

Основные принципы физической реабилитации при хирургическом лечении больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами

Национальный университет физического воспитания и спорта Украины (г. Киев)

Постановка научной проблемы и её значение. Анализ последних исследований. Реабилитация больных и инвалидов в Украине в настоящее время приобретает ранг приоритетной общегосударственной проблемы в связи со сложившейся кризисной ситуацией с состоянием здоровья различных контингентов населения [2]. Очевидно, что на современном этапе развития общества возникла необходимость широкого применения средств и методов физической культуры достаточно эффективных, а в ряде случаев – и единственно необходимых в процессе реабилитации для восстановления здоровья, профессионального и социального статуса человека после болезни или травмы [3; 2; 8]. Проблема реабилитации больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами носит не только социальный, но и экономический характер. Недостаточная результативность восстановительного лечения и традиционной системы профилактических мероприятий вынуждают активизировать поиск более эффективных организационно-методологических решений [6] и в частности модифицировать ряд принципов, которыми необходимо руководствоваться при системной реализации физической реабилитации при хирургическом лечении больных вертеброгенной патологией.

Л. А. Черникова [9], А. Н. Белова [1], М. В. Боголюбов [7], А. С. Кадыков [5] придерживаются мнения о зависимости эффективности лечения неврологических больных от своевременного, дифференцированного, адекватного применения средств физической реабилитации, которые должны базироваться на принципах длительности и преемственности воздействий.

На значение ранней реабилитации указывает большинство исследований (Л. Г. Столярова, Г. Р. Ткачева, 1978; Э. С. Вейн и др., 1982; А. С. Кадыков и др., 1997; А. С. Кадыков, 2003; J. S. Feigenson, 1981; T. R. Anderson, 1989). Раннее начало реабилитации способствует более полному и быстрому восстановлению нарушенных функций, препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, возникновению и прогрессированию астенодепрессивных и невротических состояний.

Большинство авторов особо подчеркивают необходимость руководствоваться принципом мультидисциплинарности – участия в реабилитационном процессе, наряду с нейрохирургом, специалистов разного профиля, в том числе реабилитолога (специалиста по лечебной гимнастике), специалиста по биоуправлению с обратной связью, массажиста, иглорефлексотерапевта, инструктора по бытовой реабилитации (эрготерапевта), психолога, психотерапевта (психиатра), нейроуролога, социолога и реабилитационной медсестры, которые разрабатывают индивидуальную программу реабилитации и осуществляют контроль за ходом её выполнения.

Задача исследования – разработать принципы физической реабилитации при хирургическом лечении больных вертеброгенной патологией.

Методы исследования – метод анализа источников литературы и теоретические методы исследования (анализ, осмысление и обобщение научно-методической литературы по проблеме исследования. Абстрагирование (идеализация, схематизация) – выделение существенных основ. Экспериментирование со схемами (разработка их содержательности, проверка продуманности и практичности) при разработке понятий, практических моделей и программ физической реабилитации.

Работа выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы кафедры физической реабилитации НУВСФУ и сводного плана НИР в сфере физической культуры и спорта на 2006–2010 гг. Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта по теме 4.1.3. Теоретико-методологические основы физической реабилитации при патологии позвоночника. Номер государственной регистрации – 0106U010791

Изложение основного материала и обоснование полученных результатов. Нами выделены следующие принципы физической реабилитации для больных с вертеброгенными пояснично-крест-

цовыми компрессионными синдромами, направленных для проведения оперативного вмешательства на позвоночнике,

Принцип первый – своевременность оказания помощи.

Принцип второй – необходимость раннего начала реабилитации. У больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, направленных для проведения оперативного вмешательства на позвоночнике, определяется тем, что в остром периоде возникает ряд осложнений, во многом обусловленных гипокинезией (тромбофлебит нижних конечностей с последующей тромбозомболией лёгочной артерии, застойные явления в лёгких, пролежни и др.), а также существует опасность развития и прогрессирования вторичных патологических состояний (таких как контрактуры паретичных конечностей, патологические двигательные стереотипы, прогрессирование деформаций и нестабильности в позвоночнике).

Принцип третий – дифференцированности методик – предполагает адекватное сочетание средств физической реабилитации в зависимости характера неврологических и статодинамических нарушений, рациональное сочетание средств физической реабилитации, учитывающие особенности оперативного вмешательства на всех этапах реабилитации.

Принцип четвёртый – систематичности и длительности активной реабилитации – у больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, направленных для проведения оперативного вмешательства, в основном определяется скоростью восстановления функций. Восстановление объёма движений и силы в паретичных конечностях происходит в основном в течение 1–3 мес. (А. С. Кадыков, 1992, 1997, 2003; М. Kelly-Haues et al., 1989). Спонтанное восстановление наиболее активно протекает в первые 30 дней, в дальнейшем восстановление в значительной степени связано с реабилитационными мероприятиями (Р. W Duncan et al., 1992). Восстановление ходьбы, самообслуживания, сложных бытовых навыков может продолжаться в течение года (Р. W. Duncan et al., 1992), трудоспособности, статики (при условии применения дальнейших мероприятий вторичной реабилитации) наблюдается и после года (А. С. Кадыков и др., 1992). Систематичность реабилитации может быть обеспечена только хорошо организованным поэтапным построением реабилитационного процесса.

Принцип пятый – этапность оказания помощи с обязательным решением цели и задач текущего этапа.

У больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, направленных для проведения оперативного вмешательства, нейрореабилитация в определенной мере стандартизирована и использует положения фазовой модели, предложенной В. А. Исановой, предусматривающей определенную тактику реабилитационных мероприятий, соответствующих фазе заболевания [4]. Реализация этого принципа, по нашему мнению, включает:

–1-й этап – реабилитация начинается в нейрохирургическом отделении, куда больной поступает в плановом порядке и включает в себя две фазы реабилитации. Мероприятия проводятся в *предоперационном* и в *раннем послеоперационном периодах*.

Фаза А на этапе острого периода болезни предусматривает реабилитационное сопровождение комплекса медицинских мероприятий, направленных на устранение острых симптомов заболевания. Практически, это постановка реабилитационного диагноза, определение реабилитационного потенциала, составление реабилитационного плана. Проводятся мероприятия по обучению больных двигательным актам, необходимым в раннем послеоперационном периоде. После проведения оперативного вмешательства основной составляющей процесса физической реабилитации является профилактика вторичных осложнений заболевания: пролежней, пневмоний, контрактур, функций мочевыделительной и кардиореспираторной систем и т. д.

Фаза В1. Определяющим критерием для этой фазы является наличие у пациента полного сознания. В этом случае возможна ранняя реабилитация, предусматривающая дальнейшую активизацию больного, стимуляцию различных анализаторов, восстановление двигательных функций у пациента. Начинают восстанавливать функции нижних конечностей, способность изменять положение в постели, осуществлять переход из положения лёжа в положение стоя, удерживать позу стоя с соблюдением правильной статики, способствуют восстановлению правильного статодинамического стереотипа, ходить с подручными средствами, подниматься по ступеням лестницы.

– 2-й етап – реабілітація в спеціалізованих реабілітаційних стаціонарах, куди больного переводять через 1–3 нед. після операції; 2-й етап може мати різні варіанти в залежності від тяжкості стану больного:

- перший варіант – больного з повним відновленням функції виписують на амбулаторне доглядання;
- другий варіант – больних з вираженим двигальним дефектом, які кінці гострого періоду не можуть самостійно передвигатися і елементарно обслуговувати себе, переводять в нейрореабілітаційне відділення (відділення ранньої реабілітації) тієї ж лікарні, в яку поступив больной, або в нейрореабілітаційне відділення великої міської або обласної лікарні;
- третій варіант – больних з двигальними дефектами, які можуть самостійно передвигатися і елементарно обслуговувати себе, переводять з нейрохірургічного відділення в реабілітаційний центр. Сюди ж переводять больних з нейрореабілітаційного відділення (відділення ранньої реабілітації) лікарні за мірою відновлення можливості самостійного пересування;

– 2-й етап включає в себе наступні фази реабілітації:

- *Фаза В2.* Визначальним критерієм для цієї фази є виписка больного з хірургічного відділення. Обов'язково приділяється увага повному або частковому відновленню навичок самообслуговування: прийняттю їжі, догляду за тілом, прийняттю ванни (душ), миттю, одяганню; а також відновленню здатності вирішувати незначительні проблеми, розширяючи соціальні контакти. Продовжують відновлювати функції нижніх кінцівок, утримувати позу стоя з дотриманням правильної статичності, закріплюють правильний статодинамічний стереотип, ускладнюють завдання по відновленню навички ходьби (з зміною напрямків, з змінюваною площею опори, з перешкодами, в умовах вулиці). Фаза В триває від 1 до 3 тижнів в умовах реабілітаційного відділення лікарні.
- *Фаза С* передбачає реабілітацію з метою досягнення повної незалежності пацієнта від сторонньої допомоги. Реабілітація проводиться в стаціонарних умовах.

– 3-й етап – амбулаторна реабілітація в умовах районного або міжрайонного поліклінічного реабілітаційного центру або реабілітаційних відділень поліклініки або відновительних кабінетів поліклініки. Можливі такі форми амбулаторної реабілітації, як «денний стаціонар», а для важких, погано ходячих больних – реабілітація вдома.

- *Фаза Д* направлена на стабілізацію двигальних функцій в межах активної повсякденної діяльності (ADL), яка представляє сукупність двигальної активності пацієнта в самообслуговуванні і в побуті. Реабілітація больних в фазі Д можлива в умовах реабілітаційних центрів або вдома.
- *Фаза Е* проводиться послідовна професійна і соціальна реабілітація передбачаюча включення вторинної профілактики рецидивів захворювання у тематичних больних. Необхідно уточнити, що участь медичних працівників в цій фазі зводиться до мінімуму. Мережі вторинної профілактики принесуть успіх тільки в разі високої мотивації пацієнта, усвідомлення їм необхідності зміни образу життя, збільшення двигальної активності з залученням індивідуально підібраних видів, дотримання дієти і т. д.
- *Фаза F* передбачає повернення до повноцінної життя або довготривалий необхідний догляд вдома при значному неврологічному дефіциті.

– *Принцип шостий* – *премисленість методик лікування і відновлення на основі урахування їх ефективності.* Оцінка ефективності реабілітації повинна проводитися на основі суб'єктивних і об'єктивних даних.

– *Сьомий принцип* – *комплексність реабілітації* визначається різноманітністю проявів вертеброгенної патології, при якій, як правило, страждає не одна, а кілька функцій. Комплексне використання засобів фізичної реабілітації з урахуванням механізму їх впливу і урахування етіопатогенетичської спрямованості для відновлення двигальних порушень включає наступні методи: кінезотерапію (лікування положенням, лікувальну гімнастику, гідрокінезотерапію, дозовану лікувальну ходьбу); біоуправління з зворотним зв'язком; лікувальний масаж,

постизометрическая и постреципрокная релаксация; нервно-мышечную электростимуляцию с биологической обратной связью; бытовую реабилитацию с элементами трудотерапии (occupational therapy, эрготерапия); при необходимости – ортопедические мероприятия. Реабилитация должна проводиться на фоне адекватной медикаментозной и физиотерапии, в назначении которой при необходимости участвуют терапевт, кардиолог, психиатр, уролог.

– **Восьмой принцип** – адекватность реабилитации (индивидуализация реабилитационных программ) предполагает составление индивидуальных реабилитационных программ.

– **Девятый принцип** – активное участие больного, его родных и близких в реабилитационном процессе.

– **Десятый принцип** – корригируемость (управляемость) лечебного воздействия средствами оперативного контроля эффективности

Выводы. Совокупность указанных принципов физической реабилитации при хирургическом лечении больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами, способствует оптимизации исследовательских, диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, обеспечивая им требуемую всесторонность, последовательность, плановость.

Перспективы дальнейших исследований состоят в разработке концептуальных основ физической реабилитации при хирургическом лечении больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами.

Список использованной литературы

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей / Белова А. Н. – М. : Антидор, 2000. – 567 с.
2. Грец Г. Н. Физическая реабилитация лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов на основе применения средств физической культуры и специализированных тренажерных устройств : [Текст] / Грец Г. Н. – Смоленск : СГАФКСТ, 2008. – 125 с.
3. Епифанов В. А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов – М. : МЕДпресс–информ, 2008.– 384 с.
4. Исанова В. А. Концепция реабилитации в условиях специализированного реабилитационного учреждения / В. А. Исанова // Комплексная реабилитация больных и инвалидов. – 2008. – № 2–3. – С. 33–40.
5. Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С.Кадыков, Л. А.Черникова, Н. В. Шахпаронова – М. : МЕДпресс–информ, 2008. – 560 с.
6. Медведев А. С. Основы медицинской реабилитологии / Медведев А. С. – Минск : Беларус. навука, 2010. – 435 с.
7. Медицинская реабилитация / под ред. В. М. Боголюбова. – Кн. I. – М. : БИНОМ, 2010. – С. 6–9
8. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно–двигательной системы : учеб. пособ. / Евсеев С. П., Курдыбайло С. Ф., Малышев А. И. и др.; под ред. С. П. Евсеева, С. Ф. Курдыбайло. – М. : Сов. спорт, 2010. – 488 с.
9. Черникова Л. А. Современное состояние проблемы физической нейрореабилитации и перспективы её развития [Текст] / Л. А. Черникова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2003. – № 1. – С. 3–6.

Аннотации

На основании представлений об организме как сложной многокомпонентной системе внутренних и внешних взаимодействий нами модифицирован ряд принципов, которыми необходимо руководствоваться при системной реализации физической реабилитации при хирургическом лечении больных вертеброгенной патологией. Определено содержание фаз и этапов физической реабилитации. Разработаны и внедрены в практику работы критерии эффективности реабилитации больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми компрессионными синдромами.

Ключевые слова: принципы физической реабилитации, вертеброгенная патология.

Олена Лазарева. Основні принципи фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні хворих із вертеброгенні попереково-крижовий компресійними синдромами. На підставі уявлення про організм як складної багатокомпонентної системи внутрішніх і зовнішніх взаємодій модифіковано низку принципів, якими потрібно керуватися при системній реалізації фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні хворих на вертеброгенну патологію. Визначено зміст фаз та етапів фізичної реабілітації. Розроблено й упроваджено в практику роботи критерії ефективності реабілітації хворих на вертеброгенні попереково-крижові компресійні синдроми.

Ключові слова: принципи фізичної реабілітації, вертеброгенна патологія.

Olena Lazareva. Basic Principles of Physical Rehabilitation in Surgical Treatment of Patients With Vertebrogenic Lumbosacral Compression Syndromes. *Based on the representations of the body as a complex and multicomponent system of internal and external interactions, we have modified a number of principles that should guide the systematic implementation in the organization of physical rehabilitation in the surgical treatment of patients with vertebral pathology. We identified the content of the phases and stages of physical rehabilitation. Also it was developed and introduced into the practice of performance a criteria for the rehabilitation of patients with vertebrogenic lumbosacral compression syndromes.*

Key words: *principles of physical rehabilitation, vertebral pathology.*