

ИЗУЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Загинайко Т.Г.,

главный врач

БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»

Бурматов Н.А.,

к.м.н., заведующий отделом медико-экономических экспертиз

БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»

Кошкина В.А.,

заместитель главного врача по медицинской части

БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»

Батршин И.Т.

врач - травматолог-ортопед

БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника»

Организация и совершенствование качества амбулаторного звена реабилитационно-восстановительного лечения пациентам нейро-ортопедического профиля является наиболее сложной и проблематичной по ряду объективных причин.

Ключевые слова: реабилитационно-восстановительное лечение, заболевания позвоночного столба, травмы

Актуальность

Организация и совершенствование качества амбулаторного звена реабилитационно-восстановительного лечения пациентам нейро-ортопедического профиля является наиболее сложной и проблематичной по ряду объективных причин. В специальной литературе, посвященной вопросам лечения заболеваний и травм позвоночного столба, значительное число публикаций связаны с изучением, разработкой и совершенствованием способов выполнения стабилизирующих и декомпрессионно-стабилизирующих оперативных вмешательств. Хирургия позвоночника детского возраста, особенно оперативное и консервативное лечение сколиотической болезни, является предметом наиболее острых и интересных дискуссий на протяжении всей истории вертебрыологии (К.С. Сергеев с соавт, 2005 г.). Не менее значимой и обсуждаемой темой, по результатам изучения специализированной современной литературы, является также и организация помощи вертебро-неврологическим пациентам на поздних этапах реабилитационно-восстановительного лечения.

Цель

Цель настоящего исследования – улучшение результатов лечения детей и подростков с

травмами и заболеваниями позвоночного столба на II-III этапах медицинской реабилитации.

Задачи

Задачами исследования являлись:

- Изучение уровня реабилитационного потенциала, гендерные, возрастные и нозологические характеристики пациентов группы диспансерного наблюдения.
- Сформировать реабилитационные группы, исходя из возрастных морфофункциональных и нозологических категорий.
- Оценить промежуточные результаты диспансерного наблюдения детей и подростков обследованной группы.

Материалы и методы

Объектом исследования являлась группа учащихся 1-11 классов муниципальных общеобразовательных школ города, в возрастном диапазоне от 7 до 17 лет, обоого пола, состоящие на диспансерном учете. Критерием отбора в группы являлись нарушения осанки сколиотического и иного генеза, а также консолидированные переломы грудных и поясничных позвонков с I-II степенью компрессии и находящиеся на II-III этапах медицинской реабилитации.[1]

Характеристика исследуемых пациентов

Согласно данным учреждения, количество пациентов, имеющих указанные заболевания и повреждения, составили значимую часть от общего числа группы диспансерного наблюде-

ния – 51 человек (2,51%). В общей исследуемой совокупности преобладали пациенты с нарушениями осанки, дегенеративно-дистрофическими и диспластическими заболеваниями грудного и поясничного отделов позвоночника (Таб. 1).

Таблица 1

Схема распределения пациентов по характеру вертеброгенной патологии (n=47чел.)

Вид патологии	Возрастной период	
	Младший школьный возраст 7-12 лет	Старший школьный возраст 13-18
Дегенеративно-дистрофические и диспластические заболевания грудного и поясничного отделов позвоночника n (%)	3 чел.	17чел.
Сколиотическая болезнь n (%)	7 чел.	12 чел.
Посттравматический остеохондроз n (%)	2 чел.	4 чел.
Врожденные аномалии развития n (%)	5 чел.	3 чел.

Критериями исключения являлись: противопоказания к физиотерапии, отсутствие возможности передвигаться самостоятельно, проявления кожных заболеваний в области поясничного отдела позвоночника и болевой синдром невертеброгенного характера (психогенный, индуцированный патологией внутренних органов), психические заболевания, затрудняющие контакт с медперсоналом при проведении процедур (отсутствие или спутанное сознание), отсутствие зрения или слуха, речи, грубые врожденные аномалии позвоночника.

Распределение пациентов в зависимости от уровня реабилитационного потенциала

Перед началом программы сформированы 3 основных группы. В группу №1 вошли пациенты с дегенеративно-дистрофическими и диспластическими заболеваниями n=47. Группа №2 включала пациентов с нарушениями осанки и сколиотической болезнью. Пациенты с посттравматическим и ювенильным остео-

хондрозом были выделены нами в группу №3 (Таблица 1). Таким образом, группы реабилитантов были распределены по нозологиям и возрастным критериям. Данное распределение связано с разницей в методах и принципах построения занятия, особенностями выполняемых упражнений, уровнем и спецификой физических нагрузок.

Характеристика методов диагностики и исследования

В соответствии с поставленными задачами, пациентам проводили комплексное обследование, включающие методы клинического, рентгенологического исследования, компьютерную, магнитно-резонансную томографию. На контрольных этапах обследования использовались оптические методы диагностики – ТОДП и ТМТ [2,3]. Наличие, степень, а также характер болевого синдрома фиксировались «Методом кожной электрометрии» (авторское свидетельство № 1456069 от 1989 г. А.А. Герасимов) [4].

Условия проведения

Лечение и обследование пациентов проводилось в поликлинических отделениях и дневных стационаров, амбулаторно, в Нижневартовской городской детской поликлинике в период с 2019 по 2021 годы.

Описание методов лечения

Все пациенты указанных групп ранее были обследованы и получали курсы реабилитации, включавшие физиолечение, сеансы массажа, медикаментозное и санаторно-курортное лечение (в большинстве случаев) [7]. Контрольным этапом обследования являлся осмотр врача - ортопеда, согласно плану индивидуального диспансерного наблюдения. В качестве метода контроля состояния и динамики деформаций применялись методы теневой и оптической топографии. Инвазивные методики контроля (рентгенография, МРТ) также назначались пациентам по мере необходимости, индивидуально. Наличие, степень, а так же характер болевого синдрома фиксировались с помощью «Методики кожной электрометрии». С целью родительского контроля и осуществления обратной связи со специалистами на сайте Учреждения размещена необходимая информация (наглядные пособия, материалы, отражающие динамику реализации программы). Для выполнения программы нами был привлечен ряд специали-

стов: инструктора и врачи лечебной физкультуры, врачи-ортопеды, медицинские работники школ. Для подготовки и обучения кадров проведены обучающие семинары для врачей и медицинских работников, в ходе которых были рассмотрены основные теоретические вопросы, связанные с анатомо-физиологическими особенностями детского позвоночника, виды нарушений и деформаций осанки, а также способы их коррекции. В практической части семинара были проведены показательные занятия с детьми - участниками программы. Научно - методическое обеспечение программы осуществляется совместно с кафедрой травматологии и ортопедии Тюменского государственного медицинского университета [5].

Изучение реабилитационного статуса групп пациентов

Оценка реабилитационного статуса и распределение пациентов в зависимости от уровня РП выполнялась по методике оценки реабилитационного потенциала у неврологических больных, которую мы дополнили данными электрометрии. [6]

Данный выбор был обоснован общностью патогенеза и методов лечения хронического болевого синдрома у лиц с заболеваниями и повреждениями позвоночника [4].

Уровень реабилитационного потенциала в группах

Нозологическая группа	Возрастная категория		Уровень реабилитационного потенциала	
	Мл.школьный возраст	Ст.школьный возраст	Высокий	Средний
Сколиотическая болезнь	7	12	17	2
Дегенеративно-дистрофические и диспластические заболевания	3	17	17	3
Посттравматический и ювенильный остеохондроз	2	4	3	3

Уровень реабилитационного потенциала пациентов определялся общим состоянием, выраженностью нарушений статодинамической функций конечностей и позвоночника, наличием и степенью вегетативных расстройств, крат-

ности манифестаций заболевания и длительности периодов ремиссии в (случаях хронических заболеваний). Для повышения точности исследования при определении уровня РП, мы применяли метод электрометрии по Герасимову.

Обзор и обсуждение результатов лечения на контрольном этапе реабилитационно-восстановительных мероприятий.

Изучение реабилитационного статуса и уровня РП, согласно предложенной системе на контрольном этапе реабилитационно-восстановительных мероприятий выявило высокий уровень реабилитационного потенциала даже при наличии хронического вертеброгенного болевого синдрома различной степени выраженности во всех нозологических группах (Таб.2).

Выводы

1. Использование векторной системы оценки реабилитационного статуса позволяет определить направление реабилитационно-восстановительного процесса, а также прогнозировать исход лечения.
2. Представление о степени интенсивности вертеброгенного болевого синдрома при обследовании пациентов дает возможность, выявлять позволяет точно определить уровень и динамику реабилитационного потенциала пациентов на амбулаторном этапе реабилитации и восстановительного лечения.

Заключение

Основная масса (более 90%) нарушений функций опорно-двигательного аппарата являются приобретенными. Самым действенным средством предупреждения и устранения дефектов осанки являются систематические физические упражнения. Лечебная физкультура – метод использующий средства физической культуры с лечебно-профилактической целью для быстрого и полноценного восстановления здоровья и предупреждения осложнений заболевания. Лечебная физическая культура является не только лечебно-профилактическим средством, но и лечебно-воспитательным процессом.

Применение комплексов ЛФК воспитывает у ребенка и родителей сознательное отноше-

ние, побуждает мотивацию к лечению и обеспечивает активное участие в реабилитационном процессе. Все эти факторы, несомненно, способствовали воспитанию и формированию отношения к вопросам сохранения здоровья и ведения здорового образа жизни и явились причиной положительного результата диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями и повреждениями позвоночника.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н.
 2. Батршин, И.Т., Сарнадский, В.Н. Исследование формы позвоночника у детей Тюменского Приобья методом компьютерной оптической топографии // Хирургия позвоночника, – Новосибирск. – 2004. – №2. – С.74-78.
 3. Кузяков, О.Н., Кучерюк, В.И. Методы и средства измерения топологии поверхности, перемещений и деформаций. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2002. – С. 142-144.
 4. Герасимов, А. А., Мещанинов, В. Н., Щербаков, Д. А. Механизмы патогенетической терапии болевого синдрома позвоночника внутритканевой электростимуляцией. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2019. – № 96(4). – С. 12-18. – <https://doi.org/10.17116/kurort20199604112>
 5. Применение внутритканевой стимуляции и комплекса лечебной физкультуры для лечения и профилактики постиммобилизационных контрактур верхней конечности: Методические рекомендации / Бурматов Н.А. с соавт. – 2017. – С. 12-20.
 6. Реабилитационный потенциал и его оценка при заболеваниях нервной системы. / Ю.Н. Клемешева, О.Н. Воскресенская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – том 5. – №1. – С. 120-123.
 7. Бурматов, Н.А. Опыт оздоровления детей младшего школьного возраста с нарушениями осанки в период каникулярного отдыха // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. – 2019. – №4 – С.46-48.
- © Загнайка Т.Г., Бурматов Н.А., Кошкина В.А., Батршин И.Т., 2021