



ГО «УКРАЇНЬКА АСОЦІАЦІЯ
ОСТЕОПАТИЧНИХ
І ХІРОПРАКТИЧНИХ
МАНУАЛЬНИХ ТЕРАПЕВТІВ»

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА



Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ М'ЯЗОВО- СКЕЛЕТНИХ ПОРУШЕНЬ



IPSEN
Innovation for patient care

Фармак

РЕХАФЛЕКС

АКОМ

GUNA
terapie d'avanguardia

БадМ
сервісна компанія

-Heel
Healthcare designed by nature

OMRON
85 років лідерства
в глобальних технологіях
Japan

application devices
Lyapko
1997

ML

Інститут
вертебології
та реабілітації

м. Київ, 23-24 травня 2019 року

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика
ГО «Українська асоціація остеопатичних і хіропрактичних
мануальних терапевтів»

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ М'ЯЗОВО- СКЕЛЕТНИХ ПОРУШЕНЬ

**Матеріали науково-практичної конференції
з міжнародною участю
м. Київ, 23-24 квітня 2019 року**

Київ-2019

УДК 615.8:616.833-085-036.82(063)

ББК 53.54:56.12я43

С. 58

Під редакцією доктора медичних наук, професора Губенко В. П.

С 58 Актуальні питання лікування та реабілітації м'язово-скелетних порушень.

Матеріали науково-практ. конф. з міжнар. участю, м. Київ, 23-24 травня 2019 р. / [під ред. проф. Губенко В. П.]. - К.: 2019. - 58 с.

Матеріали розраховані на лікарів-слухачів, інтернів, лікарів фізичної і реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, лікарів сімейної медицини, терапевтів, педіатрів, неврологів, ортопедів-травматологів і лікарів, які цікавляться мануальною м'язово-скелетною медициною.

*Редакція зберігає авторський текст без істотних змін,
звертаючись до корегування в окремих випадках.*

Відповідальність за достовірність матеріалів несуть автори.

© Губенко В.П., 2019.

ЗМІСТ

Алипова О.С., Величко К.В., Солодка В.В., Колесник О.В. ФАРМАКОФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ ПЕРВИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ТА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ УРАЖЕНЬ ХРЕБТА	5
Бакалюк Т.Г., Стельмах Г.О., Завіднюк Ю.В., Максів Х.Я., Макарчук Н.Р., Телиця Є.Ю. РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ У ОСІБ З СКОЛІОЗОМ.....	6
Бакалюк Т.Г., Мисула І.Р., Стельмах Г.О., Жеворонко Н.Б., Снігур О.В., Тришак Н.М. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ОБ'ЄМНОГО ПНЕВМОПРЕСИНГУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ	6
Бровченко М.С., Жиліна Т.А. СИНДРОМ БОЛЬОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ: НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ	7
Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Марамуха В.И., Грунина О.Ф., Марамуха Е.И., Куцак А.В., Марамуха А.А. О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА.....	8
Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Марамуха В.И., Грунина О.Ф., Марамуха Е.И., Куцак А.В., Марамуха А.А. КИНЕЗИОТЕРАПИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	9
Волгіна Л.М., Куртян Т.В., Морозов М.В., Петренко І.О., Мілякова Я.О. ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ PNF ТА БЛОМБЕРГ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ.....	10
Волгіна Л.М., Куртян Т.В., Морозов М.В., Петренко І.О., Гусар С.Т. ВПЛИВ СПОРТИВНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ОРГАНІЗМ ДИТИНИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	10
Волгіна Л.М., Куртян Т.В., Петренко І.О., Цепенда О.В. ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КІНЕЗИОТЕРАПІЇ В РАНЬОМУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОЇ МЕНІСКЕКТОМІЇ У СПОРТСМЕНІВ.	11
Губенко В.П., Ткаліна А.В., Соловйова В.С. ФІЗИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ	12
Дідич І. Р. ГЕНДЕРНИЙ ВПЛИВ: РОЛЬ ДОМІНУВАННЯ НОГИ У ВИПАДКАХ ТРАВМУВАННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ У ФУТБОЛІСТІВ.....	14
Довга О. В., Довгий І. Л. ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ДІЄТОТЕРАПІЇ, РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ, МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ І НАДМІРНОЮ ВАГОЮ	18
Клименко О.В., Ілюк Р.Ю., Стукалін В.О., Бідний В.В., Строкань А.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕПІДУРАЛЬНИХ ЛОКАД ПРИ СТЕНОЗАХ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО КАНАЛУ	19
Коваленко О.С., Рубаніста М.Є. ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ	20

Коваленко Є.М., Степанов С.В., Михайленко Н.Ю. ІН'ЄКЦІЙНІ ПРЕПАРАТИ MD-COLAGEN В ЛІКУВАННІ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПРАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ ІЗ ПЛАЗМОЛІФТІНГОМ - PRP ТЕРАПІЯ.....	22
Коваленко Є.М., Степанов С.В., Михайленко Н.Ю. СТУПЕНЕВА АНТИГОМОТОКСИЧНА ТЕРАПІЯ ПО РЕККЕВЕГУ, ВАРІАНТИ ЗАСТОСУВАННЯ В ПРАКТИЦІ.....	23
Макаров Г. Е. «ИСТИННЫЕ» И «МНИМЫЕ» ЭНТЕЗОПАТИИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА	24
Маслова І. Г. ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ З БОЛЕМ В СПИНІ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ.....	27
Олійник Ф. В. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ МЕТОДАМИ ВІДНОВЛЕННЯ БІОМЕХАНІКИ ТІЛА	28
Паламарчук А.Л., Шестеріна Д.В., Таббах Н. М., Шемет Є.Р., Вальковський Д.Е. НЕЙРОБІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ТРАНСКУТАННОЇ ЕЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦІЇ	30
Покідко А.М., Никоненко П.І., Соколюк М.М. БІЛЬ У СПИНІ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ «DAVID SPINE CONCEPT»	31
Пчеляков А.В. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ	32
Рой І.В., Пилипенко О.В., Ячник С.П. МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТКОВОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ	33
Рой І.В., Гайко О.Г., Перфілова Л.В. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ МЕНІСКІВ І ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА.....	34
Саєнко Г.Є., Бенедь Т. О. ФУНКЦІОНАЛЬНА БЛОКАДА МІЖХРЕБЦЕВИХ СУГЛОБІВ НА РІВНІ Th ₁₁ – L ₂ , ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ ЧИ ПОСИЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОЇ СИМПТОМАТИКИ В ГРУДНОМУ ТА ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ ВІДДІЛАХ СПИНИ. МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ, ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПРИ ДАНОМУ ПОРУШЕННІ ПСИХО-М'ЯЗОВОГО СТЕРЕОТИПУ РУХУ	35
Стеценко О.Г. РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ПЕРЕДНІМ СПОНДИЛОЛІСТЕЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.	36
Філоненко О.О. ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ШКОЛЯРІВ	37
Шитіков Т.О. АЛГОРИТМ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ НАСЛІДКІВ ЧМТ В УМОВАХ ВОЛОНТЕРСЬКОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ	39
Юрик О.Є., Слободянюк Н.П. ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «КАРИПАЗИМ» В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.....	40
Юрик О.Є., Сташкевич А.Т., Шевчук А.В, Юрик Н.Є. ЗМІНИ РЕГУЛЯЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ОСІБ З ЛІЙКОПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ.....	41

ФАРМАКОФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ ПОЄДНАНОМУ ПЕРЕБІГУ ПЕРВИННОГО ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ТА ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ УРАЖЕНЬ ХРЕБТА

Алипова О.Є., Величко К.В., Солодка В.В., Колесник О.В.

ДЗ “Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України”

Мета: оцінка ефективності застосування оптимізованої фармакофізіотерапевтичної методики – фонофорезу (ФФ) гелю диклофенаку діетиламіну (раптен гель – “Nemofarm AD”, Сербія) при сполученні первинного остеоартрозу колінних суглобів (ОА) та дегенеративно-дистрофічних уражень попереково-крижового відділу хребта (ДДУХ).

Методи: проведено комплексне обстеження 70 (середній вік $58,3 \pm 7,8$ року; 58 % жінок) хворих з первинним гонартрозом на тлі дегенеративно-дистрофічних уражень попереково-крижового відділу хребта на амбулаторному етапі реабілітації. Основна група – 54 пацієнти, які отримували у складі комплексної терапії (медикаментозне забезпечення, індивідуальна програма фізичної реабілітації) ФФ раптен гелю. Контрольна група – 16 осіб, зіставних за клініко-демографічними характеристиками, одержували аналогічний лікувальний комплекс та ультразвукову терапію без використання раптен гелю. Застосовано: загальноклінічні методи, фізикальне обстеження хребта та суглобів; УЗД, МРТ, рентгенологічне обстеження, анкетування, шкалу оцінки інтенсивності болю ВАШ. Оцінку ефективності лікування проводили за 100-бальною шкалою Lysholm (the Lysholm Knee Scoring Scale, 1985). Проводили 10 щоденних процедур ФФ раптен гелю за оригінальною послідовною методикою у 2 етапи. 1-й етап. Озвучування рефлекторно-сегментарних зон L4 - L5 у положенні хворого лежачі на животі. Кількість гелю 2 г – по 1 г з кожної сторони хребта. Контакт прямий, методика лабільна; режим безперервний; інтенсивність – $0,4 \text{ Вт/см}^2$; по 2 хв білатерально; загальна площа озвучування 75 см^2 . 2-й етап. Озвучування зони уражених колінних суглобів. Положення хворого лежачи на спині. Кількість раптен-гелю – 2 г на шкіру поверхні ураженого колінного суглоба навколо надколінка. Методика лабільна; режим безперервний; інтенсивність $0,4-0,7 \text{ Вт/см}^2$; тривалість – 10 хв. При двосторонньому гонартрозі – озвучування кожного суглоба через день у режимі чергування.

Результати: У більшості обстежених хворих вдалося досягти покращення клінічного стану вже з 3-4-ї процедури (у контролі – з 5-6-ї процедури); при застосуванні ФФ раптен гелю більш суттєво ($p < 0,05$), відносно контролю, зменшилася інтенсивність болю в суглобах і ділянці хребта за шкалою ВАШ, тривалість ранкової скутості, регресували болючість при пальпації суглобів, прояви м'язово-тонічного синдрому, вегетативних порушень, покращилась хода хворих та збільшились об'єм і амплітуда активних та пасивних рухів як у суглобах, так і хребті. Загалом, за результатами лікування, у хворих основної групи вдалося досягти кращої динаміки у поліпшенні самопочуття, зменшення кількості скарг, відновлення рухової активності, що позитивно відобразилось на якості життя у цілому, у вірогідно коротші терміни відносно контролю. Переносимість процедур ФФ була задовільною, побічних ефектів та ускладнень лікування не спостерігалось. Застосування ФФ раптен гелю дозволило вірогідно скоротити середній термін лікування в основній групі хворих на 7,4 % ($p < 0,05$); тоді як у контролі – тільки на 2,6 % ($p > 0,05$).

Висновки: використання запропонованої оптимізованої фармакофізіотерапевтичної методики фонофорезу раптен гелю у хворих на ОА колінних суглобів, поєданого з ДДУХ, на амбулаторному етапі реабілітації є неінвазивним, патогенетично обґрунтованим, ефективним методом відновного лікування, що дозволяє досягти стійкого клінічного ефекту – регресу больового, запального, м'язово-тонічного синдромів у вірогідно менші терміни порівняно із стандартною терапією, покращити рухову активність, якість життя хворих та скоротити строки лікування.

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ У ОСІБ З СКОЛІОЗОМ

Бакалюк Т.Г., Стельмах Г.О., Завіднюк Ю.В., Максів Х.Я., Макаrchук Н.Р., Телиця Є.Ю.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України” (м.Тернопіль)

Мета: формування реабілітаційного діагнозу у осіб з сколіозом згідно даних міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ).

Методи: Для реалізації поставленої мети обстежено 28 пацієнтів з сколіозом I та II ст., віком від 17 до 22 років (середній вік $19,2 \pm 0,2$ років). В дослідженні застосовані базові набори МКФ для формування реабілітаційного діагнозу.

Результати: МКФ класифікує як різні показники здоров'я, так і показники, що пов'язані зі здоров'ям. Тим самим вона є універсальною класифікацією, яка може застосовуватись до всіх людей, а не тільки до осіб з обмеженнями життєдіяльності. При сколіозі реабілітаційний діагноз повинен всебічно оцінити як зміни в патофізіологічному так і функціональному стані пацієнта, викликаному захворюванням. Згідно МКФ, зміни функцій тіла у пацієнтів із сколіозом (наприклад, функції м'язової сили та м'язового тону, функції м'язової витривалості та пропріорецепції, відчуття болю) можуть спричинити обмеження в “активності” (обмежена рухливість, хода, підтримання положення тіла) і “участі” (зайнятість, навчання, соціальна реінтеграція). Тобто формування категоріального профілю для кожного пацієнта за допомогою МКФ забезпечує повну, комплексну, всебічну характеристику стану функціонування пацієнта. Така характеристика дає повноцінну картину функціонування організму з урахуванням клінічної ситуації, факторів зовнішнього середовища, персональних чинників. Версія для дітей і підлітків розширює зміст основного тому МКФ, чим забезпечує специфічні і додаткові подробиці для більш повної характеристики функцій і структур організму, активності і участі, факторів навколишнього середовища стосовно дітей першого року життя, дітей раннього, дошкільного та шкільного віку та підлітків. Класифікації МКФ є відносно новою для визначення реабілітаційного діагнозу в Україні, що потребує більш детального вивчення її застосування у визначенні реабілітаційного діагнозу при сколіозі як у дітей, так і людей молодого віку.

Висновки: Використання МКФ в клінічній практиці при проведенні реабілітації допомагає сформулювати реабілітаційний діагноз та використовувати компоненти діагнозу для проведення реабілітаційних заходів. При складанні програм фізичної реабілітації, реабілітаційний діагноз допомагає поставити цілі реабілітації. Застосовувати МКФ можна як інструмент досліджень для оцінки результатів втручань, якості життя або факторів навколишнього середовища.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ОБ'ЄМНОГО ПНЕВМОПРЕСИНГУ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ З ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Бакалюк Т.Г., Мисула І.Р., Стельмах Г.О., Жеворонко Н.Б., Снігур О.В., Тришак Н.М.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України” (м.Тернопіль)

Мета: вивчення ефективності застосування в програмах реабілітації методу об'ємного пневмопресингу у пацієнтів похилого віку з остеоартрозом колінних суглобів.

Методи: Для реалізації поставленої мети нами обстежено 48 пацієнтів похилого віку на остеоартроз колінних суглобів, які перебували на санаторно-курортному етапі реабілітації. Серед досліджуваних хворих було 34 жінки та 14 чоловіків у віці 61-77 років (середній вік $66,4 \pm 0,3$ років). Тривалість захворювання становила від 4 до 15 років (в середньому $7,23 \pm 0,14$ років). Рентгенологічна стадія ОА встановлювалася за класифікацією Kellgren J.N. і Lawrence J.S. (I ст. - 12 хворих, II ст. - 36). Методом рандомізації пацієнти були розподілені на три групи. Всі пацієнти отримували санаторно-курортний комплекс реабілітації згідно клінічного протоколу санаторно-курортного лікування затвердженого Наказом МОЗ України

06.02.2008 N 56. Схема реабілітації між групами відрізнялася застосуванням в 1-й групі (n = 18) вправ постізометричної релаксації (ПР). В 2-й групі (n = 15) був застосований метод об'ємного пневмопресингу (ОПП) на нижні кінцівки. В 3-й групі (n = 15) в схему реабілітації було включено вправи ПР та метод ОПП на нижні кінцівки. Для оцінки ступеня вираженості болю в суглобах нами була використана візуальна аналогова шкала (ВАШ), а для характеристики функціональних порушень - опитувальник Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC). Для контролю сили м'язових груп нижньої кінцівки - проводили тест Ловетта. Периферична гемодинаміка досліджувалась методом тетраполярної реовазографії (РВГ) нижніх кінцівок.

Результати: При застосуванні в реабілітаційних програмах методів ПР та ОПП зменшується вираженість больового синдрому, покращується рухова активність, збільшується сила м'язів та відновлюється функція суглобів у пацієнтів з ОА колінних суглобів, як при окремому застосуванні так і в поєднанні цих двох методів. За даними реовазографії, після проведення реабілітації з включенням вправ ПР відбулось лише достовірне зниження тонуусу артеріол, інші показники реовазограми в 1-й групі не змінилися. У пацієнтів 2-ї та 3-ї груп спостерігалась достовірна позитивна динаміка усіх досліджуваних показників реовазограми, що свідчило про те, що відбувалось зниження периферичного опору судин та покращення венозного відтоку при включенні в реабілітаційний комплекс методики ОПП.

Висновки: Отримані результати дослідження вказують на те, що спостерігається активізація трофічних процесів в м'язах і поліпшення їх функціонального стану як в результаті проведення вправ ПР, так і після застосування методики ОПП, причому їх поєднання дає потенціуючий ефект.

СИНДРОМ БОЛЬОВОЇ ДИСФУНКЦІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБУ: НЕМЕДИКАМЕНТОЗНІ МЕТОДИ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

Бровченко М.С., Жиліна Т.А.

Міський центр нейрореабілітації КМКЛ №18 (м.Київ)

Скронево-нижньощелепний суглоб (СНЩС) є одним з найскладніших за анатомією та біомеханікою, і одним з найактивніших суглобів людини (рухи нижньою щелепою відбуваються під час жування, говоріння, сміху, плачу, тощо). Складність та активність суглобу обумовлюють високу частоту його дисфункції.

В етіопатогенезі больової дисфункції СНЩС виділяють три основних причини : міогенну, оклюзійну, психогенну.

Провідний симптом, що свідчить про наявність дисфункції СНЩС, насамперед, є біль: лицьовий у зоні проекції суглоба, головний (лобово-скронева локація), зубний, щелепний, вушний, очний, по задній поверхні шиї. Больовий синдром обумовлений наявністю у жувальній мускулатурі ділянок гіпертонуусу та тригерних пунктів. Саме довготривалий виснажливий біль є причиною звернення пацієнтів з дисфункцією СНЩС по лікарську допомогу.

Скронево-нижньощелепний суглоб є складовою частиною опорно-рухового апарату (ОРА), тому його дисфункція може супроводжуватися системними патобіомеханічними змінами будь якого ланцюга ОРА. Слід зазначити, що патобіомеханічні порушення у СНЩС та ОРА можуть бути взаємообумовленими. Це дає підстави для обов'язкової системної оцінки стану ОРА методами мануальної діагностики та електроміографії у пацієнтів з больовим синдромом при дисфункції СНЩС.

Сутність лікувального ефекту мануальної терапії (МТ) при больовій дисфункції СНЩС полягає в нормалізації біомеханіки самого суглобу і функціонального стану ушкодженого ланцюга ОРА, що сприяє усуненню больового синдрому. Мануальна терапія та кінезіотейпування (КТ) при означеній нозології спрямовані на детонізацію жувальних м'язів,

деактивацію тригерних пунктів в них та відновлення коректного стану патологічно зміненого ОРА. Поєднання методів МТ та КТ підвищує результативність лікування і зменшує ймовірність рецидивів.

Невід'ємною та обов'язковою частиною лікувально-реабілітаційних втручань при больовій дисфункції СНЩС є навчання пацієнта техніці виконання вправ, спрямованих на розслаблення жувальної мускулатури і нормалізацію рухової активності СНЩС. Доцільність навчання пацієнта самостійному застосуванню аутомобілізуєчих технік на СНЩС розглядається в кожному окремому випадку індивідуально з урахуванням когнітивних особливостей пацієнта.

Висновок: мануальна терапія, кінезіотейпування та лікувальна гімнастика є немедикаментозними, високоефективними, економічно мало витратними та стаціонарозаміщуючими медичними технологіями, які підвищують якість життя пацієнтів з больовою дисфункцією СНЩС.

О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРОЗА

**Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Марамуха В.И., Грунина О.Ф., Марамуха Е.И.,
Куцак А.В., Марамуха А.А.**

*ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины”, КУ
“Областной центр медико-социальной экспертизы» ЗОС,*

Городская многопрофильная клиническая больница №9, Запорожье, Украина

Введение. Плече-лопаточный периартроз (ПЛП), достаточно распространенная нозология. ПЛП, часто является синдромом шейно-грудного остеохондроза, но иногда может быть и самостоятельным заболеванием. Как правило, традиционное лечение медикаментозными препаратами недостаточно эффективно. Страдают, в большинстве случаев трудоспособный возраст, что приводит к ощутимым экономическим потерям за счет временной утраты трудоспособности. Поэтому важным является разработка эффективных лечебных комплексов для лечения ПЛП.

Цель. Создание эффективных кинезиотерапевтических комплексов для лечения больных с клиническими проявлениями ПЛП.

Методы. Нами проведено обследование и лечение 81 пациента с клиническими проявлениями ПЛП в возрасте от 18 до 55 лет. Перед началом лечения, все пациенты были тщательно обследованы. Диагноз ПЛП был подтвержден при помощи нейроортопедических, рентгенологических, МРТ – исследований. Клиническое обследование проводилось, прежде всего, для исключения противопоказаний при проведении кинезиотерапевтического лечения. В лечебном комплексе использовались: сегментарный и точечный массаж, постизометрическая (ПИРМ), постреципрокная релаксация (ПРР) заинтересованных мышечных групп, мобилизации на плечевых суставах. Был разработан следующий алгоритм лечения ПЛП: массаж, ПИРМ, ПРР, мобилизации на плечевых суставах 2 раза в день, на протяжении 10 – 12 дней. В случае, недостаточной эффективности лечения – 10 случаев (12,3%), дополнительно периартикулярно проводились гормонально-анестетические лечебные медикаментозные блокады в проекционные точки.

Приводим следующее наблюдение в качестве примера. Больная К. 27 лет, проходила лечение в клинике нервных болезней ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины”. Обратилась с жалобами на выраженные боли в левом плечевом суставе, резкое ограничение объема движений в нем. Интенсивность болевого синдрома по ВАШ – 9 баллов. Болевой синдром усиливался при нагрузках, значительное ограничение объема движений в нем. Болеет 5 месяцев, когда после длительного пребывания в неудобной позе, появились боли в шейно-грудном отделе позвоночника и левом плечевом суставе. После медикаментозного лечения НПВП в течение 4-5 дней, болевой синдром в шейном отделе позвоночника регрессировал. В плечевом суставе болевой синдром сохраняется на уровне 4-5 баллов по ВАШ. Рентгенография левого плечевого сустава – костная патология

не определяется. МРТ левого плечевого сустава – признаки ПЛП. Консультация ортопеда-травматолога: ПЛП левого плечевого сустава. Проведено лечение: сегментарный массаж мышц плечевого пояса, ПИРМ и ПРР, мобилизационные приемы на плечевом суставе (В.П. Губенко, К. Левит). Сеансы проводились дважды в день. Курс лечения составил 10 дней. После проведенного лечения боль в суставе не беспокоит.

Результаты. Клиническое улучшение достигнуто у 87,7% ($p < 0,05$) пациентов, с синдромом ПЛП, лечившихся по предложенной методике.

Выводы. Таким образом, полученные результаты лечения, позволяют считать целесообразным применение предложенной тактики для кинезиотерапии ПЛП.

КИНЕЗИОТЕРАПИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ В ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**Бучакчийская Н.М., Марамуха И.В., Марамуха В.И., Грунина О.Ф., Марамуха Е.И.,
Куцак А.В., Марамуха А.А.**

*ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины”, КУ
“Областной центр медико-социальной экспертизы» ЗОС,
Городская многопрофильная клиническая больница №9, Запорожье, Украина*

Актуальность темы. Проблема лечения различных заболеваний у пациентов старших возрастных групп остается чрезвычайно актуальной в клинической геронтологии, учитывая мировую тенденцию к старению общества в целом. Боли в позвоночнике составляют значительную часть жалоб у больных этой возрастной группы в общем симптомокомплексе. Кафедра нервных болезней ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины”, на протяжении нескольких десятилетий занимается разработкой и внедрением методов лечения вертеброгенной патологии у больных пожилого и старческого возраста.

Цель. Адаптация кинезиотерапевтических методов для лечения вертебрального болевого синдрома обусловленного дегенеративно-дистрофической патологией позвоночника (ДДПП) у больных старших возрастных групп.

Методы. Мы проанализировали результаты лечения 562 пациентов, с клиническими проявлениями ДДПП, в возрасте от 60 до 74 лет, в клиниках кафедры нервных болезней ГЗ “Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины”, на протяжении последних 30 лет. Все они лечились с использованием методов кинезиотерапии. Из них, боль шейной локализации наблюдалась у 38 (6,76%) больных, грудной – у 31 (5,52%), поясничной – у 315 (56,05%). Боль более чем в одном отделе позвоночника – в 178 (31,67%) случаев. Рефлекторные синдромы имели место в 418 (74,38%) случаях, корешковые – в 144 (25,62%). Следует отметить некоторые особенности жалоб и неврологической симптоматики у больных этой возрастной группы. Как правило, болевой синдром был слабо и умеренно выраженный, даже у больных с корешковыми синдромами. Имели место значительные ограничения в ПДС, обусловленные наличием грубого деформирующего спондилеза, симптомы натяжения также редко были резко выражены – всего у 52 (9,25%) пациентов. Учитывая возраст больных, для исключения грубой соматической сопутствующей патологии привлекались смежные специалисты – кардиологи, ангиохирурги, ревматологи, офтальмологи и пр. В обследовании кроме стандартных клинико-лабораторных исследований, УЗДГ экстра- и интракраниальных сосудов, ЭЭГ, ЭНМГ, рентгеноспондилографии и МРТ мы применяли рентгеновскую денситометрию. У всех пациентов диагностирован остеохондроз, деформирующий спондилез, спондилоартроз, остеопороз различной степени выраженности. На МРТ-граммах у 100% пациентов, выявлены грыжевые выпячивания на различных уровнях позвоночного столба. Кинезиотерапия применялась в виде точечного и сегментарного массажа, мобилизаций, мышечных тракций, индивидуально подобранными ЛФК и использовалась только в комплексе с

медикаментозным (НПВП, миорелаксанти, хондропротекторы и пр.) и физиотерапевтическим лечением. Манипуляции категорически не проводились.

Результаты. Нам удалось добиться уменьшения болевого вертебрального синдрома у 91,2% ($p < 0,05$) больных пожилого возраста, проходивших лечение с использованием методов кинезиотерапии с ДДПП.

Выводы. Учитывая вышесказанное, мы считаем возможным рекомендовать предложенную кинезиотерапевтическую методику в комплексном лечении ДДПП у лиц пожилого возраста, при условии предварительного тщательного клинико-лабораторного, инструментального и нейроортопедического обследований. Важным является и несомненный психологический эффект от проводимых врачом пациенту лечебных сеансов, т.к. больные старших возрастных групп, как правило, требуют к себе более повышенного внимания, из-за имеющихся изменений когнитивной сферы.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ PNF ТА БЛОМБЕРГ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Волгіна Л.М., Куртян Т.В., Морозов М.В.,Петренко І.О., Мілякова Я.О.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика

Мета: дослідження ефективності застосування методики PNF та Бломберг терапії у хворих з дитячим церебральним паралічем.

Методи: для дослідження було відібрано 5 пацієнтів з різною стадією дитячого церебрального паралічу. Було проведено обстеження їх м'язової сили динамометром та об'єму рухів активних та пасивних за допомогою ганіометра, які вони можуть здійснювати та контролювати самостійно. Після цього був підібраний індивідуальний план реабілітації з використанням методики PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation) та Бломберг терапії.

Результати: вплив PNF направлений на відновлення периферичної пропріорецепції. Відновлення пропріорецепції відбувається на основі правильних біомеханічних патернів руху та візуальної концентрації на частині тіла, в якій відбувається рух. За рахунок максимального опору на кінцівку або тулуб пацієнта під час здійснення рухового акту, перезапуску антагоністів та максимального розтягу ослабленого м'язу, відбувається створення нових нервово-м'язових шляхів. В той же час використання елементів Бломберг терапії дозволяє розслабити спазмовані ділянки та коригувати проведення імпульсів на рівні підкіркових центрів головного мозку. Ефективність цього методу реабілітації цілком залежить від пацієнта, довготривалого повторення рухів та вольової підтримки. Через місяць після початку реабілітації було встановлено покращення м'язової сили та координації рухів у пацієнтів за рахунок відновлення пропріорецепції на периферії та створення нових нервово-м'язових шляхів.

Висновки: на основі проведеного дослідження можна рекомендувати використання методики PNF та Бломберг терапії у хворих з дитячим церебральним паралічем на різних стадіях захворювання. Індивідуальний підбір реабілітаційного процесу допомагає ефективніше відновити фізичні можливості пацієнтів. Використання даної комбінації суттєво покращує прогноз по відновленню активних рухів. Зважаючи на те, що дана методика направлена на відновлення і створення нових нервово-м'язових зв'язків, то вірогідність повноцінного відновлення рухів складає 95% за умови виконання усіх пунктів.

ВПЛИВ СПОРТИВНИХ НАВАНТАЖЕНЬ НА ОРГАНІЗМ ДИТИНИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.

Волгіна Л.М., Куртян Т.В., Морозов М.В.,Петренко І.О., Гусар С.Т.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика

Мета: виявити вплив спортивних навантажень на організм дитини дошкільного віку на прикладі художньої гімнастики.

Методи: на клінічній базі кафедри медичної реабілітації, фізіотерапії і спортивної медицини НМАПО ім. П.Л.Шупика було обстежено та відповідно порівняно 29 спортсменок з художньої гімнастики віком від 5 до 7 років (тренуються 3 рази на тиждень більше 1 року) та контрольна група 16 дівчаток того ж віку, що займаються фізичною культурою в режимі загальної підготовки. При порівнянні двох груп досліджених дітей отримано наступні дані: відставання фізичного розвитку за даними антропометричних вимірів за рахунок недостатньої маси тіла та відносно більшої довжини тіла до 1 σ у 14 спортсменок та до 2 σ у 3 спортсменок (контрольна група – 0); сколіотична постава – 9 спортсменок (контрольна група – 3); сплюснення склепіння стопи – 19 спортсменок (контрольна група – 9). Крім того, у групи гімнасток були виявлені гострі та хронічні порушення капсульно-зв'язочного апарата, розтягнення м'язів, що не було притаманно жодній дитині з контрольної групи.

Результати: під час обстеження дітей та порівняння даних було встановлено чітку кореляцію між раннім початком професійної спортивної діяльності у художніх гімнасток та погіршенням стану фізичного здоров'я. Такий стан обумовлений критичною невідповідністю між навантаженнями, специфікою вправ даного виду спорту та анатомо-фізіологічними особливостями опорно-рухового апарату дитини 4-7 років (незавершене скостеніння окремих кісток, недостатня фіксація фізіологічних вигинів хребта, слабкість дрібних м'язів стопи та кисті, надмірна еластичність м'язово-сухожильного апарату тощо). Оскільки такі зміни з'явилися вже протягом двох років спортивної діяльності, очевидно, що можуть бути серйозніші наслідки в більш старшому віці.

Висновки: на підставі проведених досліджень можна казати про негативний вплив раннього початку спеціальних тренувань у художній гімнастиці на організм спортсменок. Слід рекомендувати в художній гімнастиці для спортсменок дошкільного віку робити акцент на вправах загальної фізичної підготовки з обмеженням інтенсивності та тривалості тренувань та виключенням травматичних елементів. При виявленні відхилень в стані здоров'я спортсменок, слід своєчасно призначати реабілітаційні заходи.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ В РАНЬОМУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОЇ МЕНІСКЕКТОМІЇ У СПОРТСМЕНІВ.

Волгіна Л.М., Куртян Т.В., Петренко І.О., Цепенда О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Мета: вивчити вплив методу кінезіотейпінгу в ранньому реабілітаційному періоді після артроскопічної меніскектомії у спортсменів.

Методи: в ранньому післяопераційному періоді у 30 спортсменів у віці від 18 до 36 років разом з такими фізіотерапевтичними методами, як електроімпульсна терапія, масаж та лікувальна фізкультура, було застосовано кінезіотейпи як альтернатива використання тугого бинтування на другу та третю добу після оперативного втручання.

Результати: в класичній травматології та ортопедії в ранньому реабілітаційному періоді в перші 3 доби призначають туге бинтування з метою зменшення набряку колінного суглобу. Нами було запропоновано на другу та третю добу під час проведення реабілітаційних заходів використовувати кінезіотейпи для зменшення набряку та відновлення біомеханіки руху в колінному суглобі, і для уникнення мязової атрофії та контрактури, а також зменшення порушення кровотоку гомілки та стопи. За результатами таких ранніх реабілітаційних заходів було виявлено ускладнення лише інфекційного характеру у 2 спортсменів віком 22 та 29 років. У 28 спортсменів ранній реабілітаційний період проходив без ускладнень.

Висновки: за отриманими даними можна рекомендувати накладання кінезіотейпів на другу та третю добу в ранній післяопераційний період після артроскопічної меніскектомії для попередження розвитку ускладнень, а саме набряку колінного суглобу, розвитку мязової атрофії та контрактури, а також для пофілактики порушення кровопостачання гомілки та стопи.

ФІЗИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ

Губенко В.П., Ткаліна А.В., Соловійова В.С.

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика

У всьому світі болі в нижній частині спини займає друге місце серед причин звертання до лікаря, причому більше 85% дорослого населення відчувають попереково-крижовий больовий синдром (ПКБС) на протязі свого життя. Враховуючи широке розповсюдження ПКБС, актуальною проблемою є проведення кваліфікованого клінічного оцінювання кожного пацієнта.

Фізичне обстеження та ретельний збір анамнезу залишаються основними методами в оцінюванні ПКБС, не дивлячись на нові вартісні технології. Метою фізичного та додаткового обстеження є виявлення одного з найбільш розповсюджених вертеброгенних синдромів, кожний з яких має свої специфічні механізми виникнення: синдром нестабільності хребетно-рухового сегмента; радикулопатія (венозна застійна ішемія, дисциркуляція); дегенеративний стеноз хребетного каналу; міофасціальний больовий синдром; больовий синдром, що має зв'язкове походження; гіпертрофія жовтої зв'язки; артропатичний больовий синдром – фасетковий синдром; компресії нерву; психогенний. Часто ПКБС виникає в результаті комбінації декількох факторів та механізмів. Виявлення провідного джерела ПКБС надає можливість використання ефективних лікувальних технологій.

Необхідно проводити ретельне фізичне обстеження з метою виключення більш серйозної та специфічної патології, такої як компресійний перелом, анкілозуючий спондиліт, малігнізація, інфекція тощо (червоні прапорці).

Основні компоненти реабілітаційного (фізіатричного) фізичного обстеження: огляд, пальпація, об'єм рухів (активна/пасивна рухливість сегментів/суглобів), дослідження статички (постави), вивчення простих активних рухів та більш складних форм рухового стереотипу (аналіз ходи, стояння, рухів тіла, кінцівок, хребта); нейром'язове обстеження (сили і тонічного напруження м'язів, чутливість, рефлексії); спеціальні тести, соматоскопія.

Однією з складових фізичного обстеження є огляд попереково-крижового відділу хребта і постави (виявлення змін шкіри, деформацій, асиметрій тощо) та обстеження прилеглих ділянок, а саме нижніх кінцівок на предмет виявлення атрофій м'язів, судинної недостатності та ураження периферичних нервів. Додаткову інформацію клініцист отримує за допомогою пальпації/перкусії кісткових структур та м'яких тканин (виявлення змін температури шкіри, тригерних точок, напруження, натягнення тканин, пульсацій, тремору). Важливо пам'ятати, що в випадку вертеброгенного синдрому найчастіше маємо справу з проблемами двох самих нижніх сегментів поперекового відділу хребта (біля 80%) – остеохондроз LIV-V та LV-SI.

Необхідно провести дослідження рухливості в хребті (попереково-крижового згинання, розгинання, ротації тулуба, вимірювання відстані від пальців кисті до полу, об'єм рухів в кульшовому суглобі тощо). За допомогою інклінометру вимірюють об'єм рухів в поперековому відділі хребта (згинання, розгинання, бічне згинання, ротація).

Під час дослідження функціонального стану рухової системи виявляють: на рівні сегменту (суглобу) – вид функціональних порушень (блокування, гіпермобільність, нестабільність), їх характер (функціональний, органічний), локалізацію і напрямок, вираженість обмеження рухливості (активної, пасивної) і зміщення кісток (спондилолітез), ступінь болючості пасивних рухів; на регіонарному рівні – ступінь ослаблення і укорочення м'язів (м'язовий дисбаланс), наявність міофасціальної дисфункції, полісегментарного блокування; на рівні всього організму – генералізовані порушення (порушення рухового стереотипу, балансу).

Комплексне обстеження включає спостереження за рухами в хребті, які сприяють відтворенню больового синдрому, виявлення асиметричних рухів та ділянок, які механічно обмежують рухи або так звані, обережні рухи.

Функціональне тестування сили м'язів передбачає ходіння на носках та п'ятках, присідання та повертання в вихідне положення, піднімання на носках, стояння на одній нозі, спостереження, аналіз ходи, оцінювання рівноваги.

Важливою складовою обстеження виступає неврологічний огляд, а саме дослідження рефлексів (фізіологічних та патологічних), чутливості (больової та дотикової), проведення мануального м'язового тестування. Так, при обстеженні пацієнтів з підозрою на радикулопатію, доцільно сфокусуватись на обстеженні корінців L5-S1, так як клінічні прояви мають радикулопатії саме на цьому рівні. Допоміжними в постановці діагнозу є спеціальні тести, які використовуються для підтвердження попереднього діагнозу або для проведення диференційного діагнозу.

На основі базового фізичного обстеження клініцистам необхідно віднести пацієнтів з болем в нижній частині спини до однієї з двох діагностичних категорій: неспецифічний біль в нижній частині спини з різними можливими варіантами вертеброгенного ураження (вертеброневрологічними клінічними синдромами) та біль в спині, яка асоціюється з іншими специфічними ураженнями хребта.

Таким чином, результати фізичного обстеження є важливими при встановленні діагнозу, що фактично є одним з найважливіших прогностичних факторів результатів лікування БНЧС.

Хондроцитоподібні клітини пульпозного ядра синтезують фактори росту і прозапальні цитокіни (ІЛ1, ІЛ6, ІЛ8, ФНП- α). У разі дискогенного болю у спині постійним чинником, що присутній в ураженому диску, є наявність судин і нервів в тканинах диску (в нормі - відсутні). Доведено, що універсальним пусковим механізмом розвитку гострого та хронічного болю є запалення. Саме запальний процес обумовлює постійну стимуляцію і, як наслідок, сенситизацію периферичних больових рецепторів в місці патологічного процесу. При неспецифічному болю в спині запалення розвивається внаслідок пошкодження (мікротравматизації) елементів хребетно-рухового сегменту, пов'язаного з порушеннями біомеханіки хребта, перерозтягнення, перенапруження.

Механізм хронізації болю: ураження хребетно-рухового сегменту – подразнення ноцирецепторів в сухожилках, фасціях, м'язах, по периферії фіброзного кільця – збудження через синапси у спинному мозку – синтез прозапальних цитокінів ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-8, ФНП- α , лейкотрієнів – активація інтактних нейронів з розповсюдженням на неноцицептивні зони – активація нервових клітин в ядрах гіпоталамуса, синтез цитокінів і лейкотрієнів в нервових закінченнях – нейрогенне асептичне запалення" на ультраструктурному рівні з хемотаксичними "приманками" для прозапальних цитокінів – новоутворення колагену на місці уражених запаленням аксонів – хронізація запалення.

Активний компонент препарату алфлутоп: біоактивний концентрат з морської риби. Склад: 1 ампула ємкістю 1 мл містить 0,1 мл біоактивного концентрату - (10% розчин біоактивного концентрату). Біоконцентрат містить: мукополісахариди (хс-4 і хс-6), амінокислоти, пептиди, іони Na, K, Ca, Mg та Zn, міо-інозитол фосфати і гліцерофосфоліпідні з'єднання. Показання: первинний / вторинний остеоартроз різної локалізації (коксартроз, гонартроз, артроз дрібних суглобів), остеохондроз, спондиліоз. **Хондроїтин сульфат** – зберігає воду у товщі хряща, підвищує міцність сполучної тканини. Гальмує резорбцію кісткової тканини, прискорює процеси її репарації, знижує втрату кальцію та уповільнює прогресування остеоартрозу, покращує фосфорно-кальцієвий обмін у хрящовій тканині. **Амінокислоти** (14, з яких 7 незамінні) – беруть участь у синтезі білку та колагену. **Кератан-сульфат** – покращує пружність, впливає на конструкцію та просідання хрящової тканини. **Дерматан сульфат** – модулює активність фактору росту. **Макро / мікроелементи** Na, K, Ca, Mg, Cu, Fe, Mn та Zn – відіграють важливу роль у передачі сигналу у внутрішньоклітинних сигнальних каскадах. **Міо-інозитол фосфати** – беруть участь у регуляції рівней внутрішньоклітинного Ca, входять до складу мембранних ліпідів, відіграють важливу роль у передачі сигналу у внутрішньоклітинних сигнальних каскадах. **Гліцерофосфоліпідні сполуки** – головні ліпідні компоненти клітинної мембрани. Хондроїтин сульфат має анальгетичну, протизапальну,

хондропротективну дію: знижує активність лізосомальних ферментів, гальмує супероксидні радикали, знижує експресію прозапальних цитокінів, пригнічує синтез NO хондроцитами та синовіоцитами, знижує концентрацію с-реактивного білка, стимуляція активації ХЦ (хондроцитів), «придушення» супероксидних радикалів, стимуляція синтезу гіалуронової кислоти, пригнічення деградації ХЦ.

Основні ефекти алфлутопу, отримані в клінічних дослідженнях: хондропротективний, протизапальний, анальгетичний, покращення функції суглобів і хребта, зменшення дози прийому НПЗП, гастропротективний, покращення якості життя.

Алфлутоп на 16% знижує позаклітинне вивільнення ІЛ-6, на 35% знижує позаклітинне вивільнення ІЛ-8, не тільки інгібує запускаючі запалення цитокіни, а і контролює їх синтез на рівні експресії генів, на 56% знижує позаклітинне вивільнення фактора росту ендотелію судин (VEGF) (Laura Olariu et all, 2016). Алфлутоп поліпшує клітинний проліферативний статус за рахунок збільшення проліферації ХЦ на 50% порівняно з контрольними клітинами, синтез ДНК посилюється на 47% у порівнянні з контролем, генеруючи субстрат для наступних реплікативних фаз циклу розподілу. Алфлутоп інгібує гіалуронідазу на 83%.

Знеболюючий ефект триває до 1 місяця після закінчення терміну лікування. Застосування алфлутопу у складі стартової терапії остеоартрозу (ОА) / остеохондроз спільно з НПЗП прискорює початок знеболюючого ефекту і знижує потребу в НПЗП.

Знеболюючий ефект алфлутопу починає проявлятися з 8-10 дня лікування і наростає протягом декількох місяців після закінчення терміну лікування. Введення (внутрішньом'язове та паравертебральне) показали, що при останньому лікувальний ефект виявляється швидше, а резистентність до препарату видно рідше.

Алфлутоп зменшує терміни епітелізації виразкових і ерозивних дефектів, що виникли при прийомі НПЗП, в поєднанні зі стандартною противиразковою терапією. Алфлутоп може служити препаратом вибору у хворих на ОА з розвинутою НПЗП-гастропатією, яким необхідно продовжувати анальгетичну та протизапальну терапію; відновлює синтез простагландинів, що порушується прийомом НПЗП. Отже, алфлутоп – безпечний і ефективний препарат з ідентичним складу матриксу хряща для внутрішньом'язового або внутрішньосуглобового введення при лікуванні остеоартрозу і вертеброгенних синдромів.

ГЕНДЕРНИЙ ВПЛИВ: РОЛЬ ДОМІНУВАННЯ НОГИ У ВИПАДКАХ ТРАВМУВАННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ У ФУТБОЛІСТІВ.

Дідич І. Р.

Національний Університет Фізичного Виховання та Спорту України

Резюме

Завдання дослідження. Дане дослідження призначене для вивчення ролі домінування нижньої кінцівки при ризику травми передньої хрестоподібної зв'язки у спортсменів-футболістів (чоловіків і жінок).

Досліджувані. Спортсмени-футболісти різних американських футбольних ліг (soccer), які отримали травму передньої хрестоподібної зв'язки в змаганнях / тренуваннях з футболу. Всього 93 особи (41 чоловік і 52 жінки).

Висновки. Коли обмежується механізм при безконтактній травмі, жінки більш схильні до травми передньої хрестоподібної зв'язки їх опорної ноги, в той час як чоловіки, як правило, травмують ударну (домінантну) ногу. Це дослідження показує, що домінування кінцівок служить етіологічним фактором щодо травм передньої хрестоподібної зв'язки, отриманих при грі в футбол.

Вступ

Футбол - найпопулярніший вид спорту в світі, в якому понад 240 мільйонів активних спортсменів. За оцінками, частота травм футболістів, становить 10-35 на 1000 ігрових годин

у дорослих гравців, в 2-3 і частіше у більш молодих і менш кваліфікованих гравців. Приблизно 60-80% важких травм відбувається в нижніх кінцівках, в 5-7 і частіше в колінному або гомілковостопному суглобах.

Удар по футбольному м'ячу грає як пряму, так і непряму роль в етіології травм футболістів. Під час гри, що становить в середньому 90 хвилин, гравець має в середньому 51 контакт з м'ячем, 26 з яких, відбувається ногою. Аналіз ризику травм під час гри в футбол показав, що удари ногами по м'ячу складають 51% потенційних дій, які можуть призвести до травми. У той же час інші види спорту, особливо ті, які включають кидки руками, в значній мірі досліджують домінуючу кінцівку. Домінування кінцівок у футболі не було в достатній мірі описано в літературі. Очевидно, що рухливість гри в футбол не пред'являє попит виключно на одну нижню кінцівку, як наприклад кидок в бейсболі, який визначає виразно одну домінуючу верхню кінцівку. Тим не менше, більшість футболістів виразно вважають за краще одну домінуючу ногу. Це, ймовірно, ставить диференціальні вимоги для нижніх кінцівок, з огляду на відмінності в активації м'язів ударної (домінуючої) ноги в порівнянні з опорною ногою.

Це особливо важливо в світлі гендерного розбіжності, пов'язаного з частотою травм передньої хрестоподібної зв'язки серед спортсменів-футболістів, причому у жінок частота травмованості від 2 до 10 разів вище, ніж у чоловіків. Механізм травмування часто включає в себе неправильну техніку приземлень, уповільнень, поворотів або різких рухів з надмірними зусиллями на передню частину колінного суглоба.

МЕТОДИ

В ході дослідження були розглянуті всі травми передньої хрестоподібної зв'язки у футболістів, як чоловіків, так і жінок. Критерії відбору включали в себе спортсменів, які отримали розрив передньої хрестоподібної зв'язки безпосередньо при грі в футбол, в матчі або на тренуваннях. Всі операції були завершені протягом 4 місяців з моменту отримання травми. Винятками були лише спортсмени віком до 15 років, які мали часткові травми передньої хрестоподібної зв'язки і ті спортсмени, які перенесли рецидиви ПХЗ.

Потім було проведено інтерв'ю, в ході якого спортсменам задали ряд питань, що стосуються їх думки про зв'язок домінуючої ноги і механізмом травми передньої хрестоподібної зв'язки. На підставі цього опитування переважна кінцівка для удару ногою була визначена як кінцівка, якій футболісти б'ють по м'ячу (домінуюча кінцівка), а інша нога позначена як не домінуюча кінцівка (опорна нога). Механізм травми був розділений на дві категорії: контактні і безконтактні. Якщо під час травми був будь-який контакт з гравцем суперника, це вважалось контактної травмою. Інші травми вважались безконтактними.

За допомогою тесту Х2, при якому тестувалася близько 50 спортсменів-футболістів, було визначено співвідношення домінуючого і не домінуючого механізму травми як 70:30 або 80%.

Результат

Середній вік на момент операції склав $26,8 \pm 1,6$ року. 15 спортсменів грали на професійному рівні, 23 на рівні коледжу, 55 на рівні середньої школи / клубу і 45 на рівні молоді або аматорському рівні. Серед чоловіків ($n = 41$) середній вік на момент травми склав $30,6 \pm 8,84$. 12 спортсменів чоловічої статі були професійними футболістами, 6 - студентами, 4 - на рівні середньої школи / клубу і 19 - на аматорському рівні. Серед жінок ($n = 52$) середній вік на момент травми становив $20,4 \pm 7,99$ року. 3 були професійними спортсменами з футболу, одна з них отримала дві травми; праворуч і ліворуч, 17 дівчат були університетськими гравцями, 17 - на рівні середньої школи / клубу, 15 - грали на аматорському рівні.

Травмовані кінцівки передньої хрестоподібної зв'язки були рівномірно розподілені між правою (72) і лівою (73) ногою, при розгляді як контактних, так і безконтактних травм. Права нога була кращою кінцівкою у 84 осіб, в той час як ліва нога була кращою кінцівкою у 9. Трохи більше половини травм ПХЗ відбулося в домінуючої кінцівки (53/99).

Коли дані були перероблені, щоб більш конкретно розглянути безконтактні травми передньої хрестоподібної зв'язки, виникла цікава тенденція. Приблизно половина травм сталася в доміантній кінцівки (30), а половина - в опорній (28). Однак, коли дані були розглянуті з гендерної точки зору, була значна різниця в розподілі безконтактних травм по їх домінування. Рівне 74,07% чоловіків (20/27) отримали травми в основний нозі, в порівнянні з 32,26% (10/31) жінок ($p < 0,002$).

Обговорення

Наскільки відомо, це перше дослідження, яке передбачає, що домінування ніг може грати гендерну роль в безконтактній травмі передньої хрестоподібної зв'язки у спортсменів-футболістів. У цій групі чоловіки-спортсмени були статистично більш схильні травмувати доміантну ногу, в той час як жінки частіше травмували опорну ногу.

Останнє дослідження, в якому брали участь трохи більше 300 суб'єктів з безконтактними травмами передньої хрестоподібної зв'язки, не виявило значимої кореляції між стороною травми і доміантною кінцівкою. Не було ніякої істотної зв'язки між домінуванням і травмою у суб'єктів чоловічої статі, але у жінок вони виявили сильну тенденцію ($p = 0,06$) до збільшення травми лівої кінцівки в порівнянні з правою. Це дало непряму підтримку результатами в нашому дослідженні, так як жінки були найімовірніше травмовані в їх опорну ногу, яка була, як правило, лівої кінцівкою. З 21 випадку жінок-спортсменок з не контактної травмою ПХЗ опорної ноги в нашому дослідженні, 20 з них сталися в лівій кінцівки.

Недавнє дослідження всіх травм у жіночій німецької національної футбольної лізі повідомило про більшу кількість травм доміантною кінцівки (105) в порівнянні з опорної кінцівкою (71). Проте, цей взаємозв'язок ґрунтувався головним чином на контактних травмах, причому значно більше число контактних травм відбувалося в доміантній стороні (52), на відміну від не доміантну (29). Безконтактні травми не показали будь-якої суттєвої різниці між сторонами (37 доміантних проти 36 не доміантних).

Якщо домінування ніг впливає на ризик безконтактного пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки, який механізм цих відносин? Нервово-м'язові дослідження не повідомили про постійні відмінності між доміантною і не доміантною нижньою кінцівкою. Недавнє дослідження стрибка на одній нозі на відстань, у дев'яти травмованих (6 чоловіків, 3 жінки) також не виявило значущих відмінностей між доміантною і не доміантною сторонами. У дослідженні, яке включало здорових спортсменів, і спортсменів з пошкодженнями ПХЗ, здорові продемонстрували індекси симетрії кінцівок 95% і більше за всіма функціональними показниками і ізокінетичними тестами.

Огляд літератури, при визначенні механізму травми передньої хрестоподібної зв'язки, підтримує ідею зниження бічного контролю стегна, зменшення активності двоголового м'яза стегна (електроміографія (ЕМГ)), більш повільного часу його скорочення, зменшення пікових кутів згинання при приземленні і зниження утримання рівноваги у жінок. Кути вальгусу в коліні часто поєднуються зі зменшенням згинання коліна і стегна з пронацією і у підтаранному суглобі у жінок. Програми профілактики травм успішно усувають недоліки, які зазвичай спостерігаються у жінок: активне вирішення проблеми відвідних м'язів стегна, ротаторів стегна, розгиначів стегна, контролю пропріоцептивного дефіциту. Все більша увага приділяється поліпшенню кінематики приземлення за рахунок зменшення схильності до уповільнення в сагітальній площині; таким чином, зменшуючи силу зсуву коліна вперед, збільшуючи згинання коліна і стегна при приземленні і використовуючи бічну мускулатуру стегна, існує можливість уникнути динамічного вальгусу. Коли ми розглядаємо вищезгадане дослідження щодо результатів домінування нижніх кінцівок, ми можемо зробити висновок, що, можливо, дефіцити, які викликають пошкодження ПХЗ у жінок, можуть бути ізольовані для зниження латерального контролю стегна, зниження активності двоголового м'яза стегна через м'язовий дисбаланс щодо чотириголового м'язу та / або зміненого відношення натягу двоголового м'язу стегна, викликаного зменшенням згинання стегна і коліна.

Футбол по своїй суті є спортом, в якому домінують квадрицепси та аддуктори. Під час базового мануальне-м'язового тестування в передсезонній підготовці, професійні спортсмени-футболісти чоловічої статі демонструють співвідношення квадрицепсу та двоголового м'яза стегна 2: 1 і співвідношення привідного м'яза до сили відвідного м'яза 2: 1. У цьому дослідженні переважали докази статистичної підтримки домінантною ноги, що є найбільш вразливою при травмі передньої хрестоподібної зв'язки в футболі серед чоловіків. Це може бути пов'язано з дисбалансом, який існує між чотириголовим м'язом та двоголовим м'язом стегна в сагітальній площині і відведення до приведення у фронтальній площині. Крім того, тазове розташування, можливо, може сприяти цьому явищу. Під час удару таз приймає передній тазовий нахил при попередньому поштовху, який переходить в задній тазовий нахил в точці початкового контакту з м'ячем. У цей момент вставка для мускулатури двоголового м'яза стегна мігрувала каудально, змінюючи, таким чином, співвідношення натягу довжини двоголового м'яза стегна. Чотириглавий м'яз має механічну перевагу і може надавати значну передню здвигову силу, яка запобігає пошкодженню ПХЗ у чоловіків. Подальший біомеханічний аналіз і дані ЕМГ (електроміографії) вважаються необхідними для вирішення цієї проблеми.

У той же час в деяких дослідженнях повідомлялося про більшу силу в домінантній нозі або симетрії між домінантними і недомінантними кінцівками футболістів. Було виявлено, що максимальний крутний момент розгинання коліна в опорній кінцівці був більше, ніж в домінантній. Це було пов'язано з роллю чотириглавого м'язу, що підтримує розмах ноги. ЕМГ-аналіз удару по м'ячу у гравців чоловічої статі продемонстрував велику активність в їх чотириголовому м'язі під час фази удару. Дослідник Rahnama виявив значну різницю між силою згиначів коліна і розгиначів у елітних футболістів чоловічої статі в сагітальній площині. Домінуюча нога продемонструвала як зниження динамічного контролю під час удару ногою ($0,79 \pm 0,13$ проти $0,84 \pm 0,16$ Нм), так і більш слабкі згиначі коліна в порівнянні з опорною ногою.

Однак сила і активація м'язів не можуть дати повної картини. Паралельне дослідження спортсменів-підлітків чоловічої і жіночої статі виявило більший вальгус в недомінантній кінцівці при приземленні після стрибка у дівчат-спортсменок на тлі періоду статевого дозрівання. Цей висновок був підтверджений іншим дослідженням дівчат-баскетболісток коледжу, яке також продемонструвало великі відмінності в поперечному перерізі вальгусного кута коліна при приземленні. Ці дослідження показують, що незначні зміни в нервово-м'язовому контролі можуть сприяти більшій кількості безконтактних ушкоджень передньої хрестоподібної зв'язки недомінантній кінцівки жінок-футболісток.

Висновок

Коли мова йде безпосередньо про механізм безконтактної травми, жінки-футболістки мають більше шансів травмувати передню хрестоподібну зв'язку в їх опорній нозі, в той час як чоловіки-футболісти, як правило, травмують ПХЗ в їх домінуючій (ударній) нозі. Це дослідження передбачає, що домінування нижніх кінцівок дійсно служить етіологічним фактором щодо спортсменів, які отримали травми передньої хрестоподібної зв'язки в ігрових умовах. У перспективних дослідженнях слід з'ясувати причину невідповідності того, що жінки з більшою ймовірністю можуть пошкодити свою опорну ногу, яка може бути результатом який буде лежати в основі статевих анатомічних відмінностей, а також відмінностей в нервово-м'язових моделях, під час різких маневрів або ударів ногами. Це також може грати роль в більш високій частоті безконтактних травм передньої хрестоподібної зв'язки у жінок-футболісток в порівнянні з чоловіками.

Література:

1. Robert Brophy, Holly Jacinda Silvers et al. Gender influences: the role of leg dominance in ACL injury among soccer players. 2009;
2. Brophy RH, Backus SI, Pansy BS, et al. Lower extremity muscle activation and alignment during the soccer instep and side-foot kicks. J Orthop Sports Phys Ther 2007;37:260–8.

3. Griffi n LY, Agel J, Albohm MJ, et al. Noncontact anterior cruciate ligament injuries: risk factors and prevention strategies. J Am Acad Orthop Surg 2000;8:141–50.
4. Hewett TE, Lindenfeld TN, Riccobene JV, et al. The effect of neuromuscular training on the incidence of knee injury in female athletes. A prospective study. Am J Sports Med 1999;27:699–706.
5. Rahnama N, Lees A, Bambaecichi E. Comparison of muscle strength and flexibility between the preferred and non-preferred leg in English soccer players. Ergonomics 2005;48:1568–75.
6. Я. Шелль Травматизм в женском футболе. Институт спортивной медицины, Франкфурт-на-Майне, Германия 2012

ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, ДІЄТОТЕРАПІЇ, РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ, МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ І НАДМІРНОЮ ВАГОЮ

Довга О. В.¹, Довгий І. Л.²

¹Національний Університет фізичного виховання і спорту України, ²Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, «Клініка доктора Довгого»

Ожиріння в світі збільшилася в 3 рази за сорок років. Понад 1,9 млрд дорослих старше 18 років мають надмірну вагу тіла, з них 650 млн людей страждають ожирінням. В Україні близько 30 % працездатного населення має надлишкову масу тіла, 25% – ожиріння. В більшості країн Європи надлишкову вагу мають понад 25 %, поширеність ожиріння – від 9 до 20 %.

Мета – оцінити ефективність лікування ожиріння та надмірної ваги тіла комплексним поєднаним методом лікування.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено і проліковано 16 пацієнтів (8 жінок, 8 чоловіків, віком 18-65 років) на базі Київської обласної клінічної лікарні.

При лікуванні пацієнтів ми враховували, що у 60 % з них зустрічається емоційна харчова поведінка (реакція на стрес, їжа для хворих служить як антидепресант і транквілізатор). Виключна більшість рекомендацій національних медичних асоціацій, вважають за алгоритм зниження маси тіла – фізичну активність + дієтотерапію (калорійність раціону повинна знижуватися за рахунок жирів і вуглеводів).

Крім цих методів, у комплекс лікування ми включали: акупунктуру, точковий і вакуумний масаж; черезшкірну електронейростимуляцію; вакуум-терапію; озонотерапію; мануальну терапію внутрішніх органів; комбінований метод лікувального голодування; розроблення програм меню з урахуванням соціального стану.

Акупунктура і точковий масаж: аурикулярні точки (АР) 18 (голод), АР-87 (шлунок), АР-98 (селезінка), АР-88 (дванадцятипала кишка), АР-55 (шень-мень); на кожному вусі не більше ніж три АР; курс лікування 10-12 сеансів.

Мануальна терапія внутрішніх органів, зокрема печінки і жовчного міхура, 2-4 сеанси на курс лікування з подальшим навчанням пацієнтів самостійно виконувати дану процедуру.

Комбінований метод лікувального голодування – регулярна харчова пауза від 12 год до 7 діб з використанням діафрагмального дихання.

Фізичні навантаження застосовували ~ 150 хв на тиждень (~ 30 хв на день), зокрема дозована хода бажано на свіжому повітрі (+ вправи на гнучкість), ранкова гімнастика, кросфіт.

Методом зважування вимірювали вагу тіла пацієнтів, використовували антропометричне вимірювання сантиметровою стрічкою для виявлення розподілу жиру. Вимірювання маси тіла пацієнтів корелювало з вибіркоvim КТ-дослідженням.

Результати. Аналіз результатів після проведеного курсу комплексного лікування і катанестичного обстеження (через 6 міс): у 9 пацієнтів (56,2 %) зменшилась вага тіла на 11-13,4 %, у 5 пацієнтів (31,2 %) зменшилась маса тіла на 8,2-9,4 %, в 2 пацієнтів (12,5 %)

зменшилась на 2 %, перш за все із-за недотримання дієтотерапії та невиконання фізичних вправ.

Висновок. Отримані результати підтвердили ефективність проведення курсу комплексного лікування ожиріння та надмірної ваги тіла.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕПІДУРАЛЬНИХ БЛОКАД ПРИ СТЕНОЗАХ ВЕРТЕБРАЛЬНОГО КАНАЛУ

Клименко О.В., Ілюк Р.Ю., Стукалін В.О., Бідний В.В., Строкань А.М.

Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м.Київ

Стенози поперекового відділу хребтового каналу (СХК) є частою причиною вертеброгенного больового синдрому. Не дивлячись на тривале вивчення лікарями різних спеціальностей питання етіопатогенезу, клінічних проявів, а також тактики лікування СХК є невирішеними. Проведення паралелей між клінічною симптоматикою та томографічною картиною патологічних змін визначає успіх лікування.

Мета дослідження: оцінити ефективність використання епідуральних блокад при болю в нижньому відділі спини (БНС) обумовленим стенозом вертебрального каналу.

Об'єкт дослідження: больовий синдром при вертеброгенній патології.

Методи дослідження: загально клінічне та клініко неврологічне обстеження.

Результати: Під нашим спостереженням знаходилось 30 хворих (18 чоловіків та 12 жінок, середній вік $51,2 \pm 11,58$ р) з вертеброгенними больовими синдромами, на тлі СХК. У хворих переважали вертеброгенні рефлекторні синдроми (люмбоішіалгія — у 24 пацієнтів), корінцеві синдроми спостерігалися у 6 випадках. Тривалість болю була понад 3 місяці, всі пацієнти тривало приймали нестероїдні протизапальні препарати, міорелаксанти, венотоніки та вітаміни групи В, 10 пацієнтів приймали прегабалін або габапентин. Усім хворим проводили клініко-неврологічне обстеження, загальні лабораторні, інструментальні (спондилографія, комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія хребта) методи дослідження. До та після тижневого періоду лікування для об'єктивізації больових синдромів, вираженості болю та контролю за ефективністю застосовуваної терапії використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ), шкалу вербальних оцінок (ШВО), опитувач болю Мак-Гілла і опитувач Роланда — Морріса. Слід зауважити, що після МРТ та кореляції з клінікою всі хворі мали відносні покази до оперативного лікування. Аналіз неврологічного статусу пацієнтів усіх клінічних груп із гострим рефлекторним больовим синдромом засвідчив, що переважна більшість з них скаржились на біль у поперековій ділянці, що поширювався на сідницю, ногу. Часто біль підсилювався при найменшому русі тулуба, під час кашлю. Нерідко біль поєднувався з почуттям за замінення ноги, особливо стопи. Рухи хребта у поперековій ділянці були різко обмеженими під час нахилів, відзначалося напруження м'язів, виявлялися вегетативно-судинні та нейродистрофічні порушення, симптоми натягу. Після нейровізуалізації 20 пацієнтам під УЗ контролем була проведена епідуральна блокада з наропіном та дексаметазоном, а 10 хворих склали контрольну групу (отримуючи стандартну терапію). Після тижневого лікування (епідуральна блокада проводилась на 2-3 добу) біль в ногах зменшився в основній групі з 7,58 до $2,45 \pm 0,9$, та мав статистично достовірне значення порівняно з контрольною групою (з 6,67 до $4,95 \pm 0,8$) ($p < 0,05$). Показник непрацездатності зменшився в основній групі (-8.1 ± 9.15) та контрольній групі (-4.21 ± 6.1) ($p < 0,05$). Значно зменшилась кількість знеболюючих препаратів.

Висновок: Таким чином, використання епідуральних блокад при вертеброгенних больових синдромах за рахунок СХК є ефективним методом лікування, що неодмінно впливає на якість життя пацієнтів, перспективи лікування і прогноз.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Коваленко О.Є.^{1,2}, Рубаніста М.Є.^{1,3}

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами¹,

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика²

Клінічна лікарня «Феофанія»³, м. Київ

Актуальність. Відомо, що ноцицептивні аференти закінчуються на нейронах у задньому розі й дають початок трактам передньообочкових канатиків (tr. spinotamicus та ін.). Кровозабезпечення стовбура, в якому розташовані й ядра n. trigemini, забезпечується з системи ВББ. Найпотужніші антиноцицептивні системи (АНС) теж розташовуються в зоні кровозабезпечення ВББ. Певно, в разі недостатності кровопостачання стовбурових структур має місце виснаження або викривлення сигналу як АНС, так і ноцицепції.

Отже, вивчення гемодинамічних показників у хворих з больовими синдромами після інсульту може служити базисом щодо розробки ефективних профілактичних та лікувальних заходів.

Мета дослідження. Вивчення особливостей гемодинамічних показників у хворих з больовими синдромами після інсульту.

Матеріал та методи. Для вирішення поставленої мети нами проаналізовано гемодинамічні показники 62 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в КЛ «Феофанія» у відділеннях загальної та судинної неврології і центру болю. Оцінка болю здійснювалася за допомогою опитувальників та шкал – візуально-аналогової (ВАШ) та шкали нейропатичного болю (NPS).

В основну групу (n=44) були включені пацієнти з больовим синдромом в різні періоди після інсульту: ранньому відновному, пізньому відновному та резидуальному. Гемодинамічні показники церебрального кровотоку цих хворих порівнювали з такими у пацієнтів з хронічними больовими синдромами без інсульту (n=18) - контрольна група.

Середній вік основної групи склав $69,7 \pm 1,2$ років. Серед них: жінок – 18 (середній вік $67,6 \pm 1,9$ років) та чоловіків – 26 (середній вік – $71,3 \pm 1,3$).

Середній вік контрольної групи склав $56,7 \pm 1,2$ років. Серед них: жінок – 12 (середній вік $54,3 \pm 1,9$ років) та чоловіків – 6 (середній вік – $61,5 \pm 1,3$).

Дуплексне сканування екстракраніальних відділів брахіоцефальних судин, а також транскраніальне дуплексне сканування судин виконувалося на ультразвуковому апараті преміум - класу “HI VISION ASCENDUS” (Hitachi, Японія) лінійним датчиком L73S (частота 9,0-4,0 МГц) та кардіологічними датчиками S70 (частота 5,0-1,0 МГц) і S50A (частота 4,0-2,0 МГц) за індивідуальним модифікованим протоколом.

Показники, за якими проводилась оцінка кровотоку, були включені до затвердженого локального протоколу, підготованого згідно міжнародних стандартів.

Результати. Аналіз гемодинамічних показників у хворих з больовими синдромами після інсульту виявив наступне:

Виявлені сильні кореляційні зв'язки між інтенсивністю хронічного больового синдрому (головний біль, дорсалгія та суглобовий біль) та зменшенням показників кровотоку по a.vertebralis, що підтверджують точку зору інших науковців щодо механізмів виснаження ноци- та антиноцицептивних систем на рівні стовбурових структур.

Нами виявлена зміна кореляційного зв'язку для болю в суглобах залежно від періоду інсульту. Так, в пізньому відновному та резидуальному до 10 років нами виявлено сильні кореляції між інтенсивністю суглобового болю та показникам кровотоку по a.vertebralis, в резидуальному періоді після 10 років окрім зв'язків з гемодинамікою в ВББ спостерігається кореляція з лінійними швидкісними параметрами a.cerebri media та a.carotis communis.

Виявлений сильний кореляційний зв'язок між болем в суглобах та лінійними швидкісними параметрами *a.cerebri media* може бути пояснений тим, що саме ступінь виразності геміпарезу, який в свою чергу залежить від ступеню ураження *a.cerebri media*, буде визначати виразність суглобового болю.

Кореляційні зв'язки між гемодинамічними показниками та болем у спині мали місце виключно в пізньому відновному періоді (ВББ та каротидний басейн) і не спостерігались в резидуальному періоді в досліджуваній групі, що свідчить про вплив інших механізмів на інтенсивність дорсалгій.

Однофакторний дисперсійний аналіз не виявив впливу виразності нейропатичних рис хронічного болю на локалізацію та період інсульту.

За допомогою канонічної кореляції нами були виявлені сильні зв'язки ($R=0,9-1,0$) між виразністю гемодинамічних показників каротидного і ВББ басейну та невропатичними характеристиками больового синдрому незалежно від локалізації та періодів інсульту.

Зв'язки між гемодинамічними показниками та кількісними характеристиками хронічних больових синдромів у пацієнтів основної групи за лінійною кореляцією Пірсона у пізньому відновному періоді.

	r	p
Головний біль – <i>a.cerebri media</i> (Tamx)	0,89	p<0,05
Головний біль – <i>a.cerebri posterior</i> (Ved)	0,85	p<0,05
Головний біль – <i>a.cerebri media</i> (Ved)	0,78	p<0,05
Головний біль - <i>a.carotis interna</i> (Ved)	0,72	p<0,05
Головний біль – <i>v.Rosenthal</i>	0,64	p<0,05
Біль у суглобах – <i>a.vertebralis V2</i> (Ved)	0,89	p<0,05
Біль у суглобах – <i>a.vertebralis V4</i> (Ved)	0,89	p<0,05
Біль у спині – <i>a.vertebralis</i> (diametr)	0,88	p<0,05
Біль у спині – <i>a.cerebri media</i> (RI)	0,75	p<0,05
Біль у спині – <i>a.cerebri media</i> (Vps)	0,72	p<0,05

Зв'язки між гемодинамічними показниками та кількісними характеристиками хронічних больових синдромів у пацієнтів основної групи за лінійною кореляцією Пірсона у резидуальному періоді до 10 років.

	r	p
Головний біль - <i>a. carotis communis</i> (RI)	0,81	p<0,05
Головний біль - <i>a. carotis communis</i> (% stenosis)	0,75	p<0,05
Головний біль – <i>a.vertebralis</i> (diametr)	0,72	p<0,05
Біль у суглобах – <i>a.carotis communis</i> (Ved)	0,86	p<0,05
Біль у суглобах – <i>v.Rosenthal</i>	0,80	p<0,05
Біль у суглобах – <i>a.carotis communis</i> (diametr)	0,76	p<0,05
Біль у суглобах – <i>a.vertebralis V4</i> (Vps)	0,70	p<0,05
Біль у суглобах – <i>a.vertebralis V4</i> (Ved)	0,72	p<0,05

Зв'язки між гемодинамічними показниками та кількісними характеристиками хронічних больових синдромів у пацієнтів основної групи за лінійною кореляцією Пірсона у резидуальному періоді після 10 років.

	r	p
Головний біль - a. carotis interna (Vps)	0,87	p<0,05
Біль в суглобах – a.carotis communis (Vps)	0,71	p<0,05
Біль в суглобах – a.carotis communis (Ved)	0,74	p<0,05
Біль в суглобах – a.vertebralis (diametr)	0,94	p<0,05
Біль в суглобах – a.cerebri media (VpS)	0,87	p<0,05
Біль в суглобах – a.cerebri media (Tamx)	0,83	p<0,05
Біль в суглобах – a.cerebri media (Ved)	0,76	p<0,05
Біль в суглобах – a.vertebralis (Vps)	0,74	p<0,05
Біль у спині – a.carotis comunis (RI)	0,65	p<0,05

ІН'ЄКЦІЙНІ ПРЕПАРАТИ MD-COLAGEN В ЛІКУВАННІ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ПРАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ ІЗ ПЛАЗМОЛІФТІНГОМ - PRP ТЕРАПІЯ

Коваленко Є.М., Степанов С.В., Михайленко Н.Ю.

Медичний центр лікування захворювань хребта (м.Вінниця)

До сполучної тканини відносять кісткову, хрящову, жирову і інші тканини. Сполучна тканина - єдина тканина, яка присутня в організмі в 4-х видах - волокнистому (зв'язки), твердому (кістки), желеподібному стані (хрящі) і рідкому (кров, лімфа, а також міжклітинна, спинномозкова, синовіальна та інші рідини). Велика частина твердої сполучної тканини складається з волокон колагену і еластину. Колаген - основний структурний білок міжклітинного матриксу. Він становить від 25 до 33% загальної кількості білка в організмі, тобто - 6% маси тіла. Назва «колаген» об'єднує сімейство близькоспоріднених фібрилярних білків, які є основним білковим елементом шкіри, кісток, сухожилок, хряща, кровоносних судин, зубів. Препарати групи MD-Collagen (GUNA) заповнюють дефіцит тканини компонентів суглоба, покращують біомеханіку суглоба, хребта, та забезпечують основний антидегенеративний ефект. Аскорбінова кислота стимулює синтез колагену і протеогліканів, а також проліферацію фібробластів. Глюкокортикоїди гальмують синтез колагену. Синтез колагену шкіри залежить від вмісту естрогенів, що підтверджує той факт, що у жінок в менопаузі знижується вміст колагену в дермі.

У різних тканинах переважають різні типи колагену, а це, в свою чергу, визначається тим, яку роль колаген відіграє в конкретному органі. 80% всього колагену в організмі людини становить колаген I типу - кістки, сухожилля, шкіра, міжхребетні диски, рогівка очі. II типу - хрящі, III - кровоносні судини.

Схема терапії призначається за даними клінічного обстеження пацієнта.

У вертеброневрології застосовуємо в основному:

MD-NECK Додаткові компоненти: Silicea Лікування дегенеративних захворювань шийного відділу хребта.

MD-THORACIC Додаткові компоненти: Cimicifuga Лікування дегенеративних захворювань грудного відділу хребта.

MD-LUMBAR Додаткові компоненти: Hamamelis Лікування дегенеративних захворювань поперекового відділу хребта.

Препарати групи MD-Collagen (GUNA) можливо призначати разом з ін'єкційними препаратами групи Терапії Болі (GUNA) - Neck, Thoracic, Lumbar, Ischial, Muscle, Neural.

Препарати групи MD-Collagen (GUNA) можливо призначати разом з 5 мл. плазми збагаченої тромбоцитами власної крові пацієнта - PRP терапія.

Протокол лікування препаратами MD-Collagen (GUNA) передбачає 1-2 сеансу в тиждень, курс лікування - 10-15 сеансів.

Ін'єкції препаратів можуть виконуватися підшкірно, внутрішньосуглобово, периартикулярно, локально в актуальні анатомічні області м'язів, сухожилів, зв'язок.

Ін'єкції (крім внутрішньосуглобових) виконуються із застосуванням мезотерапевтичних голок діаметром 27 або 30 G довжиною 4 або 10мм. Ін'єкції виконуються з дотриманням правил асептики і антисептики. Ін'єкції виконуються підшкірно на глибину 2-3 мм локально в актуальні анатомічні області м'язів, сухожилів, зв'язок, паравертебрально, периартикулярно, підшкірно, вводиться 0,3-0,5 мл препарату.

При підшкірному введенні препаратів в м'які тканини анестезія не потрібна. Допускається вільне змішування в одному шприці декількох препаратів групи MD-Collagen (GUNA) з PRP терапією.

Застосовуємо MD-Collagen (GUNA) препарати з PRP терапією при рефлексорних, корінцевих больових синдромах, корінцево-судинних синдромах (радікулоішемія), проявах стенозування СМК 1-2 ступ., нейропатіях та інші.

СТУПЕНЕВА АНТИГОМОТОКСИЧНА ТЕРАПІЯ ПО РЕККЕВЕГУ, ВАРІАНТИ ЗАСТОСУВАННЯ В ПРАКТИЦІ

Коваленко Є.М., Степанов С.В., Михайленко Н.Ю.

Медичний центр лікування захворювань хребта (м.Вінниця)

Аутогемотерапія (АГТ) - лікування власною кров'ю пацієнта. Наукове обґрунтування зроблено в Німеччині 1876р. Принцип дії АГТ ґрунтується на імуностимулюючому ефекті. Ступінчаста аутогемотерапія по Х.Х.Реккевегу (САГТ) з використанням антигомотоксичних препаратів (АГТП): терапія проводиться ступінчасто, в кілька етапів. Ця техніка ґрунтується на спостереженні, що кров переносить усі токсини, і тому можливо в терапевтичних цілях модифікувати їх дію, розводячи їх в крові і викликаючи допоміжну імунологічну реакцію. Чим більше ми розводимо кров, тим більше її частки втрачають свої токсичні властивості на користь терапевтичної дії. Додавання в потенційовану кров різних препаратів дозволяє отримати нову біологічно активну суміш, використання якої більш ефективно.

Відповідно до індивідуального характеру патології пацієнта підбирається поєднання антигомотоксичних лікарських засобів (в яких розчиняється незначна кількість крові внаслідок динамізації, потенціювання), які вводяться пацієнтові підшкірно, в/м, периартикулярно, периостально протягом сеансу один за іншим.

Застосовуємо САГТ при рефлексорних, корінцевих больових синдромах, корінцево-судинних синдромах (радікулоішемія), проявах стенозування СМК 1-2 ступеня, нейропатіях та інші.

Залежно від обсягу антигомотоксичних препаратів, призначених для застосування в рамках САГТ, може проводитися 3-4 етапи лікування (ін'єкції) за один сеанс. Інтервал між сеансами повинен становити не менше 3 днів, загальна тривалість курсу лікування, як правило 5 тижнів. Якщо мета САГТ не досягнута, необхідна перерва 1 місяць. Потім курс повторити. При цьому кожен раз курс можна коригувати вводячи в план нові антигомотоксичні препарати відповідно до змін стану пацієнта. Нам не доводилося відзначати позитивної дії ступінчастою аутогемотерапією, якщо курс лікування починався в фазі загострення хронічного захворювання. При хронічних захворюваннях краще проводити таке втручання в фазі ремісії, тоді курс лікування забезпечить справді лікувальний ефект, повторні курси дозволять добитися все більшого зростання потенціалу здоров'я від сеансу до сеансу.

Ми застосовуємо в вертебологічній практиці в основному АГТП фірми Хеель:

Є певні правила розподілу класів препаратів ступенями. **I ступінь** - симптоматичний засіб-Траумель С, Метро-Аднекс-Іншель, Ангіо-Іншель, Реструкта про ін'єкціоне С. **II ступінь** - дренажні. а) засіб, що активує мезенхіму, - Лімфоміозот, -Тіреоідеа комп.; б) імуномодулюючі -Енгістол, -Ехінацея комп; в) біокатализатори - Убіхинон комп., - Коензим комп.; г) органотропні дренажні засоби -Гепар комп., - Солідаго комп., -Хепель до, -Мукоза комп., -Кутіс комп. та ін.); **III ступінь** - суїс-органні препарати -Фунікулос умбілікаліс суїс-іншель (сполучна тканина), -Дискус інтервертебраліс суїс-іншель (потенційована тк. міжхребцевого диску); **IV ступінь** - нозоди - Цеель т комп., Дискус комп.

Таким чином, застосування аутогемотерапії із застосуванням антигомотоксичних препаратів дозволяє оптимізувати лікування хворих з хронічно рецидивуючими вертеброгенними захворюваннями, здійснити раннє купірування больового синдрому і скоротити терміни одужання хворих. Досягнутий позитивний ефект пояснюється синергетичною, антибактеріальною, протизапальною і імунокоригуючою дією власної крові пацієнта посилене АГТП.

«ИСТИННЫЕ» И «МНИМЫЕ» ЭНТЕЗОПАТИИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Макаров Г. Е.

Медицинский центр «Планета Здоровье», г. Мариуполь

В практике амбулаторного приема врача-ортопеда нередко встречаются пациенты с жалобами на незначительную боль и дискомфорт в области локтевого сустава. Чаще всего, это наружный и внутренний эпикондилиты и, связанные с ними, клинические проявления тендопериоститов мышц-пронаторов и супинаторов кисти.

Латеральная эпикондилопатия.

Симптом Томсена, или симптом выпадения напряженного тыльного сгибания кисти. При попытке удержать сжатую в кулак кисть руки в положении тыльного сгибания возникает резкая боль в области наружного надмыщелка. При ее возникновении сопротивление доктору, пытающемуся перевести кисть из тыльного сгибания в положение ладонного сгибания, становится невозможным, и кисть переходит в состояние ладонного сгибания. Это объясняют тем, что именно при этом движении - тыльном сгибании требуется напряжение разгибателей. При эпикондилите такое напряжение становится невозможным.

Рентгенологическая симптоматика весьма скудная. У большинства спортсменов костной патологии не обнаруживают. Иногда отмечают утолщение кортикального слоя наружного надмыщелка. **Более информативно УЗИ.**

Симптомы в области наружного надмыщелка плеча могут быть обусловлены патологическими изменениями различных элементов или сочетанием их. Следует различать патологию сухожилий и несухожильных элементов.

К **первой** группе относят:

энтезопатию - утолщение проксимальной части сухожилия с эхоположительными участками повреждений;

тендинит - утолщение сухожилия *m. extensor carpi radialis brevis* с участками различной экзогенности и потерей нормальной волнистости коллагеновых волокон;

паратенонит - утолщение оболочки сухожилия.

Ко **второй** группе относят:

межмышечные гематомы, возникающие в результате микроразрывов мышц-разгибателей, проявляющиеся овальной формы гипоехогенными участками в толще *m. extensor carpi radialis brevis*;

бурсит - полость, располагающуюся по нижней поверхности *m. extensor carpi radialis brevis*, прилегающую к головке лучевой кости.

Чаще наблюдают сочетание нескольких эхографических признаков. У некоторых спортсменов не отмечают никаких изменений при ультразвуковом исследовании.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать латеральную эпикондилопатию необходимо со следующими заболеваниями:

Деформирующий артроз плечелучевого сустава в стадии обострения, характеризуемый болезненностью и ограничением всех движений в локтевом суставе.

Синдром кольцевидной связки возникает в тех видах спорта, где совершают запредельные ротационные движения предплечья в локтевом суставе.

Туннельный синдром лучевого нерва или синдром супинатора встречаются достаточно редко. При этом наблюдают компрессию заднего межкостного нерва. Он возникает при интенсивных ротационных движениях у фехтовальщиков и теннисистов, культуристов.

Синдром m. anconaeus - достаточно редкая патология, встречаемая у спортсменов (не только теннисистов). Боль при этом также локализуется в области латерального надмыщелка, усиливается при напряженной пронации предплечья и разгибании локтевого сустава.

Остеохондроз шейного отдела позвоночника - снижение чувствительности латеральной поверхности сустава и парестезии свидетельствуют о возможной радикулопатии VI шейного сегмента. Необходимо более тщательное клинико-рентгенологическое исследование

Медиальная эпикондилопатия

При медиальной эпикондилопатии поражается место прикрепления m. pronator, m. flexor carpi radialis и m. flexor carpi ulnaris к медиальному надмыщелку при чрезмерных повторных вальгусных и сгибательных воздействиях. Медиальную эпикондилопатию встречаются гораздо реже, чем латеральную, она составляет только 5% всех тендопатий в области локтевого сустава.

Это можно объяснить анатомическим строением. Кроме того, область прикрепления сгибателей значительно больше по площади в связи с наличием соединительнотканых перемычек с окружающими мышцами. В связи с большей площадью прикрепления нагрузка на надмыщелок меньшая.

Характерный симптом медиальной эпикондилопатии - боль над медиальным надмыщелком, иррадиирующая вниз по мышцам предплечья. Острое начало, по данным литературы, наблюдают только в 5% случаев, подавляющее большинство пациентов указывают на постепенное развитие заболевания.

На рентгенограммах в большинстве случаев определяется утолщение кортикального слоя медиального надмыщелка, его гиперплазия.

При ультразвуковом исследовании, так же как при латеральной эпикондилопатии, отмечают изменения сухожилий в виде тендинита и перитендинита. В мышцах наблюдают отек или островки рубцовой ткани.

Дифференциальная диагностика. Дифференцировать медиальную эпикондилопатию необходимо со следующими заболеваниями:

При деформирующем артрозе симптомы Томсена, Велша отрицательные; на рентгенограммах определяют краевые остеофиты, внутрисуставные тела, уменьшение высоты суставной щели.

Для повреждения медиальной коллатеральной связки характерна положительная вальгусная проба, при эпикондилопатии она отрицательная.

Отрыв медиального надмыщелка или тракционный апофизит имеют характерную рентгенологическую картину.

Локтевая невропатия - наибольшая болезненность позади надмыщелка, характерные неврологические изменения в зоне иннервации локтевого нерва.

При компрессии переднего межкостного нерва боль возникает при напряженных скручивающих моментах. Она возникает при пронации предплечья с сопротивлением. Отмечают слабость оппозиции I и II пальцев.

Бицепитальная тендопатия.

Инсерционная тендопатия дистального отдела *m. biceps brachii* в области прикрепления к бугристости лучевой кости. Достаточно часто встречаются у гимнастов, штангистов и других силовых атлетов, но, к сожалению, редко диагностируют. Бицепитальный тендинит характеризует боль в переднем отделе сустава, усиливающаяся при разгибании локтевого сустава и при супинации предплечья, выполняемых с сопротивлением. Однако, встречаются пациенты с жалобами на умеренную боль и дискомфорт в проксимальных отделах мышц – пронаторов и мышц – супинаторов кисти, результаты обследований которых не укладываются в вышеперечисленные состояния.

Синдром грудного выхода.

Синдром грудного выхода (СГВ) - это синдром, при котором возникает сдавление (компрессия) сосудисто-нервного пучка руки с появлением выраженного дискомфорта или даже боли в плече, руке и шее, серьезно нарушающих качество жизни человека.

На выходе из грудной клетки существует 3 естественных анатомических пространства, где возможно компрессионное воздействие:

- 1) межлестничное пространство,
- 2) реберно-подключичное пространство,
- 3) пространство позади малой грудной мышцы.

Для уточнения диагноза используются такие методы исследования как рентгенография грудной клетки, различные нейросенсорные исследования, УЗИ сосудов, ангиография или компьютерная томография с контрастированием сосудистого русла.

Среди основных причин СГВ: травма, врожденные особенности строения надключичной и подключичной области, опухоли, нарушение осанки, беременность (за счет вынужденного положения руки при обращении с ребенком), однообразные движения в плечевом суставе (профессиональная вредность - теннисисты, маляры, слесаря, скрипачи и т.д.).

Однако, манифестные проявления СГВ на приеме у ортопеда не встречаются, т.к. пациенты будут наблюдаться у коллег – неврологов.

Таким образом, мы имеем дело с периферическими проявлениями миофасциальных нарушений верхнего плечевого пояса и области шеи (без типичной клинической картины синдрома грудного выхода). Дополняет картину, как правило, верхний и нижний перекрестный синдром, где необходимо устранить дисбаланс между мышцами с повышенным и пониженным тонусом. Для получения долгосрочного положительного результата у пациента важна слаженная работа мультидисциплинарной команды специалистов: ортопед, невролог, реабилитолог, физический терапевт.

С сентября 2018 по март 2019 в Медицинском центре «Планета Здоровье» наблюдалось 10 пациенток с подобными состояниями. Причем, 7 находились в декретном отпуске по уходу за ребенком.

Пациентки получили от 3 до 7 сеансов воздействий на миофасциальные структуры грудного выхода: ишемическая прессура триггерных и болевых точек, расслабление и растяжки мышц, ПИРМ, работа на устранения мышечного дисбаланса верхнего перекрестного синдрома (с физическим терапевтом в тренажерном зале).

Были обучены приемам реабилитации домашних условиях. Медикаментозное лечение не применялось. Все пациентки завершили курс реабилитации с положительным результатом.

ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА ІНТЕНСИВНІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ З БОЛЕМ В СПИНІ РІЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Маслова І. Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Мета: метою роботи було виявити ймовірні фактори впливу на інтенсивність больового синдрому (у день звернення за медичною допомогою) та оцінити його клінічні характеристики в залежності від його локалізації та супутньої патології.

Матеріал та методи дослідження: У дослідженні брало участь 139 пацієнтів, з них – 83 жінки віком від 45 до 60 років та 56 чоловіків у віці від 30 до 58 років із болем у спині різної локалізації. Основну групу склали пацієнти з гострим больовим синдромом: 34 чоловіки та 35 жінок. Контрольну групу становили пацієнти із загостренням хронічного больового синдрому – 21 чоловік та 48 жінок. У всіх пацієнтів було діагностовано неспецифічний біль в спині у вигляді цервікалгій, цервікокраніалгій, цервікобрахіалгій (з наявністю радикулопатії шийного рівня – 7 пацієнтів, 3 чоловіки та 4 жінки), хворі з торакалгією, люмбалгією, люмбошіалгією (з радикулопатією поперекового рівня – 21 пацієнт: 14 чоловіків та 7 жінок). Больовий синдром оцінювався за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Невропатичний компонент болю виявляли за допомогою опитувальника DN4, емоційний фон оцінювали за допомогою шкали депресії Бека та шкали тривоги Бека, якість життя – за шкалою SF-36. Оскільки дані, отримані з опитувальників, є порядковими ознаками, для порівняння груп за ступенем інтенсивності болю ми використовували непараметричний критерій Уїлкоксона-Манна-Уїтні. Розподіл номінальних ознак порівнювали за допомогою критерію хі-квадрат з корекцією на неперервність Йетса. Кореляцію між числовими ознаками вивчали, використовуючи непараметричний кореляційний коефіцієнт Спірмена. Усі обчислення виконували у програмному середовищі для статистичного аналізу R 3.4.3. Для побудови графіків користувались програмною бібліотекою ggplot2.

Лікування: усім пацієнтам у перші два дні був призначений кеторолак, а надалі – мелоксикам або целекоксиб в залежності від коморбідних станів пацієнта для запобігання побічних ефектів протягом 10 діб перебування у стаціонарі, а потім – до 10 днів для амбулаторного прийому при потребі.

Результати та їх обговорення: Найвище середнє значення інтенсивності болю за ВАШ достовірно спостерігалось у групі пацієнтів з люмбошіалгією, порівняно з іншими рівнями ураження, та становило $6,93 \pm 1,74$ бали ($p=0,044$). Дещо меншою середньою інтенсивністю болю характеризувалась група пацієнтів з люмбалгією ($6,79 \pm 1,78$). Ці дані співпадають із результатами оцінки рівня болю згідно осі ВР шкали SF-36: найсильнішою вона була у пацієнтів із симптомами ішіалгії ($36,2 \pm 17,8$ балів, $p=0,017$) і люмбалгії ($37,4 \pm 18,3$ балів, $p=0,011$) та асоціювалась з гіршими показниками фізичного функціонування (вісь PF шкали SF-36), яке найбільш страждає при симптомах ішіалгії (середня кількість балів у групі становить $66,2 \pm 22,5$) та люмбалгії ($66,5 \pm 21,7$ балів), а це, найбільш імовірно, пов'язано з переважним навантаженням відповідних анатомічних структур при фізичній активності.

Висновки:

1. У пацієнтів із люмбалгією та ішіалгією відмічені достовірно вищі рівні болю не тільки за ВАШ, але й згідно вісі ВР шкали SF-36 порівняно з больовими синдромами інших регіонів. У них достовірно більше страждає фізичне та рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (вісь PF шкали SF-36). При цьому, ці хворі демонструють кращі показники загального стану здоров'я (вісь GH шкали SF-36).
2. Цервіко-краніалгія достовірно супроводжувалась розвитком депресивних та тривожних розладів за шкалами депресії та тривоги Бека в порівнянні з іншими регіонами локалізації болю. Біль в області голови достовірно супроводжувався найнижчими показниками життєвої активності, соціального функціонування, рівнем ментального здоров'я (за шкалою SF-36).

3. Усі пацієнти із загостренням хронічного болю характеризувались достовірно зниженим рівнем фізичного функціонування, погіршеною життєвою активністю та станом загального та ментального здоров'я в порівнянні з хворими, які вперше відчували біль у спині.
4. Серед пацієнтів із загостренням хронічного болю спостерігалось у два рази більше хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) та цукровий діабет. Особливої уваги заслуговують хворі з АГ: незважаючи на “аналгезуючий” ефект АГ, що підтверджують дані нашого дослідження, частота загострень у цих хворих підвищується та призводить до погіршення фізичного та соціального функціонування.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ МЕТОДАМИ ВІДНОВЛЕННЯ БІОМЕХАНІКИ ТІЛА

Олійник Ф. В.

Клініка «МЕДІОЛ»

Актуальність проблеми

З кожним роком збільшується кількість хворих з дегенеративно – дистрофічними захворюваннями хребта та суглобів. Більше того, збільшується ступінь вираженості та частота ускладнень, що змушує звертатись до хірургів ортопедів з приводу заміни суглоба чи нейрохірургів – задля видалення міжхребцевої грижі. В Україні на остеохондроз хребта страждає близько 60–75% населення, вражаючи людей працездатного віку і, призводячи до тимчасової або стійкої втрати працездатності та інвалідності. При чому, лідером можна назвати остеохондроз поперекового відділу хребта.

Це на нашу думку, пов'язано з такими основними причинами:

- 1) Неповноцінне проведення діагностики проблемної зони хребта чи суглобів без врахування законів біомеханіки;
- 2) Відсутність єдиного бачення та цілісного підходу у лікуванні таких хворих;
- 3) Застосування моно методів з впливом лише на декілька ланок патологічного процесу;
- 4) Недостатня кількість спеціалістів, що займаються даною проблемою;
- 5) Відсутність єдиної навчальної бази спеціалістів, де можна всебічно отримати знання з таких дисциплін, як: неврологія, нейрохірургія, ортопедія та травматологія, остеопатія, класична мануальна терапія, прикладна кінезіологія та медична реабілітація.

Мета дослідження

Оцінити ефективність комплексного підходу у діагностиці та лікуванні хворих з проблемами хребта та суглобів у поєднанні з власними патентованими методами. Розробити єдину концепцію застосування різних методів лікування з врахуванням специфіки патологічного процесу та індивідуальних особливостей організму.

Матеріали та методи

В медичному центрі «МЕДІОЛ» з 2010 року ми активно застосовуємо власний запатентований метод безопераційного лікування дегенеративно – дистрофічних захворювань хребта, ускладнених міжхребцевими грижами та протрузіями. Метод базується на нормалізації патологічних вигинів всіх відділів хребта без зриву адаптивних захисних особливостей організму. Курс лікування складає від 10 до 15 процедур, проходить які слід через день. Ефективність лікування складає в межах 70 – 80%.

За останні два роки ми збільшили кількість методів лікування та розширили їх практичне застосування. Ми порівняли ефективність застосування однієї методики лікування у порівнянні з комбінованим використання інших.

Матеріалом дослідження стали 120 пацієнтів працездатного віку від 25 до 60 років, які проходили лікування протягом останніх 6 місяців 2018 – 2019 рр. З них було 73 жінки та 47 чоловіків. У 45 пацієнтів були виключно скарги на проблеми хребта, у 53 пацієнтів -

поєднання скарг на проблеми хребта та суглобів і у 22 пацієнтів - виключно турбували суглоби.

Пацієнтів ми розділили на дві великі групи:

86 пацієнтам ми застосовували власні методи лікування з впливом на різні ділянки хребта, 34 пацієнтам застосували індивідуально підібрані в залежності від проблеми комбінації власних методів у поєднанні з наступними методами:

- Краніосакральна терапія,
- Вісцеральна терапія
- Остеопатичні методики
- Виготовлення індивідуальних устілок
- ПРП терапія
- Корекція суглобів
- Аквапунктура гомеопатичними засобами
- Власний патентований метод озонотерапії в поєднанні з вакуумними банками
- Психотерапевтична корекція.

Перед початком лікування ми проводили візуальну оцінку згідно з основами прикладної кінезіології та вертебологічне тестування. Обстежували всіх пацієнтів методом фотометрії, в багатьох випадках направляли на рентген та МРТ обстеження.

Перед сеансами вісцеральної терапії пацієнтів обов'язково направляли на УЗД обстеження черевної порожнини. При головних болях і головокружіннях пацієнти додатково консультувались у невролога та проходили за необхідності доплерографію судин голови та шиї. В окремих випадках пацієнти консультувались у ревматолога, гастроентеролога та психолога.

Курс лікування в середньому становив 10 процедур, в залежності від ступеня дегенеративних змін та індивідуальних властивостей організму. Комплекс процедур займав в середньому 40 – 80 хвилин в день і підбирався індивідуально.

Результати лікування оцінювали за такими критеріями:

- больовий синдром (шкали ВАШ (візуальна аналогова шкала) та Мак Наба);
- покращення функції хребта та суглобів (у градусах);
- м'язовий тонус (за п'ятибальною шкалою);
- неврологічна симптоматика;
- зміна стереотипу постави (по фотометрії);
- психоемоційний статус.

По закінченню курсу лікування всім проводили повторну оцінку стану згідно з основами прикладної кінезіології та аналізували фотометрію хребта – до і після лікування. Через 1, 6 місяців повторно проводили дані дослідження.

Оцінка результатів

З 120 пацієнтів у 90% пацієнтів ми відмітили зникнення або зменшення больового синдрому, збільшення функції хребта та суглобів, відновлення неврологічної симптоматики, покращення стереотипу постави у вигляді зменшення кута викривлення у сагітальній та фронтальній площинах - в середньому на 5 - 10 градусів та стабілізації загального центру ваги, нормалізації сну, психоемоційної сфери (уваги, пам'яті, емоційної лабільності). У 10% випадків процеси відновлення були більше сповільненні, враховуючи загальний стан організму та виражену супутню патологію. Значно скоротились загальні строки лікування та відновлення організму: на 50-80%.

Висновки та аналіз проведених досліджень

Таким чином, розроблений нами принцип комплексного підходу, що полягає у поєднанні різних методів лікування, дозволив значно покращити результати, знизити загальні строки лікування та покращити стан організму як на фізичному так і психоемоційному рівнях.

За багато років практичної діяльності лікаря ортопеда – травматолога у державних установах та, працюючи приватним лікарем вертебологом, я випробував безліч методик діагностики та лікування проблем хребта та суглобів. Але на сьогодні, я зрозумів, що тільки цілісне бачення та комплексний підхід у лікуванні пацієнтів зможе повноцінно вирішити проблему, і у багатьох випадках, попередити грізні ускладнення та уникнути операції.

Враховуючи актуальність проблеми вивчення та комплексного застосування методів лікування хребта та суглобів, ми пропонуємо спільними зусиллями створення єдиної школи вертебології та введення професії лікаря вертеболога в єдиний реєстр спеціалістів.

НЕЙРОБІОЛОГІЧНІ ЕФЕКТИ ТРАНСКУТАННОЇ ЕЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦІЇ

Паламарчук А.Л., Шестеріна Д.В., Таббах Н. М., Шемет Є.Р., Вальковський Д.Е.,

ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ

Мета: на основі медичної літератури бази даних PubMed, Medline, Google Scholar проаналізувати вплив ТЕНС на клініку.

Методи: аналіз рандомізованих медичних досліджень в базах даних медичних та біологічних публікацій PubMed, Medline, Google Scholar.

Вплив електричного струму різної модальності на м'язову тканину викликаний його можливостями спричиняти неконтрольовані скорочення м'язів, які при певних патологічних станах можуть дати позитивний терапевтичний ефект. З цією метою в більшості випадків використовують постійні імпульсні струми з різною частотою та тривалістю.

Серед сенсомоторних електро-стимуляційних терапевтичних методів розрізняють наступні:

- нервово-м'язова електростимуляція (НМЕС) - це метод застосування електричних струмів шляхом транскутанного накладання електродів, який використовується для генерування м'язових скорочень за допомогою стимуляції нижніх моторних нейронів;
- транскутанна електрична стимуляція нервів (ТЕНС) передбачає застосування електричного струму через поверхнево розташовані електроди на шкірі, яка сприяє моторній активації нервів (отримання м'язових скорочень) на низькій частоті (<10 Гц), або спонукання парестетичного ефекту без м'язових скорочень при високій частоті (> 50 Гц).

Згідно з даними наукової літератури, можна зробити висновок, що механізм дії ТЕНС суперечливий, але на підставі аналізу результатів рандомізованих досліджень було встановлено, що ТЕНС є дуже ефективною в терапії саме хронічного больового синдрому (dos Santos-Fontes et al. 2013; Jung et al. 2017; Fleming et al. 2015), яка дозволяє знижувати необхідність, а іноді і повністю відмовитися від прийому анальгетиків при умові 30-35 денного безперервного курсового лікування.

Високочастотна ТЕНС активує механізми пригнічення болю нервової системи. Електричні імпульси від електродів, розташованих на шкірі над вогнищем болю, стимулюють периферичні нерви до рівня блокади больових сигналів в напрямку мозку на рівні нижнього мотонейрону.

Стимуляція гладких м'язів артеріол і поверхневих м'язів шкіри, викликана електричними імпульсами, активує процеси утилізації брадикініну і медіаторів запалення (ацетилхоліну, гістаміну), які виділяються при розвитку больового синдрому. Посилення локального кровотоку активує місцеві обмінні процеси та захисні властивості тканин. Поряд з цим зменшується набряк і відновлюється тактильна чутливість в зонах локальної хворобливості.

Низькочастотна ТЕНС стимулює викид ендорфінів – природних інгібіторів болю. Ендорфіни, що накопичуються в гранулах при збудженні нейрона під впливом кальцію, секретуються в синаптичну щілину. Взаємодія ендорфіну з опіатним рецептором постсинаптичної мембрани порушує чутливість до медіатора тих її рецепторів, що передають больову сигналізацію.

Серед додаткових, клінічно важливих результатів застосування ТЕНС слід відзначити ефекти на рухову активність, м'язову силу, спритність та повсякденну діяльність.

Висновки: Висновки наведені в таблиці нижче.

Ефекти ТЕНС

Ефекти ТЕНС на...	Висновки	Клас доказовості
<u>Рухова активність</u>	<ul style="list-style-type: none"> найкращий ефект покращення рухової активності в порівнянні з іншими методами сенсомоторної стимуляції ефективність для поліпшення рухової активності під час білатерального тренування (одночасний рух обох рук чи ніг) – між ТЕНС під контролем ЕМГ в порівнянні з НМЕС під контролем ЕМГ є однаковою 	1a 1b
<u>М'язова сила</u>	суперечливі свідчення про вплив ТЕНС для поліпшення м'язової сили в порівнянні із звичайними терапевтичними методиками	1a
<u>М'язова спритність</u>	суперечливі свідчення про вплив ТЕНС для поліпшення спритності в порівнянні із специфічними та загальними терапевтичними методиками	1a
<u>Повсякденна діяльність</u>	суперечливі свідчення про вплив ТЕНС для поліпшення спритності в порівнянні із специфічними та загальними терапевтичними методиками	1a

БІЛЬ У СПИНІ: ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ «DAVID SPINE CONCEPT»

Покідко А.М., Никоненко П.І., Соколюк М.М.

Медичний центр ТОВ «Інститут вертебрології і реабілітації»

Біль у спині - один з найпоширеніших клінічних синдромів у практиці лікаря ортопеда-травматолога, невропатолога і фахівця з реабілітації. Тривала біль погіршує якість життя, призводить до втрати працездатності, сприяє розвитку астено-депресивних станів. Як наслідок проблема болю в спині має виражене соціально-економічне значення в сучасному суспільстві.

У більшості випадків біль у спині має функціональний характер і неможливо виявити його структурні причини. Правильним шляхом лікування таких проблем є активне відновлення функціональних можливостей хребта та оточуючих м'язових структур. Концепція David Spine розроблена спеціально для таких потреб. У Медичному центрі ТОВ «Інститут вертебрології і реабілітації» методика David активно застосовується при лікуванні болю в спині і входить в основну програму лікування пацієнтів поряд з поширеними методами (медикаменти, фізіотерапія, масаж, мануальна терапія).

Для побудови індивідуальної і повністю контрольованої програми активної реабілітації використана комп'ютеризована система з потужним програмним забезпеченням і з величезною референтною базою, зібраною упродовж 25 років. Система має можливість оцінювати статус м'язового корсету (вимірювання сили м'язів, амплітуди рухів і асиметрії м'язів), контролювати точне і дозоване навантаження. Рухи оптимізовані біомеханічно завдяки конструкції тренажерів. При рухах і навантаженнях враховується переносимість болю та індивідуальні анкетні дані.

У патогенезі болю в спині також важливу роль відіграє наявність асиметрії в силі м'язів хребта, оскільки при цьому окремі групи м'язів перевантажуються і спазмуються, що призводить до появи міофасціального больового синдрому. Заняття на тренажерах David дозволяють істотно впливати на такий механізм виникнення болю шляхом ізолюваного навантаження на ослаблені м'язові структури.

При аналізі даних комп'ютеризованої системи David про стан м'язів у пацієнтів з болями в спині, яким проводилось курсове лікування, відзначено збільшення сили м'язів, амплітуди

руху і усунення м'язового дисбалансу, що призводить до поліпшення функціональних можливостей хребта.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Пчеляков А.В.

ГУ Детский специализированный (специальный) клинический санаторий «Хаджибей»

Спаستические контрактуры и деформации нижних конечностей являются типичным проявлением спастических форм детского церебрального паралича (ДЦП), ведущим к тяжёлым стато-локомоторным нарушениям и инвалидизации больных. Важное значение в этом имеют нестабильность тазобедренных суставов (ТБС), формирующаяся на фоне дисплазии, а также наиболее частая из контрактур нижних конечностей – эквинусная (ЭК).

Цель исследования: повышение эффективности комплексного санаторного лечения нестабильности ТБС и ЭК у детей с ДЦП для улучшения их двигательных возможностей.

Исследование проведено у 24 больных ДЦП обоего пола в форме спастической диплегии с различной степенью нестабильности ТБС и с ЭК в возрасте 6-8 лет. Сроки наблюдения 1,5 года.

Применяли следующие методы исследования: клинические (определение степени спастической контрактуры по измерению углов пассивных движений в ТБС и голеностопных суставах по 0°-проходящей методике), рентгенологические: обзорная рентгенограмма таза (миграционный индекс Reimers – МИ); по рентгенснимкам стоп с нагрузкой определяли фронтальный и боковой таранно-пяточные углы (ФТПУ, БТПУ). Степень спастичности мышц определяли по шкале Ashworth. Двигательные нарушения определяли по шкале GMFCS. Интегральную оценку состояния детей с ДЦП проводили по разработанной нами шкале. Из всей группы, 10 пациентов передвигались свободно на расстояние до 15-20 м (II уровень), 14 – передвигались с опорой (III уровень). Отмечались динамическая контрактура ТБС – III ст спастичности и фиксированный эквинус - IV ст ($\angle 10^\circ$ и $5-7^\circ$ соответственно). Рентгенография ТБС: МИ до 15% отмечался у 15 больных, до 25% - у 9-ти. По рентгенснимкам стоп: ФТПУ – $\angle 20-30^\circ$; БТПУ – $\angle 35-40^\circ$. У всех отмечалась плоско-вальгусная деформация стоп.

Курс комплексного лечения в условиях специализированного детского санатория включал: бальнеогрязелечение, кинезотерапию, иппотерапию, физиотерапию, массаж, специальный курс лечебной гимнастики. По окончании лечебного курса выполнялась коррекция ЭК этапным гипсованием (ЭГ), состоявшим из трех этапов с осевой нагрузкой на нижние конечности. После курса ЭГ изготавливались и назначались голеностопные ортезы на время отдыха, ортопедическая обувь. Обучение ходьбе осуществлялось с применением разгрузочно-тренировочного костюма «Гравистат» и аппарата S.W.A.S.H., поддерживающего состояние разведения в ТБС. Пациенты за период наблюдения получили 2-3 курса санаторного лечения с повторным курсом ЭГ.

В результате, клинически и рентгенологически состояние ТБС через 1 год улучшилось у 8 пациентов, через 1,5 лет – у 10 пациентов. В 6-ти случаях состояние ТБС осталось прежним. Клиническое улучшение заключалось в увеличении объёма пассивных движений в ТБС: отведения – на $\angle 10^\circ$ (7), на 5° (9), у остальных объём движений не ухудшился. Уровень спастичности мышц остался на прежнем уровне. Через 1,5 года произошло снижение МИ в среднем на 7% у 16 пациентов (68,6%). У остальных его значение осталось прежним при наличии клинического улучшения, что также расценивалось как положительный результат. ЭК скорректирована у 17 больных (79,8%), у 7-ми (20,2%) величина его стала меньше первоначальной. Клинически улучшение со стороны стоп заключалось в повышении их опороспособности. Плоско-вальгусный компонент корригировали ортопедическими средствами. Улучшение рентгенологических показателей было не таким явным и

заклучалось в уменьшении ФТПУ и БТПУ в среднем на 5-7°. Улучшили свои двигательные возможности с переходом на более высокий уровень 18 детей (75,0%); без изменений – 6 (25,0%), что при положительной динамике клинических и рентгенологических показателей также расценивали как улучшение.

Таким образом, целенаправленное комплексное санаторное лечение ДЦП у больных с применением метода ЭГ и необходимого ортопедического пособия показало свою эффективность в предотвращении нарастания признаков нестабильности в ТБС и в коррекции ЭК, что позволило улучшить стато-локомоторные возможности больных в этом возрасте (6-8 лет) и даёт предпосылки к положительной динамике со стороны опорно-двигательного аппарата в будущем.

МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТКОВОМУ БОЛЬОВОМУ СИНДРОМІ

Рой І.В., Пилипенко О.В., Ячник С.П.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м.Київ

Мета. Визначити ефективність застосування мануальної терапії (МТ) при плече-лопаткових болях неврологічного та ортопедичного походження.

Матеріали. Обстежено 456 хворих з плече-лопатковим больовим синдромом. У 237 з них виявлено патологію ортопедичного характеру: адгезивний капсуліт мали 22 (9,28%) хворих, теносиновіти - 31 (13,08%), субакроміальний імпінджмент - 32 (13,5%), пошкодження зв'язкового апарату та суглобової губи – 18 (7,59%), контрактури - 42 (17,73%), артрози суглобових з'єднань - 49 (20,68%), функціональні блоки суглобових з'єднань - 43(18,14%). У інших 219 пацієнтів болі в плече-лопатковій області мали неврологічне походження: вертеброгенні рефлекторні цервікобрахіалгії - 104 (47,49%) хворих, компресійний корінцевий синдром - 59 (26,94%), невропатію надлопаткового нерву – 36 (16,44%), рефлекторний відбитий (вісцерогенний) біль - 20 (9,13%). Показанням для МТ були функціональні блоки сегментів шийного відділу хребта, контрактури та функціональні блоки 5 суглобових з'єднань, які забезпечують повноцінний плече-лопатковий ритм (грудиноключичне, ключично-акроміальне, піддельтовидне, плече-лопаткове, торако-скапулярне). Мета МТ – мобілізація резервів рухів у суглобах, відновлення «суглобової гри». На підготовчому етапі проводили масаж, акупресуру, ППР, легку тракцію. МТ поєднувала м'які мобілізаційні техніки: позиційну, ритмічну, тракційну, кругову та маніпуляції - поштовхові та ударні. Проводили 3-5 сеансів через день.

Результати. МТ найбільш ефективною була у групи хворих з рефлекторними цервікобрахіалгіями, внаслідок блокування шийних хребтових сегментів (78 осіб). Добрий результат отримали у 54 осіб (69,23%), задовільний – у 20 (25,64%), незадовільний – у 3 (5,13%). Ефективним було проведення МТ при функціональних блоках суглобових з'єднань плече-лопаткової області та їх контрактурах - 60 осіб: добрий результат отримали у 42 (70,0%) хворих, задовільний – у 13 (26,67%), незадовільний – у 5 (3,33%). При болях іншого походження – дегенерації зв'язкового апарату та суглобової губи, теносиновітах, капсулітах, невропатії надлопаткового нерву, дискогенних компресійних нейропатіях, відбитих (вісцерогенних) болях МТ була малоефективною або неефективною зовсім.

Висновки.

1. Запорукою ефективності МТ при болях в плече-лопатковій області є вірна діагностика походження больового синдрому та вірна оцінка дієвості мануальних заходів на виявлену патологію.
2. Як самостійний метод лікування, МТ є ефективною при вертеброгенних рефлекторних цервікобрахіалгіях, при контрактурах та функціональних блоках суглобових з'єднань.
3. При плече-лопатковому больовому синдромі іншого походження МТ не ефективна.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ УШКОДЖЕННЯХ МЕНІСКІВ І ПЕРЕДНЬОЇ ХРЕСТОПОДІБНОЇ ЗВ'ЯЗКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Рой І.В., Гайко О.Г., Перфілова Л.В.

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, Київ, Україна

Важливим завданням сучасної травматології та ортопедії залишається проведення кількісної об'єктивної оцінки ефективності лікувально-реабілітаційних заходів (ЛРЗ) після артроскопічних втручань у хворих з ушкодженнями передньої хрестоподібної зв'язки (ПХЗ) і менісків колінного суглоба (КС).

Актуальність дослідження полягає у впровадженні нових кількісних методів функціональної діагностики для підвищення її ефективності при зазначеній патології, а також оцінки ефективності післяопераційних ЛРЗ.

Мета роботи: визначити функціональний стан периартикулярних структур (ПС) КС до та після ЛРЗ з наступною об'єктивною кількісною оцінкою ефективності ЛРЗ за допомогою методу електропунктурної діагностики (ЕПДФ).

Задачі дослідження: визначити кількісно ступінь інтенсивності запального процесу по I-III стадіях Р.Фолля у ПС КС у динаміці та по розроблених на основі ЕПДФ кількісних критеріях оцінити ефективність ЛРЗ.

Матеріали і методи: За методом ЕПДФ у динаміці було обстежено 77 хворих, зокрема, 50 жінок і 27 чоловіків віком 17-71 рік. Усіх хворих було розподілено за діагнозами: ушкодження ПХЗ КС, ушкодження менісків КС та поєднані ушкодження ПХЗ і менісків КС. Досліджували біологічно активну точку (БАТ) ПС КС з боку ураження. У зазначеній БАТ було проведено понад 77 вимірювань показників з урахуванням їх максимальних значень.

Всі хворі були первинно обстежені через 1 тиждень-3 місяці після артроскопічних втручань. Застосовували розроблені нами об'єктивні кількісні критерії оцінки ефективності (відмінний, добрий, задовільний та незадовільний) на основі I-III стадій запалення та норми Р.Фолля, порівнюючи дані досліджень у динаміці (до та після ЛРЗ). Стадії запалення Р.Фолля: I – 66-75 умовних одиниць (УО); II – 76-85 УО; III – 86-100 УО.

Критерії інтерпретуються як відмінний, добрий, задовільний та незадовільний результати таким чином: перехід I-III стадій запалення Р.Фолля до норми вважається відмінним результатом; перехід II стадії до I, а III до I і II – добрим результатом; незмінність стадій: I-I, II-II, III-III – задовільним результатом. Прогресування запального процесу, а саме, перехід I стадії до II або III, а II до III, або якщо при вихідній III (до ЛРЗ) значення показника виміру (після лікування) стало вище, є незадовільним результатом.

Дані дослідження було обраховано за допомогою методу непараметричної статистики із застосуванням критерію Вілкоксона-Манна-Уїтні, а також із застосуванням критерію достовірності p . При значенні $p > 0,5$ результати вважаються недостовірними, а чим значення $p < 0,5$, тим ступінь достовірності вважається вищою.

Результати: Згідно одержаних даних, з 77 хворих відмінний результат мали 26 (33, 7 %), добрий – 31 (40, 2 %) та задовільний – 20 (26 %). Незадовільного результату не було у жодного хворого. Тобто, позитивну динаміку (відмінний та добрий результати) визначено у переважної більшості (74 %) хворих. Згідно розрахунків із застосуванням критеріїв Вілкоксона-Манна-Уїтні та достовірності p , доведено високий ступінь достовірності результатів ЕПДФ-дослідження (від $p < 0,05$ до $p < 0,01$).

Слід зауважити, що встановлення різних стадій запалення у ПСКС обумовило призначення протизапальної терапії з метою поліпшення ефективності ЛРЗ та профілактики можливих ускладнень.

Висновки:

1. Визначено запальний характер патологічного процесу різного ступеня інтенсивності по I-III стадіях Р.Фолля у БАТ ПС КС в усіх (100 %) хворих із зазначеною патологією.

2. За допомогою розроблених на основі методу ЕПДФ кількісних критеріїв проведено об'єктивну оцінку ефективності результатів ЛРЗ після артроскопічних втручань.
3. Визначено наявність позитивної динаміки ЛРЗ у переважній більшості (74 %) хворих з ушкодженнями менісків і ПХЗ КС. Доведено статистично високий ступінь достовірності (від $p < 0,05$ до $p < 0,01$) результатів ЕПДФ- дослідження.

Таким чином, застосування методу ЕПДФ з одержанням нових кількісних даних дало змогу об'єктивно, кількісно та достовірно оцінити ефективність післяопераційних ЛРЗ при ушкодженнях менісків і ПХЗ КС.

ФУНКЦІОНАЛЬНА БЛОКАДА МІЖХРЕБЦЕВИХ СУГЛОБІВ НА РІВНІ Th₁₁ – L₂, ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ ЧИ ПОСИЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОЇ СИМПТОМАТИКИ В ГРУДНОМУ ТА ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОМУ ВІДДІЛАХ СПИНИ. МАНУАЛЬНА ТЕРАПІЯ, ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПРИ ДАНОМУ ПОРУШЕННІ ПСИХО-М'ЯЗОВОГО СТЕРЕОТИПУ РУХУ

Саєнко Г.Є., Бенедь Т. О.

"Клініка Саєнко", м. Трускавець

Враховуючи анатомічні особливості першого поперекового хребця та різноплощинну направленість верхньої та нижньої пар його суглобів (фронтальна та сагітальна площини) можна передбачити його надзвичайно важливу роль у формуванні психо-м'язового стереотипу руху людини, формуванні торакалгій та люмбагій при блокаді рухливості на рівні Th₁₁ – L₂ . Очевидно, що така різна орієнтація суглобових площин потрібна для оперативного перенесення частини навантаження на суміжні відділи хребта при перевантаженні окремо взятої. При обстеженні контрольної групи (304 пацієнти) із скаргами на біль в грудному та попереково-крижовому відділах спини у 92% (279 пацієнтів) була виявлена блокада суглобової гри на даному рівні. Як провокуючий фактор для дебюту функціонального порушення руху виступали тривалі статичні навантаження, перебування в одному положенні тривалий час, що очевидно приводило до «захисного м'язового корсетування» на даному рівні, і при відсутності розвантаження, до «консервування» блокади. Групами професійного ризику виступали: стоматологи, перукарі, хореографи, музиканти, працівники косметичних салонів та інші. Даний вид порушення характерний для деяких функціональних станів людини які призвели до зміщення вперед центру ваги, як наприклад, вагітність чи надлишкова вага.

Мета дослідження: Вивчення впливу функціональної блокади чи обмеження суглобової гри на рівні Th₁₁ – L₂ та її роль у порушенні психо-м'язового алгоритму руху та виникненні, чи посиленні больової симптоматики у грудному та попереково-крижовому відділах спини. Визначення професійних груп підвищеного ризику для виникнення даного порушення, та певних фізіологічних станів людини. Вивчення ефективності мануальної терапії, як патогенетичного методу лікування при даних порушеннях. Роль лікувального масажу та тренування «корсетних» м'язів в подальшій реабілітації та соціалізації пацієнтів в контрольній групі.

Методи дослідження: Велике значення при консультативному огляді мав детальний збір анамнезу для визначення травматичної ситуації чи особливостей професії, або функціонального стану пацієнта для виникнення блокади на рівні Th₁₁ – L₂. Амплітуда руху блокованих суглобових пар визначалася при флексії, екстензії, боковому нахилі та ротації. Також проводилася оцінка пружності, рухливості та амплітуди руху в інших суглобових парах попереково-крижового та грудного відділів хребта.

Результати дослідження: При обстеженні пацієнтів із скаргами на біль в області грудного, або попереково-крижового відділів спини в 92% випадків мало місце порушення амплітуди і пружності руху в МХС на рівні Th₁₁ – L₂. Також у багатьох пацієнтів мала місце гіпермобільність в МХС на рівні L₅ – S₁ з однієї чи обох сторін, як результат тривалого і

постійного перевантаження попереково-крижового відділу хребта. Це значно посилювало інтенсивність больової симптоматики. При односторонній гіпермобільності на рівні L₅ – S₁, як правило, була діагностована блокада в тазово-крижовому суглобі з протилежної від гіпермобільності сторони та укорочення грушовидного м'яза зі сторони гіпермобільності.

Враховуючи, що м'язово-тонічна симптоматика виступала, як провокуюча, для виникнення больового синдрому, мануальна терапія (маніпулятивна техніка, диференційований метод) виступала, як основний, патогенетичний метод лікування і була направлена на відновлення рухливості в блокованих сегментах. При цьому суглоби з гіпермобільністю не маніпулювалися. При наявності запального процесу в гіпермобільних суглобах додатково призначалася протизапальна терапія. Маніпуляції проводилися в процесі лікувального масажу. В результаті проведеного лікування динамічне навантаження рівномірно розподілилося на деблоковані сегменти і зменшилося на гіпермобільні суглоби, що привело до знаття больового синдрому. Відстеження стану пацієнтів після лікування показало надзвичайну важливість хоча б мінімального ЛФК комплексу для тривалості ремісії (до 4-5 міс. ремісії у пасивних пацієнтів і до 8-9-ти місяців у пацієнтів, які виконували рекомендації стосовно ЛФК).

РЕКОМЕНДАЦІЇ ПАЦІЄНТАМ ІЗ ПЕРЕДНІМ СПОНДИЛОЛІСТЕЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.

Стеценко О.Г.

ДУ «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України»

Зміщення вищерозміщеного хребця наперед від нищерозміщеного є антеспондилолістез (передній спондилолістез). Антеспондилолістез L₅ та L₄ (п'ятого та четвертого поперекових хребців) зустрічається найчастіше, що пов'язано з великим навантаженням на нижню частину хребта. Зміщений хребець погано фіксується і може бути досить рухливим. Це приводить до стискування корінців та судин у міжхребцевих отворах, що викликає больовий синдром, відчуття оніміння, слабкість в ногах. Відрізняють стабільний та нестабільний спондилолістез.

До клінічних ознак відносяться: біль у попереку та ногах, тупий у покої, посилюється при навантаженні, підйомі вантажу, вранці щоб встати потрібна розтяжка, виражений поперековий лордоз, наявність поглиблення (ямки) над остистим відростком зміщеного хребця та болісність при пальпації над ним, гіпо- чи атрофія сідничних м'язів, напівзігнуті коліна (напруження м'язів згиначів гомілок) та інші.

Для хворого головне зменшити або фіксувати зміщення хребця. Потрібно уникати те, що погіршує стан, а саме:

- тривале стояння чи сидіння;
- носіння вантажу більше 2 кг;
- сон на животі або спині, особливо на жорсткому або дуже м'якому матраці;
- тривала робота у нахилі.

Наступні поради допоможуть уникати загострення більш тривалий час:

- сидіти за столом прямо, не схилиючи голову та верхню частину спини;
- під час тривалого стояння змінювати часто позу, якщо можливо, краще ходити;
- при виконанні роботи більше навантаження давати на ноги, а не попереку;
- якщо треба щось перенести, вантаж потрібно розділити на порції або задіяти допоміжні засоби;
- піднімаючи щось, уникати поворотів та поз, які посилюють прогин у попереку;
- садові роботи виконувати у корсеті або поясі, на колінах або невеликій лавці;
- спати на напів'якому матраці на боці або із зігнутими ногами у колінах та кульшових суглобах (із підкладеними валиками);
- користуватися поясом або корсетом обмежений час;

- обов'язково виконувати вправи на зміцнення м'язів спини та животу;
- фізичні вправи мають виконуватись повільно, без різких рухів, без больових відчуттів та без посилення поперекового лордозу;
- спочатку виконують вправи на розтяжку, потім на зміцнення м'язів;
- найкращі пози для вправ лежачи та на карачках;
- при загостренні приймати анталгічну позу: лежачи на боку із зігнутими ногами або на спині при зігнутих під прямим кутом ногах у кульшових суглобах, чи підтягнути їх до животу і обійняти руками, або ту, що зменшує біль саме у вас;
- під час загострення фізичні вправи краще не виконувати, а звернутись до лікаря.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ У ШКОЛЯРІВ

Філоненко О.О.

Міжнародна академія культури безпеки, екології та здоров'я

Анотація: Було сформовано групу з 30 дітей шкільного віку із захворюванням опорно рухового апарату (викривлення постави) які відвідували уроки фізичного виховання зі здоровими дітьми, та котіві приступить до відвідувань спеціальних груп та уроків зі здорового способу життя, для опанування базових навиків ведення здорового способу життя. Головним є те, що після проведення додаткових занять більша частина школярів виконувала домашні завдання з профілактики та корекції викривлення постави.

Ключові слова: опорно руховий апарат, постава, здоровий спосіб життя, гігієна, сколіоз, сколіотична осанки, профілактика, кіфоз, лордоз, хребет.

Вступ: На сьогоднішній день, щоб прожити довге, повноцінне та дієдатне життя потрібно докласти багато зусиль. Відсутність фізкультурних хвилинок, та правильно спланованих уроків фізичного виховання в яких стоїть завдання формувати не тільки фізичні навички, а також повинні бути викладені навички гігієни постави для подальшого лікування та профілактики викривлення хребта в шкільному віці. Набуті базові знання за вище сказаної дисципліни допоможе у формуванні здорового тіла у продовж усього життя.

Актуальність проблеми. Кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, у 5-6 осіб з тисячі це сколіоз [5]. Поширеність порушень постави і сколіозу серед дітей, за даними різних авторів, складає від 5,0% до 46,9% [6], при цьому саме ідіопатичні сколіози складають близько 80,0- 85,0% від усіх виявлених випадків сколіозу, а загальна кількість випадків деформацій хребта понад 10 градусів за Коббом в популяції знаходиться в межах від 1,5% до 3,0%. Найбільша кількість випадків деформацій припадає на вік старше 7 років, а з нозологічних форм при цьому домінують виражені порушення постави з деформаціями хребта - 34,9% [7].

В школярів у віці від 10 до 17 років порушення постави виявляються в 94% випадків [2]. Ортопедична проблема порушень постави в дитячому віці посилюється, перш за все, невчасною діагностикою, а також неправильним вибором методу лікування, великими витратами на лікування і соціальну реабілітацію [7].

Мета. Актуалізувати можливості попередження та виникнення порушень вертеброгенного генезу. Зазначити ефективність методологічних знань та навичок для первинної та вторинної профілактики.

Ціллю первинної профілактики є попередження виникнення проблем вертеброгенного генезу. Завданням вторинної профілактики є навчання техніці виконання фізичних вправ, які направлені на корекцію, зменшення деформацій та їх подальшу профілактику.

Об'єкт дослідження. Об'єктом дослідження було взято школярів від 7 до 17 років на території Києва. Було проведено візуальні скринінг тести постави. Постава (статура) - це набуте людиною в процесі росту звичайне, невимушене положення тіла, що зберігається в

спокої та при русі. Така звичайна поза тіла людини не вимагає вимушеного положення без навантаження на м'язи.

Формування постави чи звичної пози тіла починається незабаром після народження дитини і продовжується протягом всього процесу її розвитку. Зі звичного положення окремих частин тіла: голови, плечей, лопаток, грудної клітини, живота вже у дітей 3-6 років формується індивідуальна постава.

Нормальна (правильна) постава є одним з критеріїв який визначає стан здоров'я людини, коли всі виділи хребта: шийний, грудний, поперековий – по мірно виражені.

При огляді тулуба спереду відносно фронтальної площини положення голови пряме. Плечі, хребет, ключиці, реберні дуги симетричні. Плечі з легка опущені. Живіт плаский, підтягнутий, а його м'язи напружені. При огляді з заду контури плечей і нижні кути лопаток розміщені на одному рівні, а внутрішні краї - на однаковій відстані від хребта. Лопатки притиснуті до спини. При огляді збоку хребет має помірні фізіологічні вигини: шийний та поперековий лордоз, грудний та крижово-куприковий кіфоз. Вигини хребта виправлені фізіологією тіла людини. До 8-9 років хребет зберігає рухомість. Та зберегти цю рухомість можливо до поважного віку.

Неправильна (порушена) постава супроводжується деформацією опорно-рухового апарату та зміною центру тяжіння, а також, що сприяє виникненню зубощелепної аномалії. Дитина з порушеною поставою має типовий вигляд: асиметрія плечового поясу, крилоподібні лопатки, збільшення глибини природних вигинів хребта, голова схилена в низ, або в бік, погляд наче с під лоба, живіт випинає вперед, груди запалі. Дитина не може торкнутись щільно стіни одночасно п'ятьма точками тіла, а саме, потилицею, лопатками, ікрами, п'ятами та сідницями. Діти з порушеною поставою мають проблеми з зором, настроєм, та швидко втомлюються. [1]

В своїй праці, Горяна Л.Г. запропонувала свою методику корегувальної гімнастики: для профілактики сколіозу; для профілактики лордозу; для профілактики кіфозу; **остеохондроз хребта; остеохондроз хребта з гімнастичною палицею.**

Автор рекомендує комплекс оздоровчо-корегувальної гімнастики з допоміжним обладнанням. За додаткове обладнання ми беремо джгут-резинку для Пілатесу. Зможемо досягнути нормального м'язового тону за умов, якщо комплекс фізичних вправ буде виконуватися в першій половині дня.

Висновок

На прикладі вище сказаних авторів з їхніми методиками було сформовано та впроваджено нову методику фізкультхвилинок. Методика формується на прикладі тонічного м'язового скорочення (схоже з тренування м'язів). Впроваджену нову методику, діти прийняли з заохоченням. Всі оздоровчі комплекси мають оздоровчу специфічність.

Література:

1. Зволинська А.М., Розовик Н.С., Долгіх М.В. Зуби та прикус. - 2018. - С. 150 - 152.
2. Зиняков Н.Н., Болдырев С. Ю., Зиняков Н. Т., Барташевич В. В. К вопросу о распространенности нарушений осанки у школьников // Кубанский научный медицинский вестник.-2009.-№8.-С. 91-93.
3. Горяна Л.Г. Грицишина Т. Методика впровадження здоров'язбережувальних фізкультхвилинок у начально-виховний процес закладів освіти. Київ, 2012 С. 64 -65.
4. Комплекси лікувальної фізичної культури КПІ ДВНЗ “Криворізький національний університет”. Методичні рекомендації. Кривий Ріг. 2016. С. 40-41.
5. Корж Н.А., Мезенцев А.А. Хирургическое лечение ювенильного идиопатического сколиоза //Хирургия позвоночника.-2009.-N 3.-С.30-37.
6. Лінкевич К., Мамєєва-Протопопова Т., Ковров Я. Стан соматичного здоров'я дітей молодшого шкільного віку, хворих на сколіоз на етапі адаптації до навчання у спеціалізованому закладі / Молода спортивна наука України: 36. наук. праць з галузі

фізичної культури та спорту. Вип. 9: У 4-х т. – Львів: НВФ “Українські технології”, 2005. – Т. 2 – С. 182-184.

7. Садовая Т.Н. Скрининг, мониторинг и организация специализированной ортопедической помощи детям с деформациями позвоночника.-Автореф.докт.дис.-Санкт- Петербург, 2010.-26 с.

АЛГОРИТМ ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ НАСЛІДКІВ ЧМТ В УМОВАХ ВОЛОНТЕРСЬКОГО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

Шитіков Т.О.

Волонтерський реабілітаційний центр для учасників ООС, м. Дніпро

Вступ. Останнім часом, внаслідок бойових дій на сході країни з російсько-терористичними формуваннями, спостерігається зростання числа черепно-мозкових травм (ЧМТ) — від 25 до 80 % від загальної кількості травм. За даними сучасних дослідників, комбінована ЧМТ спостерігається до 40% між причин інвалідизації. Відомо, що 30–90 % осіб, які перенесли ЧМТ легкого та середнього ступеня тяжкості, страждають від травматичної хвороби головного мозку. Наслідки черепно-мозкової травми надзвичайно різноманітні, виникають у 30–96 % випадків ЧМТ та залежать як від тяжкості первинного пошкодження, так і від вторинних пошкоджень, а також від перебігу відновлення. До них належить нейроміофасціальна та патологія рухової системи, що виявляється через 3–12 місяців та більше після травми, а деякі клінічні прояви, зберігаються довгий час у вигляді окремих залишкових явищ перенесеної травми або видозмінюються.

Мета дослідження: оптимізація тактики діагностики та реабілітації хворих із наслідками закритої ЧМТ у вигляді нейміофасціальних локомоторних порушень середнього ступеня тяжкості з використанням мануальної терапії включно з краніо-сакральними техніками та за принципами прикладної кінезіології.

Матеріалами і методами дослідження явились спостереження у період 2014-2018 років за 136 учасниками ООС віком від 19 до 45 років. Термін початку спостереження після травми складам від 3 до 6 місяців. Нами використовувались клінічний візуальний огляд за Л.Ф. Васильєвій, неврологічний огляд, постуральне та мануальне м'язове тетстування за Д.Гутхардом, електроенцефалографія, рентгенографія черепу, пульсоксиметрія, пульсова кардіоінтервалографія, нейропсихосоціометрії. Всім пацієнтами проводились сеанси КСТ 1-2 рази на тиждень N 5-6 за методиками остеопатичних шкіл. Додатково нами застосовувались різноманітні методи рефлексотерапії, кінезіотерапії та мануальної терапії: акупресура, шкіряно-міофасціальний реліз, післяізометрична релаксація м'язів (ППР) за А. Лієвим (2003), деторзія твердої мозкової оболонки за В.Сатерляндом (1948), мобілізація швів черепа за Гіхіним (2006), мобілізацію та маніпуляції на хребті у т.ч. сегментах краніовертебрального переходу за К. Левітом (1993). Реабілітація проводилась хворим в кількості від 3 до 8 сеансів на протязі 2-4 тижнів. Також хворі отримували «домашнє завдання» для самостійного виконання. Статистична обробка матеріалу проводилась у середовищі “Statistics for Windows 6,0”.

Результати й обговорення: нами з'ясовано, що до початку реабілітації більшість хворих скаржилася (95,7 %) на загальну слабкість, головний біль (5,8 балів за ВАШ); погіршення пам'яті, уваги; зниження зору, слуху; запаморочення, порушення ходи. До початку реабілітації в неврологічному статусі 93,4 % хворих мали місце такі синдроми: астенічних та когнітивних порушень, цефалгічний та вегетативної дистонії, послаблення стреч-рефлексів з м'язів, зниження рівня сатурації киснем тканин голови до $88,2 \pm 0,4$ %, високий рівень стурбованості. Критерієм ефективності ми обрали зниження інтенсивності больового синдрому, яка визначалася під час лікування та оцінювалася згідно ВАШ, та тонус м'язів. Додатково ми враховували не тільки термін початку зменшення та динаміку інтенсивності больового синдрому, який складала в від 2 до 5 діб, а також параметри сатурації киснем тканин голови, об'єм рухів.

Після реабілітації кількість скарг зменшилася на $83,2 \pm 0,4$ % та вони мали характер головного болю (2,3 балів за ВАШ), відмічено відновлення стреч-рефлексу та локомоторних патернів руху у $96,2 \pm 0,3\%$. Після проведення реабілітації покращились нейровегетативна регуляція, когнітивні функції. Так прояви патологічних синдромів на фоні проведення реабілітації зменшились до $16,4 \pm 0,1$ %. Так, на 14-15 день, продуктивність відтворення 10 слів покращилася та становила від $4,12 \pm 0,4$ слова (до початку) до $7,51 \pm 0,4$ слова, збалансувались показники вегетативної рівноваги, сатурації киснем тканин голови та мозку підвищились до $98,3 \pm 0,3\%$. Виявлені зміни біоелектричної активності головного мозку під час обстеження свідчили про дифузне зниження функціональної активності, що корелювало зі показниками пульсоксиметрії тканин голови ($88,2 \pm 0,4$ % - до реабілітації та $98,3 \pm 0,3\%$ - після). Ускладнень та негативних реакцій на проведення мануальної терапії та КСТ не відмічено.

Висновки. Використання у реабілітації учасників ООС із наслідками ЧМТ у вигляді нейроміофасціальних локомоторних порушень середнього ступеня тяжкості принципів кінезіологічної діагностики, мануального тестування стреч-рефлексів дозволяє швидко проводити експрес-діагностику патогенетичних локомоторних ланцюгів, а використання вертебральних, краніо-сакральних та вісцеральних мануальних технік поліпшує якість неврологічного відновлення, стимулює нейропротекцію, церебральний кровообіг, локомоторні та когнітивні функції. Отримані результати свідчать про безсумнівні переваги використання мануальних технік, які мають одночасно як саногенетичну, так і патогенетичну спрямованість і дозволяють реалізувати комплексний реабілітаційний вплив в оптимальному об'ємі та в необхідній послідовності, забезпечити індивідуальний підхід до лікування хворого, а також суттєво підвищити медичну та економічну ефективність відновного лікування.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «КАРИПАЗИМ» В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Юрик О.Є., Слободянюк Н.П.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

Метою наших досліджень було вивчення дії препарату «Карипазим» на характер протікання больового процесу у пацієнтів з рефлекторними неврологічними проявами остеохондрозу хребта в його попереково-крижовому відділі.

Об'єктом нашого дослідження були 60 пацієнтів працездатного віку з ознаками люмбоішіалгії з м'язово-тонічними проявами: у 20 пацієнтів больовий синдром розвинувся на фоні гриж та протрузій міжхребцевих дисків (МХД) в попереково-крижовому відділі хребта; у 20 пацієнтів болі виникли при поєднаній патології (грижі та протрузії МХД поєднувалися з лінійною нестабільністю в цьому відділі хребта); у 20 осіб болі виникли через 3-6 місяців після проведеної ламінектомії з приводу ускладненої грижі МХД в поперековому відділі хребта. Осіб чоловічої статі було 39 (72 %), жінок – 21 (28 %). Контрольну групу склали 20 пацієнтів цієї ж вікової групи з ознаками люмбоішіалгії, яким не проводилося лікування препаратом «Карипазим».

Препарат «Карипазим» вводили пацієнтам в ділянку ушкодженого сегменту хребта методом електрофорезу. Лікування проводили курсами – від 1 до 2 курсів. Один курс лікування складав від 20 до 30 процедур. Допускалися перерви між процедурами в 1-2 дні. За необхідності, повторні курси лікування проводили через 30-60 днів.

Було встановлено, що у всіх пацієнтів після проведеного курсу лікування препаратом «Карипазим», відмічався позитивний результат: хороший ефект був у 83 % підопічних; задовільний – у 17 %. Незадовільного результату не було. У чотирьох пацієнтів під час проведення процедур відмічалися легкі алергічні реакції, які купіювалися застосуванням антигістамінних препаратів.

У неврологічному статусі всіх пролікованих пацієнтів зафіксована позитивна динаміка. У 16 % хворих зникло напруження паравертебральних м'язів; у 48 % зафіксовано напруження

м'язів першого ступеню; другого ступеню – у 33 % пацієнтів; третього ступеню – у 3 % пацієнтів. Аналогічна тенденція відмічалася і при визначенні симптому Ласега. У 14 % обстежених він зник; першого ступеню – відмічався у 51 % хворих; другого – у 32 % тематичних хворих; третього – у 2 % пролікованих.

Після проведеного курсу лікування у всіх пацієнтів зафіксовані також нижчі показники ВАШ. У осіб першої клінічної групи цей показник склав $20,1 \pm 1,9$ мм; другої – $35,4 \pm 1,3$ мм; третьої – $41,4 \pm 2,0$ мм. У пацієнтів контрольної групи він сягав $28,9 \pm 1,4$ мм. У всіх пацієнтів покращилося емоційне сприйняття болю, про що свідчило зниження афективного компоненту больового синдрому у всіх клінічних групах за даними опитувальника Мак-Гілла.

Повторний курс лікування через шість місяців в кількості двадцяти процедур провели дев'яти пацієнтам. Інші пацієнти, із-за хороших результатів, повторного курсу лікування електрофорезом «Карипазим» не потребували.

Отже, із-за виражених протизапальних, протеолітичних та імуномодельюючих властивостей препарат «Карипазим» досить часто може скласти гідну альтернативу оперативним методам лікування неврологічних ускладнень остеохондрозу хребта.

ЗМІНИ РЕГУЛЯЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ОСІБ З ЛІЙКОПОДІБНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Юрик О.Є., Сташкевич А.Т., Шевчук А.В., Юрик Н.Є.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

Лійкоподібна деформація грудної клітини (ЛДГК) є одним із клінічних проявів дисплазії сполучної тканини, що часто супроводжується порушенням діяльності вегетативної нервової системи (ВНС).

Обстежено 43 пацієнти з цією патологією (35 осіб чоловічої статі та 8 – жіночої) в молодому віці. Лійкоподібна деформація грудної клітки II ст. діагностовано у 19 осіб та III ст. – у 24 осіб. Повторне оперативне втручання було проведене 6 особам. Контрольну групу склали 20 осіб цієї ж вікової групи без ознак лійкоподібної деформації грудної клітки. Всім пацієнтам проводили вивчення основних показників діяльності ВНС за допомогою приладу «ВегетоСПЕКТР» фірми «Нейрософт» (Росія).

Проведений візуально-логічний аналіз кардіоритмограм дозволив нам виділити чотири типи регуляції синусового ритму. Для ритмограми першого класу коливання ритму було в межах 0,15-0,46 Гц та з періодичністю 2,5-6,7 сек. Вона діагностувалася у осіб контрольної групи. У пацієнтів з ритмограмою другого класу частота коливань становила 0,04-0,15 Гц з періодом 6,6-25 сек. Вона була притаманна 43 % осіб з лійкоподібною деформацією II ст. При ритмограмі третього класу спостерігали хвилі великого періоду (> 25 сек) і коливання хвиль були надзвичайно низькими (<0,04 Гц). Вона діагностувалася у переважної кількості осіб з лійкоподібною деформацією III ст. Ритмограма четвертого класу характеризувалася стабільним або ригідним ритмом і була відсутня хвильова структура. Вона діагностувалася у двох пацієнтів, яким було проведене повторне оперативне втручання.

В результаті проведених досліджень було також виявлено, що у пацієнтів контрольної групи при фоновому записуванні були наявними добре виражені хвилі короткого, довгого і дуже довгого періодів. Модулююча симпато-адреналова дія переважала над гуморально-метаболічними та церебральними ерготропними впливами. Поточний функціональний стан у них часто був зниженим.

У осіб з лійкоподібною деформацією II ст. нерідко знижувалася активація парасимпатичної нервової системи, а реактивність симпатичної – була високою.

У пацієнтів з лійкоподібною деформацією III ст. рівень функціонування фізіологічної системи, як правило, був зниженим. Понижувалася реактивність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи та знижувалася активація симпатичного відділу вегетативної

нервової системи. Адаптаційні резерви організму виснажувалися. Помірно порушувалася кардіореспіраторна синхронізація.

У пацієнтів, яким було проведене повторне оперативне втручання, поточний функціональний стан організму був значно зниженим. Потужність спектра нейрогуморальної модуляції була низькою. Фіксувалася надлишкова активація церебральних ерготропних механізмів. Був вираженим кардіореспіраторний десинхроноз.

Отже, дослідження, проведені методом вегетативної полі спектроскопії, виявили зниження активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у всіх тематичних хворих, а реактивність симпатичного відділу нервової системи залежала від стадії захворювання.