

Воло, регіон Амхара; Ефіопія: якісне дослідження. *Int J Womens Health*. 2024 Jun 7;16:1055-1066. doi: 10.2147/IJWH.S457529. PMID: 38863520; PMCID: PMC11166144.

5. Rojas-Walsson R, Cardoso R. Діагностика та лікування постконтрацептивної аменореї. *J Fam Pract*. 1981 Aug;13(2):165-9. PMID: 7252445.

DOI 10.70286/ISU-06.05.2026.018

ІНДИВІДУАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПРОГРАММА У ВИПАДКУ ВЕРТЕБРОГЕННОЇ ПОПЕРЕКОВО- КРИЖОВОЇ РАДИКУЛОПАТІЇ

Симоненко Григорій Геннадійович

к.м.н., доцент

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Україна

Вертеброгенні ураження нервової системи вважаються найпоширенішими хронічними захворюваннями людини. Основною причиною їх виникнення є остеохондроз хребта, який проявлюється дегенеративними змінами в міжхребцевих дисках та порушеннях функції хребта внаслідок старіння або спонділогенних розладів нервової системи внаслідок хвороб. Таким чином, остеохондроз виникає в результаті взаємодії патологічних та пристосувальних реакцій [1].

Біль у попереку, на який страждають особи працездатного віку, є однією з найпоширеніших клінічних, соціальних, економічних та медичних проблем у світі. Дані про поширеність болю у попереку суперечливі — від 2 до 25 % загальної популяції. У світі кількість років, прожитих з інвалідністю, спричиненою болем у попереку, збільшилася на 54 % з 1990 до 2015 р., переважно через старіння населення. Найбільше зростання відзначене в країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Нині біль у попереку є основною причиною інвалідності осіб працездатного віку. Симптоми гострого болю в попереку зазвичай з'являються у віці від 20 до 40 років і тривають до 3 міс, у 40—90 % пацієнтів симптоми зникають протягом 6 тижнів після появи [14]. Однак частота рецидивів болю в попереку є високою. За різними даними, у 20—40 % пацієнтів є ризик розвитку хронічного болю, що супроводжується складними психосоціальними та професійними проблемами [2].

Позитивні результати використання фізіотерапії при корінцевих синдромах до цих пір не були підкріплені добре змодельованими рандомізованими дослідженнями, а рекомендовані клінічним досвідом та непрямими доказами, тому їх рекомендовано використовувати як додаткові, альтернативні методики до основного комплексу лікування. Отримані позитивні статистично вірогідні результати ефективності реабілітації пацієнтів з попереково-крижовою

радикулопатією внаслідок проведеної реабілітаційної програми (комплексного мультимодального і персоналізованого впливу на стан пацієнтів): корінцевих блокад анестетиком з кортикостероїдом, використання крапельниць з L-лізином есцинатом та введення неспецифічних протизапальних препаратів, корінцевих блокад з лідокаїном і гіалуронідазою, місцево хондроїтину сульфату в ін'єкційній формі, введення в рухові точки паретичних м'язів прозерину та наступної електростимуляції паретичних м'язів, електростимуляції паравертебральних і сідничних м'язів, мануальної терапії у вигляді мобілізацій і нейром'язової терапії (постізометричної релаксації м'язів) з тракційними прийомами на хребті та кінезотерапією, магніто-лазеро-ультразвукової терапії на зону ураженого сегменту та больові точки сідничних м'язів, застосування нуклеотидів та вітамінів групи В [3].

Клінічний випадок. Жінка 49 років, мешканка СМТ Полтавської області, інвалід третьої групи за загальним захворюванням. Проходила щорічні 7-денні курси стаціонарного лікування з діагнозами: G55.3 Компресія нервових корінців та сплетень при інших дорсопатіях. M54.17 Радикулопатія, попереково-крижовий відділ – у зв'язку з різким погіршенням стану.

Скарги при поступленні: на біль в поперековій ділянці, обмеження нахилів тупуба, оніміння в ногах, зниження зору. Вважає себе хворою протягом тривалого часу, коли почали турбувати вищеописані скарги. Загальний стан хворої був відносно задовільним, свідомість ясною. Стан слизових оболонок: рожево-червоні. Частота дихання 18 за 1 хвилину. Аускультативно: дихання везикулярне. Пульс 78 за хвилину, АТ 130/80 мм.рт.ст. На ЕКГ: нормокардія, вертикальне положення електричної осі серця; вольтаж N.

МРТ поперекового відділу хребта: Дослідження проведено на магнітно-резонансному томографі PHILIPS ACHIEVA 1.5 Тесла з використанням стандартної комбінації імпульсних послідовностей, в площині: коронарній, сагітальній, аксіальній, без внутрішньовенного контрастування. Фізіологічний лордоз згладжений. Незначне викривлення осі поперекового відділу хребта вліво. Субхондральний склероз тіл хребців Th12-S1, інтравертебральні кили тіл хребців L1-S1, крайові кісткові екзостози по передніх та бокових поверхнях тіл хребців L1-S1, інтракраніальні та інтрафорамінальні кісткові екзостози тіл хребців зміщення хребця L4 до 4 мм дорзально. Дегідратовані та знижені міжхребцеві диски в сегментах L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1. Визначається гіпертрофія жовтих зв'язок, які компресують дуральний мішок. Субхондральна компенсаторна перебудова, крайові кісткові екзостози суглобових відростків, звуження суглобових щілин дуговідросткових суглобів та звуження міжхребцевих отворів в сегментах L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1. Рубцево-фіброзні зміни паравертебральних м'язових тканин в сегменті L5-S1 справа. Дифузна циркулярна протрузія міжхребцевого диска L1-L2 3.0 мм (сагітальний розмір хребтового каналу 14.0 мм) з двобічним форамінальним компонентом, компресує дуральний мішок та міжхребцеві отвори з обох боків. Білатеральна протрузія міжхребцевого диска L2-L3 5 мм (сагітальний розмір хребтового каналу 15 мм) з форамінальним компонентом, компресує дуральний мішок та міжхребцеві отвори з обох боків. Дифузна циркулярна екструзія міжхребцевого диска L4-L5 6 мм (сагітальний

розмір хребтового каналу 15 мм) з двобічним форамінальним, лівобічним екстрафорамінальним компонентом, компримує дуральний мішок та міжхребцеві отвори з обох боків. Дифузна циркулярна екструзія міжхребцевого диска L5-S1 6 мм (сагітальний розмір хребтового каналу 15 мм) з двобічним форамінальним компонентом, латералізацією вправо, компримує дуральний мішок та міжхребцеві отвори з обох боків. Патологічного МР-сигналу від вмісту дурального мішка не отримано. Конус спинного мозку на рівні хребця Th12. Висновок: Остеохондроз попереково-крижового відділу хребта. Протрузії міжхребцевих дисків в сегментах L1-L2, L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1. Екструзії міжхребцевих дисків L4-L5, L5-S1 Ретролістез хребця L4. Деформуючий спондилоартроз поперекового відділу хребта. Вторинний стеноз хребтового каналу поперекового відділу хребта.

Електроміографія: ЕНМГ-ознаки двобічної радикулопатії L5 (справа опосередковано) з легким аксональним ураженням лівого малогомілкового нерва зі зниженням скоротливої здатності екстензорів лівої стопи.

Консультація невролога: Остеохондроз, спондилоз поперекового відділу хребта з больовим синдромом, чутливими розладами, м'язово-тонічним синдромом, статодинамічними порушеннями. Грижа міжхребцевого диска L4-L5, протрузії L1, L2, L3, спондилолістез тіла L4 хребця. Стеноз хребтового каналу на поперековому рівні. Стан після операції рік назад: інтерламінектомія справа, дискектомія L5-S1, усунення стенозу хребтового та корінцевого каналу на рівні L5-S1 справа, невроліз корінця S1 справа. Рубцево-спайковий процес на рівні L5-S1.

Консультація офтальмолога: Скарги на дискомфорт в очах, сухість в очах, періодичне затуманення зору обох очей, поганий зір зблизька. Vis OD=0.8 sph+0,5D=1.0 Vis OS=0.9 sph+0,5D=1.0. BOT OU=пальп N BOT OD=19/20 мм рт ст, BOT OS=20 мм рт ст. St.oculorum: OU: очі спокійні, рогівка гладка прозора, п/к середня, зіниця округла в центрі, кришталики прозорі, очне дно: ДЗН б/рожевий межі чіткі, судини звиті, артерії звужені, вени розширені, місцями нерівномірні. Висновок: H52.0 Гіперметропія. H52.4 Пресбіопія. H04.1 Інші хвороби слізної залози. Гіперметропія слабого ступеня, пресбіопія, хвороба сухого ока легкого ступеня. Рекомендації режим зорових навантажень та відпочинку, корекція зору (за необхідності), капати в обидва ока кератостіл/Оптінол 0.4%/Візілотон по 1-2 краплі 2-3 рази на день тривало.

Біохімічний аналіз крові: Білірубін загальний - 8.4-10.1 мкмоль/л; Білірубін прямий - 2.1-2.2 мкмоль/л, білірубін непрямий - 6.2-8 мкмоль/л, АЛТ - 20-16 Од/л; АСТ - 10-20 Од/л; холестерин загальний - 4.8 ммоль/л; креатинін 70-80 мкмоль/л, сечовина 4.3-4.6 ммоль/л. Глюкоза 4.8-5.0 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: прозора; колір світло-жовтий; питома вага SG 1017-1022; pH 5.0-5.5; кетони - не виявлено; лейкоцити 2-4 в полі зору (HPF); солі та слиз відсутні. Кал на гельмінти (яйця, личинки): відсутні при мікроскопії. Клінічний аналіз крові: Гемоглобін (Hb) 130-127 Г/л; Еритроцити (RBC) 4.2-4.0 Т/л (10¹²/л); Лейкоцити (WBC) - 6.6 Г/л; Ретикулоцити - 0.6-0 %; Тромбоцити (PLT) 240-204 тис.; Гематокрит HCT - 41.1 %; Еозинофіли 2 %; Нейтрофіли 64-70 %; Лімфоцити 28-20 %; Моноцити 6-8 %; ШОЕ 4-5 мм/год; Середній об'єм еритроцитів - 99.8-95 fL; Середній об'єм тромбоцитів MPV - 9.3-10 fL

Коагулограма: Фібриноген - 2.9-3.6 Г/л; Протромбіновий час- 11.3-11.4 сек; МНО (INR)- 1.1-1.11. Серологічне дослідження крові на сифіліс (ТРНА): Трепонемна реакція непрямой аглютинації – негативний.

Виписувалась з покращенням. Були рекомендовані: нагляд сімейного лікаря, невролога; обмеження фізичного навантаження, перебування а холоді, ЛФК постійно, приймати біоменталь 1 таблетка 2 рази на день курсами на 1 місяць.

Після оперативного втручання пацієнтка проходила реабілітаційне лікування з інтервалом в 3 місяці з діагнозом: Порушення ходи та рухливості. Компресія нервових корінців та сплеть при інших дорсопатіях. Радикулопатія. Пацієнтка поступала з запитом на максимальне відновлення. Мала утруднення при виконанні звичної побутової активності та самообслуговування. Скарги на порушення ходи та рухливості. Потребувала відновлення м'язового балансу, оптимізації побутових рухових стереотипів і рухової активності, навчання компенсаторним стратегіям з самообслуговування. За результатами реабілітаційного обстеження встановлено реабілітаційний діагноз. Визначено відносно сприятливий прогноз та помірний реабілітаційний потенціал для відновлення. Реабілітаційні заходи проводились згідно індивідуального реабілітаційного плану. Протягом проведення реабілітаційної терапії пацієнтка отримувала реабілітаційні втручання згідно індивідуальної реабілітаційної програми (ІРП): реабілітаційні сесії з фізичним терапевтом, ерготерапевтом. Поточні цілі ІРП були виконані, надані рекомендації з індивідуальними кінезотерапевтичними завданнями, продовженням виконання вправ ЛФК, санаторно-курортне лікування.

Висновки: Таким чином, у нашому випадку у процесі лікування та реабілітації пацієнта з використанням методів хірургічних та терапевтичних методів лікування з наступною реабілітацією з урахуванням відносно сприятливого прогнозу та помірного реабілітаційного потенціалу, з вибором необхідних реабілітаційних інтервенцій був досягнений позитивний ефект у випадку вертеброгенної попереково-крижової радикулопатії з наданням рекомендацій щодо підтримання досягнутого ефекту.

Отримані дані дозволяють підтвердити необхідність індивідуальної реабілітаційної програми для тривалого лікування пацієнтів даного профілю.

Список використаних джерел

1. Григорова І.А., Соколова Л.І. та ін. (2020) Неврологія. 3 видання (с.233-240). Київ: Медицина.
2. Овдій М.О., Симоненко Г.Г., Кондратюк М.В. (2025) Оцінка якості життя пацієнтів із хронічним неспецифічним болем у попереку залежно від типу болю, що домінує. Український неврологічний журнал, 2, 46-52. DOI: <https://doi.org/10.30978/UNJ2025-2-46>.
3. Губенко В.П., Совгира С.С., Васильков А.А., Федосенко А.В., Литвиненко Є.Д., Слободянюк Н.П. Сучасні принципи менеджменту пацієнтів з попереково-крижової радикулопатією (огляд літератури). Клінічна та профілактична медицина, 7, 164-177. DOI: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2024.20>.