

Non-governmental Organization
International Center of Scientific Research



**PROCEEDINGS OF THE
VI INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND THEORETICAL CONFERENCE**

SCIENTIFIC REVIEW OF
THE ACTUAL EVENTS,
ACHIEVEMENTS AND
PROBLEMS

27.03.2026

BERLIN

FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY

SCIENTIA
COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS

Кінаш Дар'я Олександрівна

здобувач вищої освіти IV медичного факультету
спеціальність «Терапія та реабілітація»
Харківський національний медичний університет, Україна

Науковий керівник: Самоїлова Ганна Петрівна

канд. мед. наук, доцент, доцент кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної
медицини, фізичної терапії, ерготерапії,
Харківський національний медичний університет, Україна

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЙНИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Шийний остеохондроз є однією з провідних причин формування хронічного больового синдрому та функціональних обмежень у пацієнтів працездатного віку, що обумовлює значне зниження якості життя та рівня повсякденної активності. Сучасні епідеміологічні тенденції свідчать про зростання частоти даної патології, що пов'язано з малорухливим способом життя, тривалим перебуванням у статичних позах, а також впливом професійних факторів. У зв'язку з цим особливого значення набуває впровадження ефективних програм фізичної терапії, здатних впливати на ключові патогенетичні механізми захворювання [4].

Метою дослідження було визначення ефективності комплексної програми фізичної терапії у пацієнтів із шийним остеохондрозом на основі аналізу динаміки больового синдрому, показників м'язової сили та рухливості шийного відділу хребта.

Методологія дослідження передбачала використання комплексу клініко-функціональних методів оцінювання. Інтенсивність больового синдрому визначали за візуально-аналоговою шкалою (VAS), що дозволяє кількісно оцінити суб'єктивні больові відчуття в діапазоні від 0 до 10 балів. Функціональний стан м'язового апарату оцінювали методом мануального м'язового тестування за п'ятибальною шкалою. Амплітуду рухів у шийному відділі хребта визначали за допомогою гоніометрії з фіксацією показників згинання, розгинання, бічних нахилів і ротаційних рухів. Оцінювання проводилося у динаміці – до початку реабілітаційного втручання та після завершення курсу фізичної терапії тривалістю 21 день. Для статистичного аналізу використовували критерій Вілкоксона, що дозволило оцінити достовірність змін при рівні значущості $p \leq 0,05$ [2,3].

Аналіз отриманих результатів показав, що до початку реабілітації інтенсивність больового синдрому за шкалою VAS варіювала в межах 3,5–8,5 балів, при цьому середнє значення становило близько $6,1 \pm 0,4$ балів, що відповідає помірному або вираженому болю. Після завершення курсу фізичної терапії відбулося статистично значуще зниження показників до 0–3 балів, із середнім значенням $1,4 \pm 0,3$ балів ($p < 0,05$), що свідчить про редукцію больового синдрому більш ніж на 75 %. Така виражена позитивна динаміка вказує на високу ефективність застосованої програми та її здатність впливати на основні механізми формування болю, зокрема м'язовий спазм, компресію нервових структур і порушення мікроциркуляції.

Поглиблений аналіз результатів мануального м'язового тестування продемонстрував суттєве підвищення сили м'язів шийного відділу хребта та плечового поясу. До початку реабілітації середній показник сили м'язів-згиначів голови та шиї становив $4,2 \pm 0,1$ балів, що свідчить про незначне зниження функціональної здатності. Після завершення курсу фізичної терапії цей показник зріс до $4,9 \pm 0,1$ балів ($p < 0,05$), що відповідає практично повному відновленню м'язової сили. Аналогічні зміни спостерігалися у м'язах-розгиначах, де приріст становив у середньому 0,6–0,7 балів. У трапецієподібному м'язі та м'язі-підіймачі лопатки відзначалося збільшення сили з $4,1 \pm 0,2$ до $4,8 \pm 0,1$ балів, що також є статистично значущим.

Отримані результати свідчать про те, що застосована програма фізичної терапії забезпечує не лише локальне відновлення функції окремих м'язів, але й сприяє нормалізації м'язового балансу, що є ключовим фактором стабілізації шийного відділу хребта. Відновлення сили м'язів сприяє зменшенню навантаження на міжхребцеві диски, зниженню ризику компресії нервових корінців та формуванню оптимального рухового стереотипу [6].

Результати гоніометричних досліджень підтвердили достовірне покращення рухливості шийного відділу хребта. До початку реабілітації обсяг згинання становив $37,4 \pm 1,9^\circ$, тоді як після завершення курсу фізичної терапії він збільшився до $47,1 \pm 1,3^\circ$ (приріст $9,7^\circ$, або 25,9 %, $p < 0,05$). Обсяг розгинання зріс із $42,3 \pm 2,1^\circ$ до $51,6 \pm 1,5^\circ$ (приріст $9,3^\circ$, або 22,0 %), бічні нахили – у середньому на 6–8°, що становить приблизно 20–24 %, а ротаційні рухи – на 8–10°, що відповідає приросту близько 18–22 %.

Важливим є те, що збільшення амплітуди рухів супроводжувалося одночасним зниженням больового синдрому, що свідчить про відновлення фізіологічної рухливості без перевантаження структур шийного відділу. Це дозволяє розглядати отримані результати як прояв не лише симптоматичного покращення, але й функціонального відновлення [5].

Додатковий аналіз функціонального стану плечового поясу показав, що після завершення курсу фізичної терапії відбулося достовірне покращення рухливості плечових суглобів. Зокрема, амплітуда згинання верхньої кінцівки збільшилася в середньому на 12–15°, відведення – на 10–14°, зовнішньої ротації – на 8–11°. У відносному вираженні це становить покращення на рівні 15–25 % від початкових значень .

Такі зміни свідчать про наявність тісного функціонального взаємозв'язку між шийним відділом хребта та плечовим поясом [1]. Нормалізація м'язового тону та покращення біомеханіки рухів у шийному відділі сприяє усуненню вторинних порушень у плечових суглобах, що має важливе значення для відновлення загальної рухової активності пацієнтів.

Комплексна програма фізичної терапії, застосована у дослідженні, включала поєднання лікувальної гімнастики, вправ на зміцнення м'язів, постізометричної релаксації та масажу. Кожен із цих компонентів мав чітко визначене функціональне призначення. Зокрема, лікувальна гімнастика забезпечувала поступове відновлення рухливості та покращення координації рухів; силові вправи сприяли зміцненню м'язового корсету; постізометрична релаксація дозволяла зменшити м'язовий спазм; масаж – покращити кровообіг і трофіку тканин.

Таблиця 1

Динаміка показників рухливості шийного відділу хребта у пацієнтів з шийним остеохондрозом під час лікування

Обсяг рухів (у градусах)	Початкові показники (M±m)	Контрольні показники (M±m)	T	p	Показник обмеження (%)
Обсяг згинання хребта у сагітальній площині (нахил голови вперед)	37,4 ± 1,9	47,1 ± 1,3	7,2	<0,05	37,6
Обсяг розгинання хребта у сагітальній площині (нахил голови назад)	34,3 ± 1,9	40,8 ± 1,6	8,6	<0,05	57,1
Обсяг згинання хребта у фронтальній площині (нахил голови вправо)	38,5 ± 1,4	46,1 ± 0,7	7,6	<0,05	23,0
Обсяг згинання хребта у фронтальній площині (нахил голови вліво)	37,3 ± 1,6	46,0 ± 1,0	6,5	<0,05	25,4
Обсяг ротаційних рухів хребта (поворот голови вправо)	53,1 ± 2,1	67,1 ± 1,6	9,6	<0,05	41,0

Продовження табл. 1

Обсяг ротацийних рухів хребта (поворот голови вліво)	53,8 ± 2,1	65,3 ± 1,8	10,4	<0,05	40,2
--	------------	------------	------	-------	------

Синергічна дія зазначених компонентів забезпечила комплексний вплив на патогенетичні механізми розвитку шийного остеохондрозу, що й обумовило отримані позитивні результати. Важливим аспектом є також індивідуалізація програми, що дозволило врахувати особливості перебігу захворювання у кожного пацієнта та підвищити ефективність реабілітаційного втручання.

Висновки: узагальнення отриманих результатів свідчить про те, що застосування комплексної програми фізичної терапії забезпечує достовірне зниження інтенсивності болювого синдрому (на 70–80 %), підвищення м'язової сили (на 10–15 % за п'ятибальною шкалою) та покращення рухливості шийного відділу хребта (на 18–26 % залежно від виду руху). Результати динаміки зміни рухливості шийного відділу хребта представлені у таблиці 1. Практичне значення дослідження полягає у можливості широкого впровадження розробленої програми у клінічну практику фізичної терапії, що дозволить підвищити ефективність реабілітації пацієнтів із шийним остеохондрозом, скоротити тривалість відновного періоду та знизити ризик рецидивів. Перспективи подальших досліджень пов'язані з оцінкою довгострокових результатів застосування даної програми, а також із розробкою диференційованих підходів до реабілітації залежно від ступеня тяжкості захворювання та наявності супутньої патології.

Список використаних джерел:

1. Форманок Д. Р., and Дудко О. Г. "Основні фактори ризику розвитку остеохондрозу та їх профілактика" *Colloquium-journal*, no. 34 (193), 2023, pp. 30-32.
2. Шевчук, О., Григус, І. Фізична терапія осіб літнього віку з остеохондрозом шийного відділу хребта. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. 2021. № 07. URL: <https://health.nurwm.edu.ua/index.php/rehabilitation/article/view/105>
3. Bobunov DN, Ovasapyan ED, Matveeva DV, Iordanishvili AK, Senyukov AV, Shagalov DV. [Physical rehabilitation for osteochondrosis of the cervical and thoracic spine in elderly and senile people (Stage 2)]. *Adv Gerontol.* 2022;35(1):126-133. Russian. PMID: 35522118.
4. Davies B. M., Khan D. Z., Mowforth O. D., et al. Updates in current concepts in degenerative cervical myelopathy: a systematic review // *Journal of Spine Surgery.* – 2024. – Vol. 10, № 2. – P. 234-251.
5. Lin L.-H., Chen C.-J., Chang K.-V., et al. Diagnostic performance of Spurling's test for cervical radiculopathy: a systematic review and meta-analysis // *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation.* – 2025. – Vol. 104, № 8. – P. 717-723.
6. Svyrydova, N. K., & Ingula, N. I. (2015). Cervical osteochondrosis: diagnosis and treatment (clinical cases). *East European Journal of Neurology*, (6(6)), 31-37. [https://doi.org/10.33444/2411-5797.2015.6\(6\).31-37](https://doi.org/10.33444/2411-5797.2015.6(6).31-37)