

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ**ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА, СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА,
ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА, КУРОРТОЛОГИЯ И ФИЗИОТЕРАПИЯ****ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ
У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ***Возницкая Оксана Эрвиновна**канд. мед. наук, доцент, главный врач ООО «Клиника восстановительной медицины»,
454902, РФ, г. Челябинск, улица Северная, 56
E-mail: walto70@yandex.ru***EXPERIENCE OF USING NON-DRUG REHABILITATION METHODS IN CHILDREN WITH
CONGENITAL HIP JOINT PATHOLOGY IN COMPLEX TREATMENT***Oksana Voznitskaya**candidate of medical science, assistant professor, chief doctor of «Clinic of rehabilitation medicine»
454902, Russia, Chelyabinsk, Severnaya st., 56***АННОТАЦИЯ**

В статье рассмотрены основные современные принципы реабилитации детей с врожденной патологией тазобедренного сустава. Сформулированы схемы лечения в зависимости от степени выраженности патологии, дана характеристика и содержание функционального консервативного метода лечения. Определено место физической реабилитации, охарактеризованы основные методы и методики. Представлен положительный опыт реализации современных принципов и технологий физической реабилитации: комплексного воздействия и мультидисциплинарного подхода. Отмечена роль тесного контакта с родителями, конструктивного взаимодействия между врачами и специалистами, ведущими реабилитацию. Особое внимание уделено практике реализации работы мультидисциплинарной бригады специалистов в частной клинике. Сформулированы основные принципы, обеспечивающие согласованность работы специалистов бригады, в том числе отражены организационные моменты. Результатом работы явилось 100%-ное окончание лечения «с выздоровлением» в группе пролеченных детей до года с дисплазией тазобедренного сустава, изначально не нуждавшихся в оперативном лечении. Работа имеет практическую значимость, поскольку принцип работы мультидисциплинарной бригады в реабилитации регламентирован Министерством Здравоохранения РФ, но еще не отработан на практике «на местах» в медицинских организациях.

ABSTRACT

This paper analyzes primary modern principles of rehabilitation of children with congenital hip joint pathology. Depending on the grade of the pathology, treatment schemes were formulated. A place of physical rehabilitation was defined. The experience of realization of modern principles and technologies of physical rehabilitation is presented: complex impact and a multidisciplinary approach. Particular attention is paid to the practice of implementing the multidisciplinary team of specialists in a private clinic. The role of close contact with the parents, constructive interaction between doctors and specialists of rehabilitation. Special attention is paid to the practical implementation of a multidisciplinary team of specialists in a private clinic. The basic principles that provide the consistency of the work of team specialists are formulated, as well as organizational issues are reflected. The result was 100% completion of treatment and "recovery" in the group of treated children under one year old with hip dysplasia, who didn't need a surgical treatment at first. The paper has practical importance inasmuch as the principle of a multidisciplinary team's working at the rehabilitation is regulated by the Ministry of Health of the Russian Federation, but have not worked out in practice "on place" at the health care organizations.

Ключевые слова: врожденная патология тазобедренного сустава, дисплазия тазобедренного сустава, комплексная физическая реабилитация, мультидисциплинарная бригада.

Keywords: congenital pathology of the hip joint, dysplasia of hip joint, complex physical rehabilitation, multidisciplinary team.

Актуальность.

Актуальность темы лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей неоспорима. Дисплазия тазобедренных суставов (ТБС) занимает одно из первых мест среди всей врожденной патологии опорно-двигательной системы [2, с. 151]. По разным литературным данным удельный вес врожденных заболеваний ТБС у детей составляет от 2 до 16 на 1000 новорожденных [6, с. 3], по другим данным – от 1 до 3 на 1000 родов [3, с. 151]. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава и вывих бедра является не только наиболее распространенной ортопедической патологией у детей, но и значительно тяжелой. Чиркова Н.Г. приводит статистику разных авторов о развитии деформирующего коксартроза после консервативного и оперативного лечения данной патологии с частотой до 82%, о возможности инвалидизации до 64% больных [6, с. 3]. Подтверждает высокую актуальность темы вопросов постоянный поиск новых путей лечения данной патологии [1,6].

Практическая значимость.

При условии рано начатого функционального консервативного возможно полное анатомо-функциональное восстановление тазобедренного сустава [2, с. 152]. Таким образом, крайне важно своевременная диагностика, правильный выбор лечения и корректное проведение выбранных лечебных методик. Имеются некоторые организационные затруднения, ощущаемые специалистами на местах, связанные с отсутствием в настоящее время утвержденных «Союзом реабилитологов России» Клинических рекомендаций по реабилитации детей с врожденной патологией тазобедренного сустава, соответствующих стандартов оказания медицинской помощи, многообразием имеющихся методов и лечения от хирургических до немедикаментозных, значительным количеством методик, а так же, разнообразием терминологии. Отсутствует широкая практика мультидисциплинарного бригадного взаимодействия при физической реабилитации детей с врожденной патологией тазобедренного сустава.

К вопросу терминологии. Вопрос терминологии актуален для специалистов, занимающихся физической реабилитацией детей с врожденной патологией ТБС. От степени проявления патологии и четкого диагноза зависит выбор основного метода лечения, место и значимость немедикаментозных методов в процессе реабилитации. Диагноз устанавливает врач-ортопед на основании визуализирующих методов исследования (ультразвуковое или рентгенологическое исследование сустава).

В ортопедии выделяют следующие виды врожденной патологии тазобедренного сустава у детей:

1. **Врожденный вывих бедра** - головка полностью теряет контакт с вертлужной впадиной;

2. **Подвывих головки бедра** - смещение головки в пределах суставной впадины с частичной потерей контакта с вертлужной впадиной;

3. **Предвывих** тазобедренного сустава - клинически и рентгенологически определяемое нарушение развития сустава без смещения сочленяющихся элементов сустава. Именно это состояние в узком смысле слова называют «**дисплазией тазобедренного сустава**», то есть его недоразвитие.

Имеется термин «**незрелый сустав**», при котором определяют замедление развития сустава; это - пограничное состояние, группа риска по развитию дисплазии, так же требующая наблюдения и соответствующей коррекции.

Учитывая значительное количество терминов, означающих сходную патологию или состояния, которые могут иметь поочередное развитие, зачастую термин «дисплазия» используется в собирательном понятии, включая в него все аномалии - от незначительного недоразвития крыши сустава без смещения головки бедра, определяемого визуализирующими методами диагностики, до истинного вывиха. В любом случае, при наличии диагноза «дисплазия тазобедренного сустава» имеется вероятность развития вывиха бедра разной степени. Поэтому при малейшем подозрении на дисплазию ТБС требуется безотлагательная инструментальная диагностика с уточнением диагноза и лечение в соответствии с выявленными изменениями.

Работа проведена в 2013 г на базе ООО «Клиника восстановительной медицины», г. Челябинск. Проведена реабилитация 29 детей от 3 до 12 мес., наблюдающихся амбулаторно у ортопеда Клиники с диагнозом «Дисплазия тазобедренного сустава». Критерии включения в группу наблюдения: подтверждение диагноза при помощи ультразвукового и или рентгенологического исследования. Критерии исключения – необходимость оперативного лечения. Дети получали курсами комплексную физическую реабилитацию, назначался ортопедический режим, после обучения мам постоянно проводилась лечебная гимнастика дома. Эффективность проведенного лечения оценивали по общепринятой, рекомендованной ВОЗ для физиотерапии методике [2, с. 57]: результат определяли как «выздоровление», «улучшение», «без перемен», «ухудшение» с отметкой в форме УФ 044/у.

Цель: Формирование практических рекомендаций по применению немедикаментозных методов лечения в реабилитации детей с врожденной патологией тазобедренного сустава на основании имеющихся регламентирующих документов и собственного опыта.

Задачи:

1. Изучение имеющейся теоретической базы, имеющей регламентирующий характер, по вопросам лечения и реабилитации детей с врожденной патологией ТБС. Определение места физических методов реабилитации в различных клинических ситуациях с учетом законодательной базы МЗ РФ.

2. Отработка частных методик немедикаментозного воздействия, схем лечения. Оценка эффективности немедикаментозного лечения.

3. Отработка схемы работы в условиях мультидисциплинарного подхода.

Результаты работы.

Основными информационными источниками, регламентирующими работу по лечению и реабилитации детей с врожденной аномалией тазобедренного сустава на сегодняшний день являются Порядок организации медицинской реабилитации, утвержденный Приказом МЗ России N 1705н от 29.12.2012 [4] и Национальное руководство по ортопедии [2].

Применяют как оперативное, так и консервативное лечение; выбор метода проводит ортопед с учетом выраженности анатомического нарушения, возраста, сроков диагностики (ранняя или поздняя), эффективности предшествующего лечения. В соответствии с данными Национального руководства по ортопедии [2, с 152-153], современные взгляды травматологов-ортопедов на консервативное лечение дисплазии ТБС следующие:

- 1) ранняя диагностика;
- 2) отказ от гипсования;
- 3) функциональное консервативное лечение с использованием шин;
- 4) предрепозиционная подготовка при помощи методик физического воздействия.

Результатом такого подхода является высокий процент достижения анатомо-функционального восстановления тазобедренного сустава с предотвращением раннего диспластического коксартроза.

В табл. 1 представлена принципиальная схема функционального консервативного лечения [2], принятая травматологами-ортопедами и адаптированная нами для восприятия специалистами нехирургического профиля.

Методы физического воздействия применяют при разных вариантах лечения врожденной патологии ТБС. Различна их роль в реабилитации: при лечении невыраженной дисплазии проводят только физическую реабилитацию, при функциональном консервативном лечении физические методы применяют при предрепозиционной подготовке и на этапе постепенной закрытой репозиции. При хирургическом лечении физические методики важны для послеоперационной реабилитации и профилактики последующего коксартроза.

На рис. 1 представлено место физических методов лечения при разных вариантах лечения врожденной патологии ТБС у детей.

Ниже представлены применяемые **немедикаментозные методы коррекции при дисплазии и вывихе тазобедренного сустава**.

1. Ортопедические: подушка Фрейка, стремена Павлика; различные виды шин и распорок.

2. Физические:

2.1. Пассивная коррекция (лечение положением): широкое пеленание, выкладывание ребенка на живот в позу лягушки, ношение в слинге, эргономичных рюкзаках - кенгуру, с разведением бедер, усаживание на колени взрослого с разведенными ножками. Важно обучение родителей.

Таблица 1.

Принципиальная схема функционального консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста

I Суть метода	Постепенное закрытое вправление бедра на шине после предрепозиционной подготовки при помощи физических факторов. При неэффективности – оперативное лечение.	
II Этапы	<i>Этапы, сроки</i>	<i>Содержание, задачи</i>
	1. Ранняя диагностика	Максимально раннее начало лечения
	2. Предрепозиционная подготовка - 2-3 недели	Создает условия для постепенного достижения полного отведения: - ЛФК, массаж на расслабление аддукторов, парафин, физиотерапия, подушка Фрейка
III Результат	<i>Вариант</i>	<i>Дальнейшая тактика</i>
	1. Вправление и стойкое удержание головки бедренной кости во впадине	Лечение закончено
	2. Вправление не достигнуто, релюксация	Хирургическое лечение – открытое вправление бедра (возможно с 6 мес). Повторные попытки закрытого вправления противопоказаны



Рисунок 1. Место немедикаментозных методов в реабилитации детей с врожденной патологией тазобедренного сустава при разных видах лечения. Треугольниками обозначено назначение физических методов реабилитации

2.2. Массаж и лечебная физкультура (ЛФК).

Задачи: нормализация тонуса мышц, устранение контрактуры приводящих мышц, формирование объема движений в суставе, улучшение трофических процессов, создание условий для нормального положения головки бедренной кости. Необходимо несколько длительных курсов массажа в течение первого года и ежедневная лечебная гимнастика дома.

Наиболее эффективные специальные упражнения выполняются многократно в течение дня:

- в исходном положении лежа на спине: а) пассивное вращение согнутых в коленях ножек с разведением наружу и внутрь (вращение, «Лягушка»); б) ноги ребенка, согнутые до прямого угла в коленных и тазобедренных суставах, приближают к животу, а затем разводят до плоскости стола (отведение-приведение);

- в исходном положении лежа на животе - имитация ползания и плавания стилем «басс».

При дисплазии ТБС имеют особенности упражнения по возрасту. Так, упражнения в рефлекторной «ходьбе», «подтанцовывании» вводят только при разрешении ортопеда. Эти упражнения возможны во время купания, для снижения осевой нагрузки на сустав. Для тренировки опорной функции стоп используют упражнения в положении лежа на животе и спине, на мяче (опору для стоп создают рукой или мячом), упражнение «ладушки» стопами.

2.3. Аппаратная физиотерапия и озокеритовые аппликации.

В основе выбора методик физиотерапии – синдромно-патогенетический подход.

Задачи физиотерапии: улучшение трофики тканей; улучшение кровотока (одна из причин дисплазии – первичная дисплазия сосудов данного бассейна), нормализация мышечного тонуса, создание условий для формирования полноценной вертлужной впадины и правильного положения головки бедренной кости, стимуляция доразвития сустава. [5, с. 463-464].

Наиболее эффективны и показаны:

- озокеритовые (парафиновые) аппликации. Обладают глубоким прогревающим эффектом, имеют сосудорасширяющее и фибромодулирующее действие, улучшают метаболизм и трофику, уменьшают тонус мышц. Кроме самостоятельного терапевтического эффекта, отлично готовят ткани к последующим процедурам – ЛФК, массажу, другим физиопроцедурам.

- электрофорез лекарственных веществ – трофостимулирующий и сосудорасширяющий метод. Применяется электрофорез никотиновой кислоты и кальция на суставы и сегментарную зону (L 1-5) по традиционной методике (рис. 2Б), электрофорез эуфиллина, трентала, никотиновой кислоты, реже – кальция

- магнитотерапия (рис. 2А) – эффективный метод улучшения трофики, метаболизма, микроциркуляции. Отсутствие раздражающего действия, малое количество противопоказаний, возможность щадящего проведения процедур через одежду, наличие седативного эффекта вдобавок к великолепному трофическому действию делают магнитотерапию методом выбора при лечении дисплазии ТБС.

- лазеротерапия – эффекты близки к магнитотерапии, применяют и магнитолазеротерапию.



А



Б

Рисунок 2. Проведение физиопроцедур при дисплазии ТБС:
 А) магнитотерапия, аппарат «Градиент»; Б) наложение электродов при электрофорезе

В применении данных методов крайне важно междисциплинарное взаимодействие, работа с семьей. Каждый специалист мультидисциплинарной бригады должен иметь понимание обо всех перечисленных методах, объяснить родителям их значение, при необходимости – показать упражнение или положение, ответить на вопросы.

Современные принципы реабилитации, изложенные в Порядке организации медицинской реабилитации, должны быть использованы и при лечении врожденной патологии тазобедренного сустава. Так,

в Клинике Восстановительной медицины работа строилась на принципах комплексности (применение одновременно всех необходимых в настоящее время методов) и мультидисциплинарности, то есть работы с пациентом бригады специалистов: врач-ортопед, физиотерапевт, педиатр, инструктор ЛФК (по возрасту), массажист (у детей до года массажист выполняет и элементы ЛФК), медсестра по физиотерапии, при необходимости работы с родителями - психолог и др.

Работа детской мультидисциплинарной бригадой



Рисунок 3. Современные технологии и подходы в Клинике. Работа детской мультидисциплинарной бригады

На рис. 3 представлена Схема работы мультидисциплинарной бригады в Клинике восстановительной медицины. Реализация слаженной и эффективной работы специалистов достигнута благодаря следующим принципам, схематично отраженным на рисунке:

1. «Ортопед + физиотерапевт». Первичный прием, постановку диагноза, выбор метода лечения проводит ортопед, который затем обсуждает план лечения с физиотерапевтом и еженедельно контролирует эффективность реабилитации.
2. «Коллегиальность». При необходимости ребенок мог быть сразу осмотрен неврологом, педиатром.

Это позволяло учесть всю патологию при выборе методик лечения, проводить регулярные рабочие встречи для коллегиального обсуждения рабочих вопросов и тактики ведения сложных пациентов.

3. «График работы». Все специалисты бригады работали в одно время, имели небольшой запас времени между приемом пациентов, что позволило при необходимости сразу осмотреть ребенка необходимыми специалистами, обменяться мнениями. Такой подход уменьшал количество дополнительных посещений поликлиники для пациентов, что благоприятно сказывалось на режиме малыша и повышало приверженность родителей к лечению.

4. «Контроль». Постоянный контроль за ходом реабилитационного процесса и за работой специалистов ведет врач-физиотерапевт (реабилитолог). Врач всегда доступен для дополнительных посещений, внеплановых вопросов родителей, вопросов медицинского персонала по конкретному пациенту.

5. «Реабилитолог». Врач-физиотерапевт владеет всеми необходимыми знаниями в области реабилитации, являясь одновременно физиотерапевтом, врачом ЛФК, врачом восстановительной медицины (теперь специальность не существует), пройдя повышение квалификации по медицинской реабилитации. Функцией реабилитолога является и согласование работы всех специалистов бригады.

6. «Высшее образование, взаимозаменяемость, преемственность». В Клинике большинство специалистов со средним медицинским образованием (медсестры) имеют так же высшее немедицинское образование, являются специалистами по физической реабилитации. Это делает их работу более обдуманной и эффективной, позволяет производить замены по производственной необходимости и исключает пропуски процедур из-за болезни сотрудника, повышает доверие родителей, обеспечивает высокую преемственность процедур. Так, исходя из понимания сотрудниками правильной последовательности процедур, соблюдения должного временного промежутка между процедурами, эти принципы в Клинике являются естественной нормой для каждого, что проявляется в коллективной «работе на результат», положительно сказывается на эффективности лечения.

Подобная реализация всех этих принципов в муниципальной медицинской организации, к сожалению, затруднительна из-за регламентирующих организационных моментов.

В итоге, в Клинике восстановительной медицины была отработана схема реабилитации детей с дисплазией тазобедренного сустава с применением физических немедикаментозных методов. Дети проходили по 1-3 курса амбулаторного комплексного двухнедельного лечения с перерывами, дома выполнялись рекомендации ортопеда, в ходе курса лечения проводилось обучение мам принципам ортопедического режима и приемам гимнастики. Получены следующие результаты:

- во всей группе отмечено клиническое и морфологическое улучшение: все 29 человек (100%) закончили лечение с отметкой «выздоровление»;
- случаев направления на оперативное лечение – не отмечено;
- случаев преждевременного прекращения начатого лечения из-за непереносимости фактора, ухудшения, осложнений не наблюдалось.

Случаев направления на оперативное лечение в группе не наблюдалось.

Выводы:

1. Сформулированы схемы лечения детей с врожденной патологией тазобедренного сустава в зависимости от выраженности патологии. Определено место физических факторов реабилитации в разных клинических ситуациях.

2. Эффективность проведенной физической реабилитации в группе детей до года с дисплазией тазобедренных суставов, не имеющих показаний к хирургическому лечению, составила 100 %.

3. Отработана схема работы междисциплинарной бригады. Сформулированы основные принципы организации конструктивного взаимодействия специалистов в бригаде.

Таким образом, в работе ясно обозначены схемы лечения патологии тазобедренного сустава у детей в зависимости от выраженности нарушений, определена значимость и место физических факторов реабилитации. Представлен опыт работы мультидисциплинарной бригады, даны четкие практические рекомендации по ее организации и пути обеспечения взаимодействия специалистов бригады.

Список литературы:

1. Каменских М.С. Диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов у недоношенных детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Пермь, 2012. — 21 с.
2. Ортопедия: национальное руководство / под. ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 840 с.
3. Пономаренко Г.Н., Воробьев М.Г. Руководство по физиотерапии. — СПб: ИИЦ «Балтика», 2005. — 400 с.
4. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 27276)
5. Частная физиотерапия: учебное пособие / под. ред. Г.Н. Пономаренко. — М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2005. — 744 с.
6. Чиркова Н. Г. Лечение врожденной дисплазии и вывиха бедра у детей младшего возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Курган, 2009. — 24 с.