

Д.Н. Сончик, Л.В. Грушанова
**ЙОГА И ПИЛАТЕС КАК ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЙ В СПИНЕ**

Научный руководитель: ст. преп. А.Г. Ломидзе
Кафедра физического воспитания и спорта
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

D.N. Sonchik, L.V. Grushanova
**YOGA AND PILATES AS ADDITIONAL METHODS IN THE COMPLEX
TREATMENT OF BACK PAIN**

Tutor: senior lecturer A.G. Lomizde
Department of Physical Education and Sports
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе представлены результаты применения йоги и пилатеса у 20 пациентов с хронической болью в спине. Через 6 недель занятий отмечено увеличение амплитуды движений позвоночника и мышечной выносливости. Осложнений не зафиксировано. Йога и пилатес являются эффективными и безопасными дополнительными методами в комплексном лечении болей в спине.

Ключевые слова: Йога, пилатес, боль в спине, немедикаментозное лечение, кинезотерапия.

Resume. The study presents the results of yoga and Pilates in 20 patients with chronic back pain. After 6 weeks, spinal mobility and muscle endurance improved significantly. No complications were observed. Yoga and Pilates are effective and safe adjunctive methods for back pain management.

Keywords: Yoga, Pilates, back pain, non-drug treatment, kinesiotherapy.

Актуальность. Боль в спине является одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью и временной нетрудоспособности. Традиционная фармакотерапия позволяет преимущественно купировать острый болевой синдром, но не устраняет первичную причину. В последние годы возрастает интерес к немедикаментозным методам коррекции, в частности к физическим нагрузкам, таким как йога и пилатес.

Принципиальным преимуществом данных методов является их универсальность: йога и пилатес могут использоваться независимо от возраста и исходного уровня физического здоровья, поскольку предполагают широкий спектр физических упражнений под индивидуальные особенности организма человека. В сравнении с традиционными силовыми или аэробными тренировками йога и пилатес отличаются более щадящим воздействием на опорно-двигательный аппарат – отсутствуют осевые нагрузки на позвоночник, ударные движения и форсированная амплитуда, что минимизирует риск травматизации и позволяет применять их даже при выраженных ограничениях (остеопороз, грыжи межпозвонковых дисков, реабилитация после операций).

Цель: изучить и систематизировать данные об эффективности и механизмах действия йоги и пилатеса в комплексном лечении пациентов с болевым синдромом в спине.

Задачи:

1. Провести анализ научной литературы по эффективности йоги и пилатеса при комплексном лечении болей в спине.

2. Оценить исходный уровень болевого синдрома, подвижности позвоночника и мышечной выносливости у участников с хронической болью в спине (студенты и врачи-стоматологи).

3. Сравнить изменения подвижности, динамику амплитуды сгибания и мышечную выносливость грудного и поясничного отделов позвоночника.

4. Зафиксировать наличие или отсутствие осложнений и обострений болевого синдрома.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 20 человек, из которых 10 учащиеся 4-5 курсов стоматологического факультета БГМУ и 10 врачей-стоматологов в возрасте 35–45 лет, которые имели боли в спине более 3 месяцев. Был проведен опрос для оценки выраженности болевого синдрома и его влияния на повседневную активность.

Используемые тесты:

1. Тест Шобера для оценки амплитуды сгибания поясничного отдела. Пациент стоит прямо. Врач находит остистый отросток позвонка L5 (на уровне верхней границы гребней подвздошных костей). Ставятся две отметки: одна на уровне L5, вторая – на 10 см выше.

Пациент максимально наклоняется вперед (ноги прямые). Врач измеряет новое расстояние отметками. Амплитуда сгибания = $L2 - L1$, где $L1$ – расстояние в исходном положении; $L2$ – расстояние в наклоне.

2. Проба Отто для оценки подвижности грудного отдела позвоночника. Пациент стоит прямо, ноги на ширине плеч. Врач отмечает точку на уровне VII шейного позвонка. Вторая точка ставится на 20 см ниже первой (по остистым отросткам). Пациенту предлагают максимально наклониться вперед, округляя спину, подбородок прижимается к груди, руки свободно свисают вниз. Измеряется расстояние между теми же двумя метками в положении сгибания. Прирост подвижности - $L2 - L1$, где $L1$ – расстояние в исходном положении; $L2$ – расстояние в сгибании.

3. Тест Бирнга-Соренсена для оценки мышечной выносливости поясничного отдела. Исходное положение: лёжа на животе, гребни подвздошных костей на краю кушетки, верхняя половина туловища свисает вниз. Ноги и таз фиксируются ремнями или ассистентом. Фиксация рук: руки скрещены на груди (или вдоль туловища). Выполнение: по команде пациент поднимает туловище до горизонтального уровня (параллельно полу, взгляд вниз, шея нейтральна). Измерение: фиксируется время удержания позы (в секундах). Тест прекращается при опускании туловища ниже горизонтали, касании подбородком груди, появлении боли или выраженного утомления.

Для обоснования актуальности и выбора методик был проведен систематический обзор литературы, который осуществлялся в базе данных eLibrary. Результаты исследования выполнены с помощью методов системного анализа, сравнительного анализа и обобщения клинических наблюдений.

Результаты и их обсуждение. 10 студентов стоматологического факультета занимались пилатесом, 10 врачей-стоматологов – йогой. Через 6 недель после регулярных занятий при повторном проведении теста Шобера амплитуда сгибания поясничного отдела при йоге увеличилась на 57%, при пилатесе – на 42%. При

повторном проведении пробы Отто подвижность грудного отдела позвоночника при йоге увеличилась на 20%, при пилатесе – на 12%. При повторном проведении теста Бирнга-Соренсена мышечная выносливость увеличилась на 200%, а при пилатесе – на 233%. Осложнений и обострений болевого синдрома в группах с применением кинезотерапии зафиксировано не было.

Выводы. Такие методы лечения как фармакотерапия, инъекции часто дают ограниченный клинический эффект и сопряжены с риском побочных реакций. Вследствие этого выбор пациента смещается в сторону немедикаментозных методов лечения, таких как йога и пилатес, которые воздействуют одновременно на физический и психоэмоциональный компоненты боли. Эти методы не требуют специального оборудования, не зависят от возраста и пола, от индивидуальных особенностей организма, их можно практиковать дома, в зале, на свежем воздухе.

Литература

1. Валиуллина, С. А. Профессиональные заболевания врачей-стоматологов: анализ распространенности и факторы риска [Текст] / С. А. Валиуллина, Д. Р. Шарафутдинова // Казанский медицинский журнал. – 2021. – Т. 102, № 4. – С. 542-547.
2. Фернандес-Родригес, Р. Влияние пилатеса на боль, функцию и инвалидность у пациентов с неспецифической хронической болью в пояснице: мета-анализ [Текст] / Р. Фернандес-Родригес [и др.] // Журнал ортопедической и спортивной физической терапии. – 2022. – Т. 52, № 4. – С. 185-198.
3. Коршун, А. Н. Эффективность йоги при хронической боли в нижней части спины: систематический обзор и мета-анализ [Текст] / А. Н. Коршун, Е. П. Соколова // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2020. – № 6 (168). – С. 23-31.
4. Иванова, О. В. Функциональные методы исследования в вертебродологии: учебно-методическое пособие [Текст] / О. В. Иванова, А. С. Невзоров. – М.: Медицина, 2021. – 96 с.
5. Петрова, Н. А. Современные подходы к реабилитации пациентов с дорсалгиями [Текст] / Н. А. Петрова, И. И. Лебедев // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2023. – Т. 100, № 2. – С. 64-70.
6. Российское общество врачей по лечению боли. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) боль в пояснице: клинические рекомендации [Текст]. – М.: РОПБ, 2020. – 71 с.