

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ

«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Вертебрология: современные подходы в лечении повреждений и заболеваний позвоночника



Сборник научных статей

Республиканской научно-практической конференции

с международным участием

(Гомель, 2 октября 2015 года)

Гомель

ГомГМУ

2015

Сборник содержит результаты анализа актуальных проблем медицины в Республике Беларусь по следующим разделам: травматология и ортопедия, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, здравоохранение, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

Редакционная коллегия: **А. Н. Лызиков** — доктор медицинских наук, профессор, ректор; **А. Л. Калинин** — доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней; **В. Я. Латышева** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии; **Т. М. Шаршакова** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; **В. Н. Бортновский** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной медицины; **А. И. Грицук** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой биологической химии; **И. А. Новикова** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики, иммунологии и аллергологии; **Т. Н. Захаренкова** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой акушерства и гинекологии; **С. Н. Бордак** — кандидат философских наук, доцент, зав. кафедрой общественно-гуманитарных наук; **З. А. Дундаров** — доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней № 2 с курсами детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии; **И. Л. Кравцова** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии; **Д. П. Саливончик** — доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой внутренних болезней № 3, поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсами дерматовенерологии и медицинской реабилитации; **Т. С. Угольник** — кандидат медицинских наук, доцент, зав. кафедрой патологической физиологии.

Рецензенты: доктор биологических наук **С. Б. Мельнов**; кандидат медицинских наук, доцент, проректор по лечебной работе **Д. Ю. Рузанов**.

СТЕПЕНКОВА Д.В. ЯРОШ А.С.

ОПЫТ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИСКОГЕННЫМИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации»,

УО «Гродненский государственный медицинский университет» г. Гродно, Беларусь

Введение

Дискогенные радикулопатии (ДР) относят к одному из наиболее тяжелых вариантов вертеброгенных болевых синдромов, что обусловлено интенсивной и продолжительной болью, обычно сопровождающейся резким ограничением подвижности. Данное заболевание является частой причиной стойкой утраты трудоспособности, а также сопровождается значительным ухудшением качества жизни пациентов [1, 2, 3]. Около 20% лиц в популяции и порядка 50% лиц трудоспособного возраста испытывают боли в спине в течение года. По данным Попелянского Я.Ю. на 2003 год в среднем каждый третий житель планеты страдает от болей в спине, притом, что в 1980 году таковым являлся лишь каждый пятый [4]. В последние годы возросло количество пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу грыж межпозвонковых дисков (МПД) и стенозов позвоночного канала (ПК).

Отделение медицинской реабилитации пациентов неврологического профиля № 2 УЗ «ГОКБ МР» функционирует с 1 декабря 2012 года. Ранее пациенты с ДР после оперативных вмешательств проживающие в Гродно и Гродненской области имели возможность пройти курс реабилитации только амбулаторно, в связи с чем имелись сложности с прохождением полноценного реабилитационного курса у пациентов с выраженными и умеренными двигательными дефектами, пациентов старшего возраста, а также жителей сельской местности.

Цель

Целью нашей работы являлось улучшение результатов ранней реабилитации пациентов с ДР перенесших оперативное лечение на стационарном этапе.

Материалы и методы

Материалом явились 135 пациента УЗ «ГОКБ МР» в раннем реабилитационном периоде получивших оперативное лечение по поводу грыж

МПД, дегенеративных и комбинированных стенозов ПК, находившихся в отделении медицинской реабилитации № 2 в 2014 году.

Грыжи межпозвоночных дисков в 11 (8.1%) случаях локализовались на уровне L3-L4 сегмента, в 48 (35.6%) случаях на уровне L4-L5 сегмента, в 76 (56.3%) случаях – на уровне L5-S1 сегмента. По локализации грыжи распределились следующим образом: парамедианные – 60 (44.5%), срединные – 31 (23%) фораминальные – 44 (32.5%). Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале до начала лечения составляла $5,08 \pm 0,39$ баллов.

В неврологическом статусе, помимо болевого синдрома, до начала лечения диагностированы: двигательные нарушения (парезы мышц) в 24 случаях (17.8%) 4 балла, у 31 пациента (23%) 3 балла и грубые двигательные дефекты (2-0 балла) у 62 пациентов (45.9%); нарушения функции тазовых органов наблюдалось в 17 (12.6%) случаях; сенсорный дефицит у 102 (75.6%) пациентов. В структуре мышечных парезов преобладали парезы мышц, разгибающих пальцы и стопы и сгибающих голень – 73 (62.4%), подошвенное сгибание и сгибание фаланг было нарушено у 33 пациентов (28.2%), парез четырехглавой мышцы наблюдался в 9 случаях (7.7%), приведение и наружная ротация бедра были нарушены в 2 случаях (1.7%). Среди реабилитируемых пациентов у большинства – 98 человек (72.6%) имела место монорадикулярная симптоматика, у 37 человек (27.4%) были выявлены полирадикулярные проявления. В структуре радикулопатического синдрома преобладало поражение спинномозгового корешка S1 – в 46 (34%) случаях, в 78 (57.9%) случаях имелось поражение L5 корешка, а в 11 (8.1%) случаях – L4 корешка.

Во время прохождения курса реабилитации пациенты получали:

Медикаментозную терапию: НПВС (при болевом синдроме), миорелаксанты (при наличии рефлекторно-тонического синдрома), антихолинэстеразные препараты (при наличии двигательных нарушений и сенсорного дефицита), витамины группы B, сосудистые препараты и венотоники.

ЛФК. С момента открытия стационара функционирует группа ЛФК для пациентов с ДР. Совместно с сотрудниками кафедры медицинской реабилитации УО «ГрГМУ» разработан комплекс специальных упражнений для разгрузки, а также укрепления мышц спины и брюшного пресса. У пациентов с выраженными парезами мышц нижних конечностей проводились занятия по «зеркальной» терапии – методу, направленному на активизацию нейронов в визуальной и моторной областях мозга для достижения улучшения функций конечностей. При этом терапевт устанавливал зеркало перед пациентом таким образом, чтобы его отражающая поверхность была направлена на непораженную сторону. Пораженная нога остается невидимой для пациента. Пациент видит выполняемые им движения в отражении зеркала, что приводит к визуальной иллюзии – кажется, что пораженная конечность двигается так же, как и здоровая [5].

Массаж: при отсутствии противопоказаний применялся массаж нижних конечностей, сегментарно-рефлекторный, а также точечный массаж.

Физиотерапевтические процедуры: При отсутствии противопоказаний применялись такие физиотерапевтические методы как электрофорез анальгетиков, фонофорез глюкокортикоидов, магнитолазерная терапия на биологически активные точки, магнитотерапия (переменное магнитное поле, бегущее импульсное магнитное поле), фототерапия полихроматическим поляризованным светом, гальванопунктура.

Психотерапия. Проводилась в виде индивидуальных и малогрупповых занятий. Во время занятия пациентам оказывалась эмоциональная поддержка, целенаправленно укреплялась положительная мотивации к лечению.

Так же проводилась работа по формированию позитивной лечебной и жизненной перспективы, коррекция отношения пациента к болезни.

Школа больного. В отделении функционирует «Школа позвоночника», занятия в которой проводятся два раза в неделю.

Диетотерапия. Учитывая тот факт, что порядка 40% пациентов имели избыточную массу тела, были проведены беседы о принципах здорового питания и правильного пищевого поведения.

Кроме вышеперечисленных методов при отсутствии противопоказаний ряд пациентов получали иглорефлексотерапию, гипербарическую оксигенацию и водолечение (вихревые ванны, подводный душ-массаж).

Результаты и обсуждение

По окончании курса стационарной реабилитации, составившего в среднем 13.2 койко-дня, были оценены результаты.

Из числа реабилитируемых пациентов ухудшения состояния ни в одном случае не наблюдалось. Все пациенты отмечали субъективное улучшение самочувствия, в той или иной степени. Динамика радикулопатического пареза представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика радикулопатического пареза

Степень пареза	До лечения n(человек)	После лечения n(человек)
0-2 балла	62 (45.9%)	47 (34.8%)
3 балла	31 (23%)	29 (21.5%)
4 балла	24 (17.8%)	23 (17%)
5 баллов	18 (13.3%)	36 (26.7%)

Из 17 пациентов, имевших НФТО у 5-ти функция восстановилась полностью, у 10-ти сохранились умеренные нарушения, у 2-х пациентов НФТО осталось на прежнем уровне. Из 102 пациентов, имевших нарушения

чувствительности у 24 они полностью исчезли, у 48 значительно уменьшились, у 30 пациентов сохранились на прежнем уровне.

Интенсивность боли по ВАШ снизилась до $2.09 \pm 0,15$

Выводы

Реабилитация пациентов с ДР является актуальной проблемой современной реабилитологии, требующей дальнейшего изучения и скрупулёзного поиска инновационных методов и усовершенствования существующих. Создание стационарных отделений медицинской реабилитации для пациентов неврологического профиля позволяет повысить эффективность реабилитации, а значит сократить сроки восстановления после оперативного лечения и, как следствие, время пребывания на листке нетрудоспособности.

Литература:

1. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Consilium-medicum. - 2004. - № 6. - С. 547–554.
2. Подчуфарова Е.В. Боль в пояснично-крестцовой области: диагностика и лечение // РМЖ. - 2004. - № 10. - С. 581–584.
3. Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Болевое шее, спине и конечностях // Болезни нервной системы / Под ред. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. М., - 2001. - С. 293–316.
4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): Руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. и доп.- М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 672с.
5. Тиме Х. Метод «зеркальной» тренировки // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2010. – №3. - С. 31-35.

УДК:616.711+616.832]-001-036.865-021.3-047.36

ОСИПОВ Ю.В.

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Городище, Беларусь

Введение

Травмы позвоночника (ТП) и позвоночно-спинальная травма (ПСТ) относятся к наиболее тяжелым травмам опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы, которые влекут за собой развитие стойких патологических