**Введение.** Дегенеративные заболевания позвоночника (дорсопатии) - одно из наиболее распространенных хронических заболеваний человечества. Удельный вес его клинических проявлений среди заболеваний периферической нервной системы занимает 67-95%. Наиболее богаты на неврологическую симптоматику дегенеративные изменения шейного и грудного отделов позвоночника.

Многочисленные данные свидетельствуют не только о большом количестве заболеваний позвоночника, но и об отсутствии в течение последних лет тенденции к их уменьшению [1, 2, 4]. Проблема дегенеративных поражений позвоночника приобретает все большее значение в связи с тем, что они поражают людей в молодом возрасте и является причиной длительной потери трудоспособности в 20-45% больных. Нередко эта болезнь приводит к инвалидности [2, 3]. Так в популяционном исследовании среди 49800 взрослых людей разная степень выраженности неврологических проявлений дорсопатий обнаружена у 50% обследованных, причем в 25% имело место ограничение работоспособности [4]. По сводным данным 75-90% заболеваемости приходится на трудоспособный возраст. В связи с чем временная нетрудоспособность составляет около 7% дней от всех заболеваний и 68% от патологии нервной системы. Экономические затраты, связанные с этими заболеваниями, занимают первое место среди расходов на лечение среди всех заболеваний нервной системы [4, 5].

К сожалению, медикаментозное лечение неврологических синдромов дорсопатий далеко не всегда дает стойкий положительный эффект, в ряде случаев его эффективность даже для снятия острого болевого синдрома является недостаточной. Одновременно с увеличением количества медикаментозных средств увеличивается количество их побочных эффектов и ятрогенных осложнений, нарастает аллергизация населения.

Разработка и экспериментальное обоснование новых методов реабилитации является, по мнению некоторых авторов необходимыми и оправданными, так как применение различных средств традиционного консервативного лечения дорсопатий не всегда приводит к желаемым результатам [6]. Применение существующих программ реабилитации, не решает окончательно проблему лечения, требует постоянного обновления и совершенствования [7].

По объективным причинам хирургическое лечение также часто оказывается недостаточно эффективным или эффект его кратковременный, а в ряде случаев оно приводит к инвалидности.

Электрические, магнитные и лазерные устройства, физиотерапевтические процедуры, различные виды ванн и другие влияния у многих больных, особенно пожилого возраста, имеют большое количество противопоказаний [3].

В связи с этим все большее распространение в процессе реабилитации больных с дорсопатиями приобретают немедикаментозные методы, которые недавно относили к нетрадиционным.

**Цель работы**. Разработать, научно обосновать, апробировать, комплексную программу физической терапии лиц с болевыми синдромами, обусловленными дегенеративными изменениями в шейно-грудном отделе позвоночника.

**Материал и методы исследования**. Исследования проводились на базе….

Обследовано 38 человек (в возрасте 40-59 лет) с клинической симптоматикой дегенерации межпозвонковых дисков шейного и грудного отделов позвоночника с болевым синдромом (по МКБ-10 - М-50). Пациенты были разделены на 2 группы (по 19 в каждой из них): основную и контрольную.

Представителям контрольной группы назначали средства, принятые в реабилитационном заведении: утреннюю гигиеническую гимнастику, лечебную гимнастику, массаж (классический), физиотерапевтические процедуры. Представители основной группы, кроме выше отмеченных средств, получали массаж по сегментарно-рефлекторной методике, скелетное вытяжение на доске Евминова. Дважды в день (после 17 часов) они занимались самостоятельно. Для этого были обучены комплексу упражнений для самостоятельных занятий, методам самоконтроля (в сочетании с просветительской работой). Дозировка средств физической терапии подбиралась индивидуально, с максимально допустимой нагрузкой.

Обследование проводили в начале и при окончании курса реабилитации (24 дня). Изучению подлежали: частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), частота дыхательных движений (ЧД) пробы подбородок-грудина, подбородок -яремная вырезка, Шобера, Отта, Гомайера, подвижность в шейном отделе позвоночника, экскурсия грудной клетки, позвоночный индекс. Полученные результаты подлежали статистическому анализу.

**Результаты и обсуждение.** При первичном обследовании исследуемые показатели лиц обеих групп достоверно не отличались (Р> 0,05).

После окончания курса реабилитации в основной группе отмечалась достоверно лучше динамика исследуемых показателей. При этом проба Отта выросла на 30,5%, Томайера - на 54,8%, подвижность в шейном отделе позвоночника - на 34,2%, экскурсия грудной клетки – на 41,3%, проба подбородок-грудина - на 44% (Р <0,05). Более значимо в первой группе уменьшилось число пациентов, имевших жалобы на боль в шейном и грудном отделах позвоночника (Р <0,01), ощущение тяжести в надплечье и верхних конечностях (Р <0,05), выросла амплитуды движений в шейном и грудном отделах позвоночника (Р <0,01). Динамика большинства показателей лиц контрольной группы была менее выражена (Р> 0,05). При этом в обеих группах достоверно уменьшилось ощущение головокружения (Р <0,01) и онемение пальцев во время сна (Р <0,05).

**Выводы.** Включение в комплексную программу физической терапии сегментарно-рефлекторного массажа, скелетного вытяжения на доске Евминова увеличение количества и продолжительности самостоятельных занятий (после специальной подготовки к ним), использованием максимально допустимого, индивидуально подобранного дозирования физической нагрузки, обучение пациентов самоконтролю (рядом с просветительской работой) способствует достоверному улучшению функциональных возможностей и динамики клинической симптоматики больных дорсопатиями.

**Список литературы:**

1. Болотов, Д. Д. Оптимизация алгоритма реабилитационных мероприятий у пациентов с дорсопатиями [Текст] / Д. Д. Болотов, Т. В. Головина, А. А. Юшко// Вестник восстановительной медицины. - 2016. - № 2. - С. 38-42.
2. Макина, С. К. Оптимизация комплексной терапии больных с дорсопатиями / С. К. Макина, Л. Г. Агасаров // Традиционная медицина. – 2012. – № 3 (30). – С. 13–15.
3. Молчановский В. В. Вертеброневрология. Немедикаментозные лечебно-реабилитационные мероприятия при неспецифической вертебро-неврологической патологии / В. В. Молчановский, Ю. В. Тринитатский, С. В. Ходарев. - Ростов-на-дону : изд-во СКНЦ ВШЮФУ, 2016. - Ч. 4. - 620 с
4. Руденко, И. В. Особенности использования немедикаментозных методов в лечении дорсопатии / И. В. Руденко, И. А. Мосейкин, М. Л. Рожков // Мануальная терапия. – 2014. – № 2 (54). – С. 9–31.
5. Стариков, С. М. Физическая реабилитация в комплексном лечении больных с дорсопатиями: монография РМАПО / С. М. Стариков, Б. А. Поляев, Д. Д. Болотов. – М. : Красная звезда, 2012. – 154 с
6. Храмов В. В. Современный комплексно-структурный поход к терапии дорсопатии шейного уровня позвоночника и артериальной гипертензии / В. В. Храмов, В. Ю. Григорьев // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2012. – № 2(98). – С. 30–35.
7. Черкасова В. Г. Лечебная физическая культура при остеохондрозе
позвоночника: методические рекомендации / В. Г. Черкасова. - Пермь :
Престайм, 2010. - 23 с.