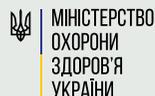


# V НАЦІОНАЛЬНИЙ КОНГРЕС ФІЗИЧНОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ

14–15 листопада 2025,  
Львів, Україна

Гібридний формат (офлайн-онлайн)

Фізична та реабілітаційна  
медицина в Україні:  
впровадження доказової  
реабілітації, реорганізація  
з «кількості у якість»



ПРОФЕСІЙНИЙ  
ОРГАНІЗАТОР  
КОНГРЕСІВ



# ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ОПТИМІЗОВАНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ТОРАКАЛГІЇ НА ТЛІ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА

О.Є. Алипова, Є.І. Марамуха

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Вступ.** В сучасних умовах в Україні зростає частота звернень пацієнтів до закладів охорони здоров'я з приводу больового синдрому в області спини (дорсалгії), обумовленого дегенеративно-дистрофічною патологією (ДДПХ) грудного відділу хребта – синдромом торакалгії. Дана патологія вражає осіб працездатного віку, характеризується тривалим хронічним перебігом, що спричиняє обмеження життєдіяльності, зниження якості життя пацієнтів, має суттєві негативні соціально-економічні наслідки та потребує додаткових витрат на лікування.

**Актуальність.** Накопичено достатню базу даних щодо програм лікування і реабілітації пацієнтів з вертеброгенними больовими синдромами на тлі ДДПХ поперекової та шийної локалізації, тоді як висвітленню проблем, пов'язаних з ураженням грудного відділу хребта (ГВХ) приділяється значно менше уваги. Тому удосконалення діагностичних, лікувальних і реабілітаційних заходів у пацієнтів з клінічними проявами торакалгій є однією з надзвичайно актуальних проблем клінічної та реабілітаційної медицини.

**Мета.** Оцінка ефективності оптимізованої реабілітаційної програми у хворих із синдромом торакалгії на тлі дегенеративно-дистрофічної патології хребта у післягострому та довготривалому періодах амбулаторної реабілітації.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилося 124 пацієнта з вертеброгенними синдромами торакалгії на тлі ДДПХ у післягострому та довготривалому періодах реабілітації. Середній вік хворих становив  $(44,7 \pm 9,6)$  років. За гендерним розподілом переважали чоловіки – 73 (58,8 %). Тривалість захворювання варіювала від 2 до 23 років.

Методом рандомізації хворих поділено на 2 клінічні групи, зіставні за гендерно-віковими критеріями та тяжкістю перебігу захворювання. Перша група (n=56) отримувала стандартну програму реабілітації: медикаментозна терапія (нестероїдні протизапальні засоби, міорелаксанти, анальгетики), лікувальний масаж, індивідуалізовані комплекси терапевтичних вправ, фізичні методи лікування (магнітотерапія, лазеротерапія). Пацієнтам 2-ї групи (n=68) запропонована оптимізована програма реабілітації із додатковим застосуванням методів мануальної терапії: постізометрична і постреципрокна релаксація м'язів, мобілізаційні техніки за K. Lewit, R. Maigne, В. Губенком, а також оригінальні розроблені нами методики та персоніфікований алгоритм проведення реабілітаційного сеансу залежно від показників вертебродинаміки, із послідовним та детермінованим у часі застосуванням методів кінезіотерапії. Цикл амбулаторної реабілітації у післягострому періоді становив в середньому 14 днів.

Проведено комплексне загальноклінічне, неврологічне і реабілітаційне обстеження хворих, ґрунтуючись на принципах і методології фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ). Діагноз ДДПХ верифіковано методами рентгеноспондилографії та МРТ. Оцінку порушень вертебродинаміки та діагностику функціонального блоку (ФБ) в хребцево-рухових сегментах (ХРС) грудного відділу хребта проводили за методом А. Stoddard. Аналізували стан рухової системи на основі оцінки постави, виміру функцій та амплітуди активних та пасивних рухів у ГВХ: латеральне згинання (бічні нахили), флексія, екстензія, ротація. Патологічні зміни м'язового апарату грудного відділу хребта оцінювали на підставі пальпації, мануально-м'язового тесту. Проводили



комплексний аналіз больового синдрому: локалізація болю, інтенсивність (за візуальною аналоговою шкалою ВАШ); ірадіація; характер (анкета болю McGill); зв'язок болю з положеннями тіла. Аналізували розлади чутливості, рефлекторної сфери, вегетативно-судинні та нейродистрофічні порушення.

На підставі вищезазначеного комплексного клініко-інструментального обстеження нами було розроблено інтегративний показник перебігу захворювання, а саме: кумулятивний вертебро-механічний торакальний індекс.

Реабілітаційний діагноз із визначенням профілю функціональних обмежень пацієнта формувався на підставі положень ФРМ із застосуванням категорій Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я.

Ефективність лікування оцінювали на підставі динамічної оцінки змін інтенсивності та характеру больового синдрому (за візуальною аналоговою шкалою ВАШ, McGill), показників якості життя (за шкалою SF-36), величини кумулятивного вертебро-механічного торакального індексу на початку та після закінчення циклу реабілітації.

**Результати.** Основним клінічним симптомом вертеброгенних торакалгій був біль у грудному відділі хребта – у 120 пацієнтів (96,8 %). На початку циклу реабілітації за результатами мануального обстеження за методом А. Stoddard в усіх пацієнтів виявлено наявність ФБ 2-го ступеня в хребцево-рухових сегментах (ХРС) грудного відділу хребта. Встановлено обмеження рухів у грудному відділі хребта переважно екстензії ( у 80 (64,5 %) хворих та флексії ( у 33 (26,6%) хворих). М'язово-тонічний синдром виявлено в усіх 124 хворих (100%).

Діагностовано рефлекторні синдроми, основу яких становить патологічна імпульсація внаслідок ураження ХРС: лопатково-реберний синдром – 25 (20,2%); 2) синдром передньої грудної стінки – 40 (32,3%); 3) вертебрально-кардіальний синдром – 59 (47,6%) пацієнтів

Застосування оптимізованої програми реабілітації, оригінального алгоритму використання методик кінезіотерапії характеризувалося достовірним більшим регресом інтенсивності больового синдрому – на 32,19 % vs 14,74 % ( $p < 0,05$ , шкала ВАШ) та зменшенням активності сенсорного компоненту болю (анкета болю McGill) (у 3,71 vs 1,22 рази,  $p < 0,001$ ), при зіставленні із групою хворих, які лікувалися стандартними методиками.

За результатами реабілітації у хворих 2-ї групи отримано вірогідне покращення в оцінці ЯЖ за опитувальником SF-36: збільшення показника загального здоров'я – на 30,19 % ( $p < 0,05$ ), фізичної активності – на 32,25 %, соціальної активності – на 21,52 %; рольового функціонування – на 26,04 % ( $p < 0,05$ ), життєздатності – на 16,66 % ( $p < 0,05$ ), психічного здоров'я – на 30,78 % ( $p < 0,05$ ); зниження інтенсивності болю на 16,89 % ( $p < 0,05$ ). Динаміка показників ЯЖ пацієнтів 1-ї групи після лікування поступалася аналогічним показникам 2-ї групи. Так, кінцевий результат загальної оцінки здоров'я склав 21,89% ( $p < 0,05$ ) проти 30,19% ( $p < 0,05$ ) у 2-й групі.

У пацієнтів 2-ї групи після циклу реабілітації спостерігалось вірогідно ( $p < 0,05$ ) кращі відносно вихідних даних та даних 1-ї групи показники об'єму рухів у грудному відділі хребта (флексії та екстензії).

За результатами реабілітації у пацієнтів 2-ї групи досягнуто вірогідного регресу відносно початкових



даних величини кумулятивного вертебро-механічного торакального індексу – на 21,3 % ( $p < 0,01$ ), тоді як в групі стандартного лікування динаміка виявилася суттєво меншою (на 11,2 %;  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Застосування запропонованої комплексної оптимізованої програми реабілітаційних заходів у хворих з вертеброгенними торакалгіями на тлі ДДПХ із включенням базисної медикаментозної терапії, кінезіотерапевтичних методик за оригіналь-

ним алгоритмом їх застосування, терапевтичних вправ та фізичних методів дозволяє статистично значуще зменшити прояви больового синдрому, покращити перебіг захворювання, поліпшити якість життя хворих та підвищити ефективність проведеної реабілітації. Розроблену оптимізовану програму реабілітації доцільно рекомендувати для впровадження у практику охорони здоров'я.

---

**Авторська довідка:**

Алипова Олена Євгенівна, д.мед.н., професор кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, м. Запоріжжя, вул. Незалежної України, 6.78. кв.32 69035, Україна; [elaly@ukr.net](mailto:elaly@ukr.net); +38 097 4153276

Марамуха Є. І., аспірант кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання і здоров'я, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна.