

ВИКОРИСТАННЯ КІНЕЗОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ БОЛЮ В СПИНІ ПРИ ОСТЕОПОРОЗІ

Ігнат'єв О.М., Ярмула К.А., Ямілова Т.М., Панюта О.І., Турчин М.І.

Одеський національний медичний університет

Біомеханічні основи розвитку остеопорозу (ОП) передбачають можливість біомеханічних способів лікування. Таким способом є кінезотерапія – лікування рухом, що усуває патобіомеханічні зміни в структурах усього хребта. Метою біодинамічних впливів методом кінезотерапії є поліпшення біомеханічних співвідношень у сегментах хребта, усунення функціональних блоків, збільшення його рухливості в цілому, розслаблення й розтягування спазмованих м'язів спини, формування м'язового корсета, стабілізуючого й фіксуємого хребет. Сумісна робота м'язів-агоністів і антагоністів стабілізує хребет за рахунок підвищення внутрішньочеревного тиску. У комплексі методів кінезотерапії дегенеративних захворювань хребта одна з головних ролей належить фізичним вправам як методу активної функціональної терапії. Широкий діапазон дії лікувальної фізкультури забезпечується багатогранністю механізмів впливу, що включають усі рівні центральної й вегетативної нервової системи, ендокринні та гуморальні фактори.

Мета роботи: оцінити ефективність комплексної терапії, що включає остеотропні препарати й фізичні фактори лікування – кінезотерапію, в лікуванні болю в спині при ОП.

Матеріали й методи. Були обстежені 68 пацієнток віком від 55 до 65 років з ОП і хронічним болем у спині. Основну групу склали 48 жінок, які разом з терапією альфакальцидолом виконували комплекс спеціальних фізичних вправ. Група порівняння – 20 жінок, що приймали тільки альфакальцидол. Клінічні симптоми ОП оцінювали до лікування й у динаміці через 1, 3 і 6 місяців терапії. Больовий синдром оцінювали за візуально – аналоговою шкалою (ВАШ). Виразність астеноневротичного синдрому та загальну слабкість оцінювали в балах: від 0 до 3. Вимірювання мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) проводили на п'ятковій кістці методом ультразвукової денситометрії з використанням апарату Aloka-100. Функціональні показники оцінювали шляхом вимірювання рухливості хребта (проба Отта, Шобера, ротація хребта) й

тесту з ходьбою (встати зі стільця, пройти 3 м, повернутися назад і сісти з виміром часу в секундах).

Результати. До початку лікування всі пацієнтки висували скарги на болі в спині, в руках, ногах, суглобах, швидку стомлюваність, слабкість. Біль в області спини була епізодичною й пов'язана або з незграбним рухом, або з підняттям ваги. 90% обстежених скаржились на “стомлюваність і ниючі болі в спині” після вимушеного перебування в одному положенні або ходьби, турбувало “відчуття тяжкості” між лопатками, необхідність багаторазового відпочинку протягом дня. У 21 пацієнтки були компресійні переломи поперекових хребців L₁–L₂ (1–2 ступеня), 26 пацієнток мали клиноподібну деформацію тіл хребців різних відділів, у 27 – був остеохондроз з вираженим больовим синдромом на тлі системного ОП. У 45 жінок мали місце явища астеноневротичного синдрому й у 22 – загальна слабкість. Втрата МЩКТ в усіх хворих перевищувала – 1,5–2,5 за Т-критерієм.

Поліпшення самопочуття відзначали всі пацієнтки до кінця першого місяця терапії. Це виражалось в зменшенні болю в області спини, в кістках і зменшенні загальної слабкості, що сприяло розширенню рухового режиму, нормалізації сну й поліпшенню настрою. Через 6 місяців лікування в основній групі біль повністю припинився в 10 пацієнток, 37 жінок відзначали періодичні болі в області спини меншої інтенсивності. При оцінці динаміки болю на її зменшення в грудному відділі вказали 92% пацієнтки основної і 46% контрольної групи ($p < 0,05$). Зменшення болю в поперековому відділі було відзначено в 69% основної групи й у 36% групи порівняння ($p < 0,05$). Біль у спині за ВАШ у пацієнтів основної групи зменшився із 62,5 до 38,5 балів ($p < 0,05$). У групі порівняння спостерігалось зниження болю із 63,2 до 46,2 балів. Вимірювання рухливості хребта не показало достовірних відмінностей ні в основній, ні в групі порівняння. Тест з ходьбою показав зменшення часу в обох групах. В усіх пацієнток зменшилася загальна

слабкість і явища астеноневротичного синдрому. При оцінці повсякденної активності пацієнток, оцінці загального стану здоров'я різниці між групами не було. Через 6 місяців Stiff. ind. виріс на $4,2 \pm 1,3\%$ ($p < 0,05$) в основній групі, в групі порівняння Stiff. ind. збільшився на $2,5 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$).

Висновки. Таким чином, використання кінезотерапії призводить до поліпшення самопочуття пацієнток. В основній групі достовірно знизилася інтенсивність болю, якісно й кількісно покращилася щоденна рухова активність. Позитивна динаміка МЦКТ в обох групах свідчить про уповільнення процесу втрати кісткової маси.

Про поліпшення “якості” кістки під впливом терапії свідчить відсутність нових переломів.

Література

1. Остеопороз: епидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение / под ред. Н.А. Коржа и др. – Х.: Золотые страницы, 2002. – 648 с.
2. Лазарев І.А. Кінезотерапія хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта: Автореф. дис... канд. мед. наук.: 14.01.21 / АМН України; Інститут травматології та ортопедії. – К., 2006. – 25 с.
3. Bonner F.J.Jr., Sinaki M., Grabois M. et al. Health professional's guide to rehabilitation of the patient with osteoporosis // Osteoporosis Int. – 2003. – Vol.14, Suppl.2. – P. 1–22.