

**Сушицкая Г.А.**

**КОМПЛЕКСНЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ФИЗИОТЕРАПИИ  
ПРИ ДОРСОПАТИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Малькевич Л.А.**

*Кафедра медицинской реабилитации и спортивной медицины с курсом повышения  
квалификации и переподготовки*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Нарушения костно-мышечного аппарата в настоящее время признаются ведущим общемировым фактором инвалидизации, существенно отягощают коморбидный фон неинфекционных заболеваний. При этом болевой синдром в пояснично-крестцовой области лидирует среди других болевых синдромов в клинической практике.

Патогенез дорсопатий включает в себя корешковые и рефлекторные синдромы вследствие дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике, болевая афферентация с пораженных структур вызывает мышечно-тонические, нейрососудистые и нейротрофические реакции, что провоцирует возникновение асептического воспаления. Такая многокомпонентность патогенеза стимулирует поиск наиболее эффективных комбинаций физиотерапевтических и реабилитационных методов, воздействующих на все его звенья.

В отношении болевого синдрома при дорсопатиях пояснично-крестцового отдела позвоночника выраженным положительным эффектом обладает транскраниальная электроанальгезия (или ТЭС-терапия). Метод обеспечивает обезболивание, улучшает подвижность и уменьшает спазм мускулатуры вследствие функционального включения естественных антиноцицептивных механизмов центрального генеза, стимулирует выработку эндогенных эндорфинов и серотонина. Применение ТЭС-терапии по аурикулярной схеме подтверждает представление о потенцировании эффектов электростимуляции и акупунктуры.

Методики рефлексотерапии также успешно дополняют введение фармакологических препаратов (фармакопунктура), усиливают воздействие нефармакологических методов: электростимуляции, ультрафонофореза, низкочастотной магнитосветотерапии, методик мануального воздействия, лечебной физической культуры. Перспективны схемы сочетанного воздействия рефлексотерапии и озонотерапии, что отражается в положительной динамике биохимических маркеров - регуляторов ноцицепции (серотонина, гистамина, субстанции Р, бета-эндорфина) в их связи с восприятием боли. При применении низкочастотной магнитосветотерапии и рефлексотерапии зарегистрирован выраженный кумулятивный эффект: усиливается противоотечное, противовоспалительное и обезболивающее действие, ускоряется регенерация и трофика тканей, обеспечивается эффективная седация, а также отмечается иммуномодулирующий эффект и положительное влияние на липидный профиль по сравнению с рутинной фармакотерапией дорсопатий.

Преимуществом перед традиционными физиотерапевтическими методами при дорсопатиях обладает метод высокоинтенсивной лазерной терапии (High Intensity Laser Therapy, HILT) за счет глубины проникновения в ткани до 10 см. Его воздействие позволяет достигать паравертебральных мышечных слоев, костных структур и связочного аппарата позвоночника, эффект обнаруживается сразу после первого воздействия, что уместно при хронизации боли, а также в восстановительном периоде после малоинвазивных вмешательств на позвоночнике.

Перспективны исследования действия ультразвуковой терапии при дорсопатиях. Эффективность сочетания стимулирующих токов и ультразвука при коррекции болевого синдрома у пациентов с неврологической симптоматикой оказалась на 26,5% больше, чем при использовании традиционной терапии. Метааналитические данные представляют результаты изолированного использования ультразвука при люмбишалгиях недостаточно убедительными вследствие малого количества исследований.

Все вышеизложенное обосновывает необходимость патогенетически оправданного поиска успешных комбинаций как сочетанного действия физических факторов, так и в комплексе с медикаментозными интервенциями, для эффективного ведения пациентов с дорсопатиями.