

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ БАЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОПОРОЗНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ

© Марченкова Л.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, г. Москва

Целью исследования было проведение систематического обзора отечественных и зарубежных литературных источников по оценке эффективности физических методов реабилитации у пациентов с переломами на фоне системного остеопороза (ОП).

Результаты проведенного анализа показали, что с целью снижения риска падений и переломов, укрепления мышечного корсета, улучшения координации и осанки пациентам с ОП должны быть рекомендованы рациональные физические нагрузки и тренировки. В частности, при ОП доказали свою эффективность силовые физические упражнения (ФУ) [Kemmler W., 2015], ФУ с нагрузкой весом тела (ходьба) [Gadsby J.G., 2000], изометрические ФУ на тренировку мышц туловища [Gianoudis J., 2012], растяжка [Gadsby J.G., 2000], тренировка гибкости [Rossini M., 2012], разогревающие [Elsisi H.F., 2015], дыхательные ФУ [Giusti A., 2015], ФУ в воде [Meszaros S., 2013]. Занятия ФУ в воде (гидрокинезотерапия) уменьшают болевой синдром и улучшают координацию, но не имеют преимуществ перед занятиями в зале по приросту мышечной силы и увеличению МПК. Рекомендуются тренировки с сопротивлением, которые эффективны для поддержания МПК, увеличения мышечной силы и улучшения физического функционирования. Тренировка мышц спины способствует снижению риска развития компрессионных переломов позвонков. ФУ с вибрацией тела (занятия на виброплатформах) эффективны для увеличения мышечной массы и МПК. В программы реабилитации пациентов с остеопорозными переломами рекомендуется также включать ФУ на координацию и поструральные тренировки, как компонент комплексной профилактики падений. У пациентов с высоким риском переломов ФУ следует выполнять в медленном темпе, следует избегать скручиваний, ротаций позвоночника, повторяющихся сгибаний, переразгибания.

При остром и хроническом болевом синдроме у пациентов с переломами на фоне ОП рекомендовано использовать методы аппаратной физиотерапии. У пациентов с переломами позвонков эффективно купирует болевой синдром и улучшает качество жизни чрезкожная электростимуляция нервов [Gadsby J.G., 2010; Rossini M., 2010], лазерная терапия [Zambito A., 2007], электромагнитное и магнитное поля [Giusti A., 2013; Elsisi H.F., 2015; Piazzolla A., 2015], интерфенес-терапия [Zambito A., 2007], ультразвуковое воздействие и импульсный инфракрасный свет [Zambito A., 2007]. У пациентов, получавших физиотерапевтическое воздействие, сочетающее низкоэнергетическое лазерное излучение (500-700 нм) и импульсный инфракрасный свет (700-1500 нм) и ЧЭНС (1,5 мВт), было выявлено статистически значимое улучшение функции ходьбы. Общая магнитотерапия у пациентов с ОП и СП положительно влияет на функцию равновесия и функциональное состояние пациентов по показателям шкалы Берга [Liu H., 2014; Wu YC., 2014]. У пациентов с переломами позвонков на фоне ОП целесообразно использование метода электростимуляции. В частности, показан эффект курса электростимуляции (экспозиция 1 час каждые 5 дней в течение 6 недель) у пациентов, перенесших 12 недель назад перелом позвонка и имеющих значительную потерю МПК [Rossini M., 2010]. Применение электростимуляции уменьшает клиническую симптоматику и повышает результативность лечения у пациентов с клиническими переломами позвонков и выраженным болевым синдромом в спине, а также уменьшает дозу принимаемых анальгетиков у пациентов с хроническим болевым синдромом.

Имеются единичные работы по использованию методов бальнеотерапии в лечении и профилактике ОП, имеющие современную доказательную базу. С этой позиции у пациентов с ОП и СП, в качестве дополнительного метода в рамках комплексных реабилитационных программ, оправдано применение радоновых, йодобромных, жемчужных ванн. Для уменьшения болевого синдрома при проведении реабилитации пациентам с переломами на фоне ОП рекомендуется рефлексотерапия [Meng Q., 2014; Cai G.W., 2014]. Получены данные об уменьшении выраженности болевого синдрома при ОП под влиянием разных методов рефлексотерапии, в частности, моксатерапии и электропунктуры. Наиболее выраженные сдвиги исследуемых показателей были получены при прогревании точек акупунктуры [Cai G.W., 2014]. Также показана высокая эффективность иглорефлексотерапии у пациентов с вторичным ОП на фоне спинальной травмы. При ОП акупунктура может применяться в комплексе с базовой патогенетической терапией, поскольку в комплексе демонстрирует лучшие результаты лечения, по сравнению с медикаментозной монотерапией [Ou-Yang G., 2011], и снижает частоту побочных реакций пероральных бисфосфонатов, таких как диарея, боли в животе, рвота [Wang T., 2012].

С современных позиций, наиболее эффективным в реабилитации пациентов с переломами является комплексное использование различных методов физической терапии. В частности, доказана эффективность комплексной реабилитации (лечебная физкультура, переменное магнитное поле – синусоидальное, частота – 50 Гц, индукция – 20–35 мТл, время воздействия – 10-15 минут, ежедневно или через день, на курс 10-15 процедур, электромагнитное излучение КВЧ-диапазона) у пациентов после операций по поводу переломов шейки бедренной кости [Кузнецова Г.В., 2015].



Применение предложенных мероприятий позволило избежать развития гиподинамических расстройств, явлений очагового посттравматического ОП, способствовало более раннему функциональному восстановлению поврежденной конечности, а, следовательно, улучшению качества жизни пациентов.

Применение ортезов у пациентов с ОП рекомендовано при болевом синдроме в спине и нарушении статики позвоночника на фоне компрессионных переломов позвонков. При клинических остеопорозных компрессионных переломах позвонков в остром периоде рекомендуются жесткие отрезки гиперэкстензоры, снимающие механическую нагрузку с мышечного и связочного аппаратов позвоночника, а также с тел позвонков, что облегчает болевой синдром, снимает мышечный спазм и помогает поддерживать правильную осанку. В целях наиболее прочной фиксации используют тораколюмбо-сакральные ортезы, эффективно разгружающие позвоночник и формирующие правильный стереотип осанки. Полужесткие и эластичные корсеты рекомендуют в подостром периоде и в случае хронической люмбагии, однако зачастую больные начинают использовать эти изделия в ранние сроки после травмы. Кроме указанных выше изделий у пациентов с ОП применяются кифоортезы и корректоры осанки, использование которых оправдано в случае выраженного гиперкифоза вследствие компрессионных переломов в среднем сегменте грудного отдела позвоночника. Ношение корсетов и корректоров осанки рекомендуется в постоянном или прерывистом режиме не более 2-3 месяцев от начала лечения с обязательным освобождением от них в период ночного отдыха. После данного срока рекомендуется постепенное сокращение времени ношения ортезов, оставляя их только на время выполнения каких-либо физических нагрузок: длительная ходьба, долгое пребывание в положении стоя, поход в магазин.

Заключение: Основой восстановительного лечения пациентов с патологическими переломами на фоне остеопороза являются разные методы лечебной. В качестве симптоматической терапии могут применяться методы аппаратной физиотерапии, бальнеотерапии и рефлексотерапии. Для уменьшения боли в спине, стабилизации позвоночника и увеличения двигательной активности эффективно ортезирование.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Реабилитация; остеопороз; переломы.

EVIDENCE BASE FOR THE EFFECTIVENESS OF PHYSICAL REHABILITATION METHODS IN PATIENTS WITH OSTEOPOROTIC FRACTURES

© Marchenkova L.A.

National medical research center for rehabilitation and balneology, Moscow

KEYWORDS: Physical rehabilitation; osteoporosis; fractures.