних і статичних навантажень на опорно-руховий апарат і розслаблення паравертебральних м'язів. На даному етапі застосовували спеціальний комплекс ізометричних вправ в положенні лежачи, постуральні вправи з виключенням грубих маніпуляцій.

Фізіотерапія

В лікуванні наших пацієнтів поряд з вищевказаною терапією, широко використовували фізичні фактори і голкорексфлексотерпію. Фізичним чинникам притаманна певна універсальність впливу на основні прояви хвороби, і в той же час вони характеризуються специфічністю, що дозволяє направлено впливати не тільки на певні ланки патогенезу, а й на саногенетичні реакції організму. Застосування фізіотерапевтичних методів впливу переслідує слідуючи цілі: усунення болю, зменшення запальної реакції, набряку корінця спинномозкового нерва і тканин в зоні зацікавленого сегмента, зняття спазму судин і напруги м'язів, поліпшення крово-і лімфотоку.

Фізіотерапія

Для купірування гострого та хронічного больового синдрому застосовували імпульсні (діадинамічні, синусоїдальні модульовані, інтерференційні) струми.

З метою посилення знеболюючої дії доцільно використовувати діадинамофорез і електрофорез синусоїдальними модульованими струмами знеболюючих речовин, гелів, що містять нестероїдні протизапальні препарати.

При поперекових болях широко застосовували ультразвукову терапію як в чистому вигляді, так і у вигляді ультрафонофорезу (фонофорезу).

Для отримання болезаспокійливого, протинабряклого, спазмолітичного, протизапального, трофіко-регенераторного ефекту застосовували низкочастотне змінне магнітне поле.

Фізіотерапія

З метою покращення мікроциркуляції в тканинах ураженого ХРС призначали дарсонвалізацію або ультратонотерапію.

Застосовували низькоенергетичне лазерне випромінювання та лікарський електрофорез.

Фізіотерапія

Важливу роль в лікувальному комплексі наших пацієнтів відігравала рефлексотерапія.

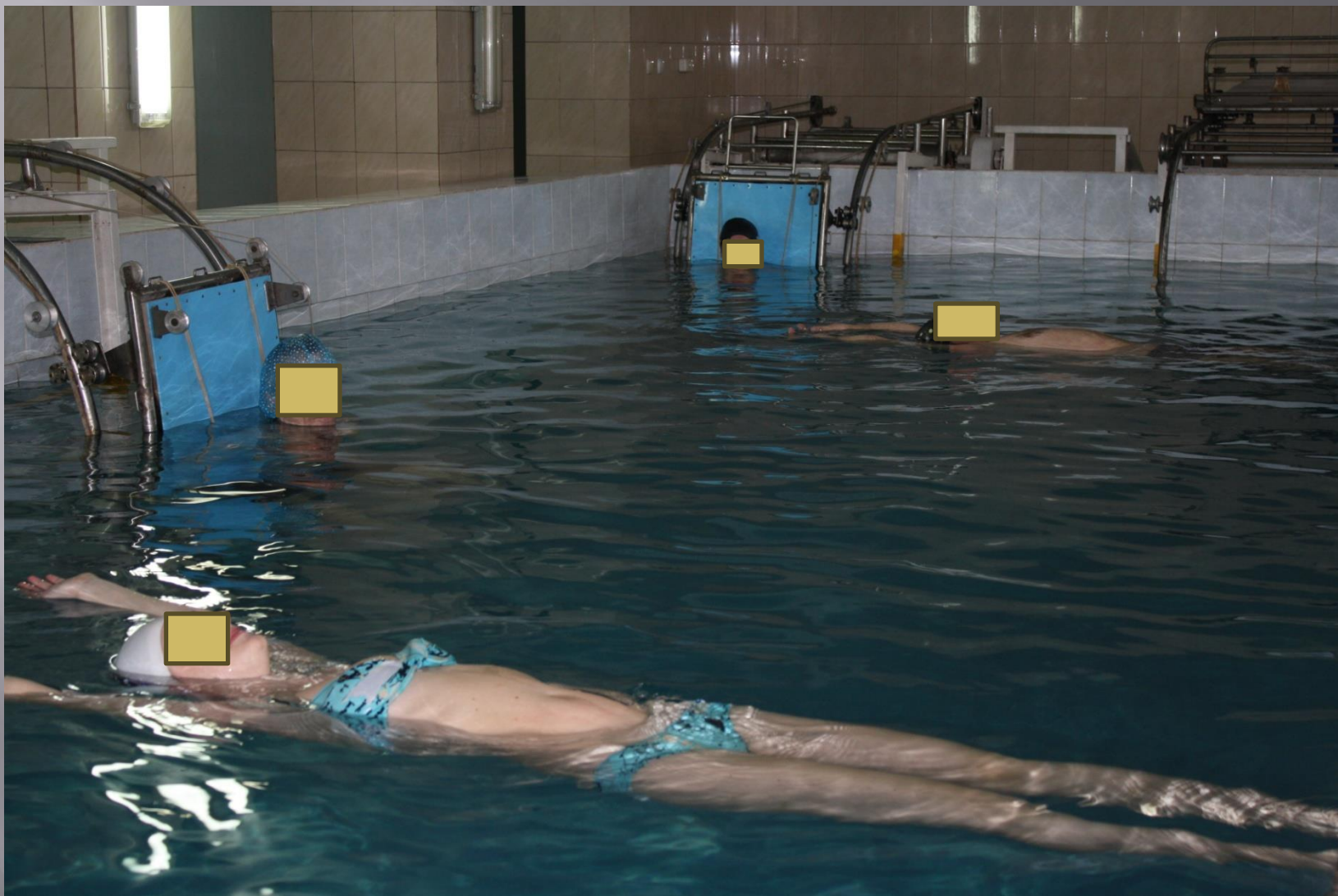
Активно використовували динамічну електронейростимуляцію “ДЭНАС-терапія”.

Локальна терапія

Пацієнтам з остеохондрозом поперекового відділу хребта локально застосовували різні мазі, гелі, креми, що характеризуються високим вмістом нестероїдних і протизапальних препаратів.

Тракційне лікування

За визнанням багатьох авторів, найефективнішим методом витягнення є підводна тракція в теплій воді, яка об'єднує механічний та бальнеологічний чинники. Вибір методики, величини вантажу і час експозиції обґрунтовували індивідуально. Після закінчення процедури проводили фіксацію поперекового відділу хребта різними ортезами.



Гідрокинезотерапія та вертикальне тракційне лікування

Мануальна терапія

Після зменшення гостроти болю підключали щадну мануальну терапію. Як правило, використовували прийоми, спрямовані на мобілізацію, релаксацію м'язів, усунення, при необхідності, функціональних блоків, що в свою чергу вело до зменшення анталгічного сколіозу, збільшенню обсягу рухів в попереково-крижовому відділі хребта.

За відсутності лікувального ефекту після 2-3 сеансів її більше не проводили.



Кінезіотерапія

Широко використовували кінезіотерапію.

В Інституті розроблені програми стабілізуючих вправ, метою яких є відновлення сили, тонуусу та функції м'язів у пацієнтів з біллю та функціональними розладами.

Розроблено програми ізометричних, динамічних, постізометричних, селективних вправ, а також вправ, спрямованих на відновлення опороспроможності, на відновлення витривалості м'язів стабілізаторів вертикального положення тіла та відновлення стереотипа ходьби.

КІНЕЗІОТЕРАПІЯ

До речі, наш досвід показав, що дуже важливо при реабілітації військових навчити пацієнтів правильному стереотипу ходи, вмінню коригувати свою поставу за допомогою зміни кута нахилу тазу та вмінню коригувати параметри свого кроку при ходьбі.

Комплекс ізометричних вправ лікувальної фізкультури





Заняття гімнасткой для м'язів
стабілізаторів тулуба

Після проведеної комплексної реабілітаційної терапії больовий синдром був повністю знятий у 36,4 % пацієнтів, у 54,6 % пацієнтів інтенсивність больового синдрому була значно зменшена.

У 9,0% пацієнтів інтенсивність больового синдрому не змінилась і їм було запропоновано оперативне лікування.

Таким чином, завдяки проведеному комплексному реабілітаційному лікуванню з використанням вище вказаних методів у 91,0% хворих було отримано позитивний результат. У випадку неефективності реабілітаційного лікування було рекомендовано оперативне втручання.

Висновки:

Як показали результати комплексної реабілітаційної терапії наших військових вона виявилась ефективною у 91% хворих.

Реабілітаційне лікування треба проводити диференційовано, залежно від патогенезу захворювання, тривалості та гостроти процесу, особливостей його перебігу, загального стану хворого і його компенсаторних можливостей.

У випадку неефективності консервативного лікування в продовж 1,5 місяців терапії необхідно рекомендувати хворим оперативне втручання.

