

Новые возможности коррекции патологии позвоночника

Н.В. Сушина, В.В. Аршин, С.Г. Аршина, М.Г. Ляскоуска

New abilities of spine pathology correction

N.V. Soushina, V.V. Arshin, S.G. Arshina, M.G. Liaskowska

Самарский государственный медицинский университет (ректор – член-корреспондент РАМН Г.П. Котельников)

Приводится комплекс реабилитационных мер при сколиозе у детей, в котором оптимально подобраны рациональные методы и определены наиболее эффективные способы применения избранных средств. Описан применяемый метод адаптированной вакуум-коррекции В.В. Аршина, составляющий основу комплекса. Приведены результаты реабилитации.

Ключевые слова: сколиоз, вакуум-коррекция.

The complex of rehabilitative measures is given for children scoliosis; this complex consists of optimally selected methods, and the most effective techniques of their use are determined. V.V. Arshin's method of adapted vacuum-correction, which is the complex basis, is described. The outcomes of rehabilitative treatment are presented.

Keywords: scoliosis, vacuum-correction.

Одно из самых распространенных ортопедических заболеваний, имеющее тенденцию к прогрессированию процесса, является, как известно, сколиоз [1, 5, 7, 8].

Применяемая повсеместно медицинская реабилитация, даже с подключением современных методик и средств, недостаточно эффективна. По данным ряда авторов [2, 3, 4, 6], консервативная ортопедо-кинезо-физиотерапевтическая коррекция даже в условиях специализированных стационаров при I степени выраженности сколиоза приводит к уменьшению искривления лишь до 19 % случаев, стабилизации процесса – 78 %, прогрессированию – 3 %. При второй степени – соответственно 7 %, 68 %, 25 %, и третьей степени – 0 %, 36 %, 64 %. Результаты при I степени можно расценить как удовлетворительные (если исключить гипердиагностику – отнесение к сколиозу нарушений осанки), при II степени – скромные, при III степени – удручающие. Поэтому реабилитационные меры, являющиеся пусть даже небольшим шагом в решении проблемы сколиоза, следует приветствовать.

Результатом многолетнего поиска рационального направления в воздействии на столь тяжелый недуг стал комплекс, в котором оптимально подобраны наиболее значимые методы и определены наиболее эффективные способы применения избранных средств. Основу комплексного лечения составляет метод В.В. Аршина адаптированной вакуум-коррекции (патент № 213117) – воздействие разреженным атмосферным давлением на индивидуально подобранные обширные по площади паравертеб-

ральные зоны и позвоночник. Достоинство метода – в патогенетичности воздействия. Установлено, что при любых формах сколиоза основными патогенетическими проявлениями прогрессирования являются угнетение зон роста позвоночника на стороне вогнутости дуги, деформация структур позвонка, нервно-мышечные асимметрии, нейровегеторефлекторные расстройства. В представленном методе избирательное воздействие вакуума, как показали данные комплексного исследования (спондилография, электромиография, реовазография, тепловидение, определение вегето-трофической дисфункции мышц и др.), влияет на все вышеперечисленные звенья патогенеза, а именно: снимает спазм и гипертонус мышц на стороне вогнутости дуги, улучшает трофические процессы в тканях, оказывает благотворное рефлекторное влияние, способствует пластичности склерозированных тканей (преимущественно ретрогированных связок и мышц) с вогнутой стороны сколиотической дуги, а отсюда – их растяжению. С выпуклой же стороны при этом, напротив, – наблюдается повышение эластичности, упругости перерастянутых тканей, особенно при подключении электростимулирующего воздействия. В конечном итоге проявляется одномоментное корректирующее действие на позвоночник, а также грудную клетку. Более того, в результате длительного динамического наблюдения установлена продолжающаяся коррекция в течение последующих 6-12 месяцев по окончании курса вакуумкоррекции. Это позволяет считать, что вакуумирование оказывает и

стимулирующее действие на зоны роста позвоночного столба на стороне вогнутости, что, разумеется, весьма важно. С вакуумкоррекцией применяем и электростимуляцию, лечебную гимнастику и мануальную терапию. Для каждого из этих методов отработаны оптимальные режимы и формы воздействия.

К электростимуляции относимся как к методу, позволяющему изменять прежде всего функциональное состояние нервно-мышечного аппарата. При сохранении же полноценности мышц акцент делаем на электромиотренировку, при проведении которой каждый импульс смещает элементы осанки в направлении коррекции (считаем это наглядным критерием эффективности стимулирующего воздействия).

Важным элементом реабилитации является и мануальная терапия. Применяя ее, мы неукоснительно придерживаемся следующих принципов: 1) воздействие на мышцы и связки должно проводиться только в направлении коррекции; 2) необходима мягкость, атравматичность манипуляции (воздействие – через расслабление, расслабление – через утомление); 3) осуществлять снятие только тех функциональных блоков (межпозвоковых, позвоночно-реберных, крестцово-подвздошных), которые препятствуют коррекции; 4) не «разбалтывать» позвоночно-двигательные сегменты; 5) не снимать функциональные блоки, препятствующие прогрессированию деформации.

С целью избежания формирования «миофасциальных триггерных пунктов» при I и II степени сколиоза, которые впоследствии могут быть источником боли, используем постизометрическую и постреципроктную релаксацию мышц.

В комплексной реабилитации больных применением и лечебную гимнастику, так как ничто иное не может выполнить важной задачи – формирования навыка правильной осанки и создания мышечного корсета. Включение индивидуально подобранных специальных упражнений облегчает выработку статико-динамического стереотипа (при третьей же степени они состав-

ляют 70-80 % всего комплекса).

Подростков с I степенью сколиоза, регулярно занимающихся спортом, физическими упражнениями, не ограждаем от привычной нагрузки, т.к. это привело бы к снижению необходимого тонуса мышц. Главное все же – ориентация ребенка на любительский характер занятий (без чрезмерных, тем более изнуряющих нагрузок). Запрещаются при этом и занятия силовыми видами спорта, а также связанные с прыжками в длину и высоту. У детей с III степенью сколиоза большое внимание уделяем соблюдению режима статико-динамической разгрузки.

Реабилитация проводится амбулаторно. Продолжительность его варьирует от 1 до 5 курсов (в среднем 2-3), которые выполняются с перерывами от 6 до 12 месяцев. Курс включает обычно 24-30 сеансов комплексного воздействия, повторяющихся через день. По времени сеанс занимает 1,5-2 часа.

Результаты динамического наблюдения на протяжении 3-10 лет 225 пациентов в 10-15-летнем возрасте (возраст прогрессирования деформации), которым проведены курсы лечения по приведенной комплексной методике, следующие: значительное улучшение (коррекция дуги более 10°) – 11 человек (4,9 %); улучшение (коррекция на 5-10°) – 57 человек (25,4 %); стабилизация – 154 человека (68,7 %); ухудшение (увеличение дуги более, чем на 5°) – 3 человека (1,4 %).

Усиление дуги искривления наблюдались лишь у двух детей со II степенью сколиоза (на 6 и 11°) и у одного с I степенью (на 5°).

Результаты свидетельствуют, что приведенная комплексная методика с включением патогенетически воздействующей адаптированной вакуум-коррекции, целенаправленной электромиостимуляции, мануальной терапии и лечебной гимнастики может войти в арсенал терапевтических мер реабилитации детей с наличием сколиоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абальмасова, Е.А. Сколиоз /Е.А. Абальмасова, Р.Р. Ходжаев. - Ташкент, 1995. – 200 с.
2. Аршин, В.В. Способ лечения сколиоза. Патент на изобретение № 2131717, зарегистрирован 20 июня 1999 г.
3. Аршин, В.В. Современное видение медицинской реабилитации /В.В. Аршин, В.Н. Мальцев, А.А. Шишкина //Актуальные вопросы медицинской реабилитации в современных условиях: Материалы науч.-практ. конф. – М., 1999. - С. 8-12.
4. Аршин, В.В. Два этюда вертебродологии /В.В. Аршин, Н.В. Сушина, Г.А. Бауманова // Сборник тезисов докладов юбилейной научно-практической конференции. - Самара, 1999. - С. 29-30.
5. Беленький, В.Е. Компенсированная и декомпенсированная вертикальная поза больного сколиозом /В.Е. Беленький, М.Ю. Попова //Вестн. травматол. ортопед. – 1994. - № 1. - С. 47-51.
6. Краснов, А.Ф. Прогнозирование и купирование возникновения проприоцептивных триггерных зон /А.Ф. Краснов, В.В. Аршин //3 Международный конгресс вертеброневрологов. – Москва; Казань, 1993. - С. 18.
7. Краснов А.Ф. Ортопедия: учебник / А.Ф. Краснов, Г.П. Котельников, К.А. Иванова. -Москва, 1998. - 480с.
8. Малахов, О.А. Опыт лечения сколиоза у детей и подростков в условиях реабилитационного центра /О.А. Малахов, А.М. Черкашов, О.П. Пыжеская //Вестн. травматол. ортопед. – 1997. - № 3. - С. 60-61.

Рукопись поступила 07.10.04.