

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОРТОПЕДО–ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Дмитриев А.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

Реабилитация больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата является необходимой составной частью комплекса мероприятий, проводимых с первых дней пребывания пациентов в стационаре [1]. При этом следует исходить из того, что у данной категории больных прежде всего происходит ограничение или полное отсутствие двигательной функции. Следует отметить, что так называемые произвольные движения обусловлены функцией коркового отдела двигательного анализатора, которая связана с аналитико-синтетической деятельностью всей коры головного мозга и афферентными воздействиями на нее. При этом в осуществлении произвольных движений участвуют и экстрапирамидные системы, нисходящая и восходящая части ретикулярной формации [2].

Таким образом, пирамидная и экстрапирамидная системы функционируют совместно, в неразрывной связи с ретикулярной формацией, осуществляя целостную и динамическую работу моторных систем. В связи с этим, для того чтобы получить нужное и полное движение, необходим постоянный анализ этих функций на основе импульсов, приходящих из органов движения. Однако при повреждении (травме) или выраженном болевом синдроме двигательная функция полностью утрачивается или значительно снижается, что приводит к развитию неблагоприятных последствий, которые и следует устранять в процессе реабилитации.

Как показали практические наблюдения, лучший эффект проведения таких мероприятий достигается в специализированных центрах или отделениях, в которых оказывается комплексное воздействие и на поврежденные структуры, и на организм в целом.

При этом очень важно, что все реабилитационные мероприятия выступают в роли дополнительного внешнего звена саморегуляции, компенсируя тем самым недостаточную функцию тех или иных функциональных систем организма [3].

В центре медицинской реабилитации больных и инвалидов ортопедо-травматологического профиля ГКБ № 2 г. Гродно ведется многолетняя работа и наблюдение за эффективностью реабилитационных мероприятий при различных нозологических формах повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Цель работы: анализ работы центра за период с 2005 по 2012 год.

Материал и методы: за указанный период в центре лечились и проходили реабилитацию 10380 человек с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Диагноз верифицирован современными методами исследования: Р-графия, компьютерная томография, ЯМР, УЗИ и др.

Результаты исследования: в зависимости от нозологической формы поражения, индивидуально для каждого больного составляется план лечения и реабилитации, делается реабилитационный прогноз. Предложенная экспертами ВОЗ модель последствий болезни используется в практике и позволяет определить три основные направления реабилитации: восстановление функции, восстановление жизнедеятельности, специальная адаптация больных.

Многолетние наблюдения проводились на протяжении 7 лет, а распределение по нозологическим формам представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Количество больных за 2005–2012 гг.

<i>Нозологическая форма</i>	<i>Кол-во больных</i>	<i>Среднее пребывание (дней)</i>
1. Деформирующие остеоартрозы	1109	13,91
2. Дегенеративно-дистрофические забол. позвоночника	313	12,77
3. Травмы, забол. позвоночника после опер. лечения	584	14,04
4. Контрактуры суставов	1766	14,78
5. Сросшиеся переломы	20	10,40
6. Переломы позвоночника	260	26,48
7. Переломы таза	167	22,02
8. Хр. синовиты, бурситы, кисты и т.п.	255	12,47
9. Последствия переломов позвоночника, таза	377	12,96
10. Повреждения и заболевания коленного сустава	1396	12,28

<i>Нозологическая форма</i>	<i>Кол-во больных</i>	<i>Среднее пребывание (дней)</i>
11. Повреждения и заболевания плечевого сустава	60	12,08
12. Посттравматическая невропатия, синдром Зудека	177	14,68
13. Переломы в стадии лечения гипсовой повязкой	13	11,92
14. Переломы нижн. конечностей после опер. лечения	246	13,96
15. Последствия переломов конечностей	692	13,56
16. Прочая ортопедическая патология	1274	13,89
17. Больные после эндопротезирования	1654	13,37
18. Прочее	17	8,35
ИТОГО:	10,380	14,06

Произведена также оценка эффективности реабилитационных мероприятий, включающая изменение функционального класса за время пребывания и восстановление функции движения в процентах, что показано в таблице 2.

Как следует из показателей таблицы 2, комплексная работа по восстановлению функции позволяет достаточно эффективно восстанавливать больных данной категории. При этом используются как классические методики, так и разработки кафедр травматологии и медицинской реабилитации УО «ГрГМУ».

Таблица 2 - Эффективность реабилитации по нозологическим формам за 2005–2012 гг.

<i>Нозологическая форма</i>	<i>ФК при пост.</i>	<i>ФК при вып.</i>	<i>Улучшение</i>			<i>Без изменений</i>	<i>Восст. функции нет</i>	<i>Эф-ть восстан. функции %</i>
			<i>Выздоровление</i>	<i>На 2</i>	<i>На 1</i>			
1. Деформирующие остеоартрозы	2,91	1,38	289	287	280	253	1	77,1
2. Дегенеративно-дистрофические забол. позвоночника	2,95	0,41	220	60	26	7	-	97,8
3. Травмы, забол. позвоночника после опер. лечения	2,93	1,45	109	134	284	55	2	90,2
4. Контрактуры суставов	2,28	1,24	348	111	878	413	16	75,7
5. Сросшиеся переломы	1,80	0,70	11	-	3	6	-	70,0

Нозологическая форма	ФК при пост.	ФК при вып.	Улучшение			Без изменений	Восст. функции нет	Эф-ть восстан. функции %
			Выздоровление	На 2	На 1			
6. Переломы позвоночника	3,90	2,38	4	160	62	31	3	9
7. Переломы таза	3,95	2,78	-	41	112	11	3	91,6
8. Хр.синовииты, бурситы, кисты и т.п.	2,64	0,73	134	45	51	22	3	90,2
9. Последствия переломов позвоночника, таза	2,92	1,47	89	95	94	98	1	73,7
10. Повреждения и заболевания коленного сустава	2,78	1,01	553	279	434	123	7	90,7
11. Повреждения и заболевания плечевого сустава	2,93	0,42	41	13	5	1	-	98,3
12. Посттравматическая невропатия, синдром Зудека	2,79	1,86	11	18	98	50	-	71,8
13. Переломы в стадии лечения гипсовой повязкой	2,69	3,31	-	-	5	8	-	38,5
14. Переломы нижн. конечностей после опер. лечения	3,51	2,86	4	6	138	91	7	60,2
15. Последствия переломов конечностей	2,89	1,32	217	153	145	171	6	74,4
16. Прочая ортопедическая патология	2,86	1,29	376	291	327	275	5	77,9
17. Больные после эндопротезирования	2,97	2,67	6	72	329	1233	14	24,6
18. Прочее	3,35	3,12	-	1	2	9	5	17,9
ИТОГО,абс	2,84	1,55	2412	1766	3273	2857	73	71,8

Заключение: актуальность повышения эффективности реабилитации больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата не теряет своей актуальности, так как технократический путь развития приводит к повышению частоты и сложности травм опорно-двигательного аппарата.

Своевременная, правильно спланированная и проведенная реабилитация данной категории больных улучшает качество их жизни и требует дальнейших исследований в этой области.

Список литературы:

1. Дмитриев А.Л., Солтан С.А. Особенности медицинской реабилитации больных с заболеваниями и повреждениями позвоночника. Сб. науч. ст. - Медико-социальная экспертиза и реабилитация: - Минск: НИИ МСЭ и Р, 2008. Вып. 10 - С. 113-116.
2. Rissanen A., Kalimo H., Alaranta H. Effekt of intensive training on isokinetic strength and structure of lumbar muscles in patient with chronic low back pain // Spine. – 1995. - V. 20. № 3. – P. 333-340.
3. Судаков К.В. Системное построение функций человека. - М.: «Sovero press», 1998. – 24 с.

**ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

***Дубровщик О.И., Довнар И.С., Пакульневич Ю.Ф.,
Мирошниченко И.А.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно*

Неуклонный рост заболеваемости панкреатитом разных групп населения обуславливает актуальность проблемы его лечения и профилактики. Существующий в настоящее время комплексный подход к лечению больных как острым, так и обострения хроническим панкреатитом, занимающим 2-3-е место в структуре неотложной хирургической патологии живота, требует, нередко, сочетания оперативных и консервативных методов с использованием большого количества лекарственных препаратов. Применение же различных видов аппаратной физиотерапии, играющих большую роль в лечении больных с заболеваниями органов пищеварения, в ряде случаев ограничено используется в практике лечения панкреатита, что связано с выраженным тепловым или раздражающим действием физических факторов на секреторный аппарат поджелудочной железы, активизацией панкреатических ферментов, возникновением протеазно-ингибиторного дисбаланса и развитием рецидива заболевания.