

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ КИНЕЗОТЕРАПИИ

УДК 615, 82, 616.741–009.1

Гурьянова Е.А.¹, Тихоплав О.А.¹, Чернова Т.В.², Деомидов П.А.¹

¹ФГБОУ ВО «ЧГУ им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

²АО «Санаторий «Чувашиякурорт», Чебоксары, Россия

CASE REPORT OF COMPLEX REHABILITATION OF PATIENT AFTER OPERATIVE TREATMENT ON THE SPINE IN CONDITIONS OF SANATORIUM WITH USE OF KINESOTHERAPY

Guryanova E.A.¹, Tikhoplav O.A.¹, Chernova T.V.², Deomidov P.A.

¹FGBOU VO «CHGU im. I.N. Ul'yanova», Cheboksary, Russia

²AO «Sanatorij «Chuvashiyakurort», Cheboksary, Russia

Актуальность

Число больных, страдающих хронической болью, возрастает из года в год в связи с повсеместным ростом и утяжелением травматизма, вертеброгенной патологии, дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Преимущественно это касается лиц трудоспособного возраста, которые часто только в результате сильных и порой невыносимых болей, ведущих к ограничению активности, становятся глубокими инвалидами [1]. В последние десятилетия во всем мире все более широко применяются методы нейромодуляции – малоинвазивные методы оперативных вмешательств, связанные с электрической и лекарственной стимуляцией различных отделов нервной системы. Однако рост оперативных вмешательств не всегда связан с повышением эффективности и не приводит к улучшению качества жизни пациента и снятию болевого синдрома: у 47% пациентов был зарегистрирован синдром неудачной операции на позвоночнике [2].

В сложившейся системе оказания противоболевой помощи для пациентов с хроническим болевым синдромом модель мультидисциплинарной клиники эффективнее всего реализована в реабилитационных отделениях, базирующихся на платформе многопрофильных больниц или крупных санаторно-курортных организаций [3]. В таких отделениях используются медикаментозные методы, физическая реабилитация и природные факторы [4, 5]. Однако многие из них имеют значительное число противопоказаний к использованию у пациентов на этапе реабилитации. Данные ограничения диктуют необходимость включения преформированных физических факторов, способных оказывать не только локальное, но и общее воздействие на организм пациентов и тем самым повысить эффективность проводимой терапии [6,

7]. В последнее время с ростом количества проводимых оперативных вмешательств растет и число пациентов, которые нуждаются в проведении эффективных реабилитационных мероприятий после перенесенных операций.

Таким образом, поскольку после оперативного вмешательства на позвоночнике у больных сохраняется болевой синдром и ограничение жизнедеятельности, для достижения эффекта необходимо индивидуально комбинировать средства и методы лечебно-реабилитационных мероприятий, что позволяет улучшить функциональный и психологический статус больных после выполненного вмешательства, тем самым обеспечив более раннюю социально-трудовую интеграцию пациента.

Описание случая

Нам представляется интересным анализ опыта эффективной длительной этапной реабилитации пациентки после оперативных вмешательств на позвоночнике, включающей пролонгированную реабилитацию.

Пациентка Е., 30 лет, обратилась с жалобами: на интенсивные боли в поясничной области, возникающие в покое, усиливающиеся при движении с иррадиацией в левую ногу, на слабость и ограничение движений в ногах, выраженные боли в них, затруднение в трансфере и ходьбе, периодические головные боли диффузной локализации, плохой сон. Из анамнеза известно, что в марте 2016 года после резкого движения почувствовала боль в поясничной области, распространяющуюся на левую ягодицу и далее по задней поверхности до середины голени левой ноги. Боль появилась внезапно вследствие чрезмерного разгибания позвоночника и была настолько интенсивной, что пациентка провела последующие три дня в постели, принимала анальгетики. Неодно-

кратно проходила амбулаторное и стационарное лечение с временным улучшением. По МРТ ПОП 12.04.2016 г (г. Н. Новгород): начальные проявления дегенеративно-дистрофических изменений ПКОП (остеохондроз и спондилоартроз) без признаков грыжеобразования. В июле и в ноябре 2016 г. выполнены оперативные вмешательства – **дерцепция дугоотростчатых суставов на L4-L5 и L5-S1, которые** приводили к непродолжительному снижению интенсивности болей, которые потом возвращались в полной мере. В июле 2017 г. выполнена имплантация тестового эпидурального электрода с целью коррекции болевого синдрома. Результатом стало незначительное улучшение. После удаления электродов сохранялся умеренный болевой синдром. 5.10.2017 г после натуживания состояния пациентки вновь ухудшилось, усилились боли в поясничной области, стали периодически возникать эпизоды острой пронзающей боли, которые, по словам пациентки, напоминали «удар током», не купировались нестероидными противовоспалительными препаратами, возникали в любое время суток. В связи с постоянными болевыми ощущениями у пациентки снизились двигательные возможности, не могла самостоятельно ходить, нарушился сон. Передвигалась с опорой на костыли или при поддержке помощника.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

Госпитализирована 13.10.2017 г. в стационарное отделение дневного пребывания АО «Санаторий «Чувашиякурорт» для проведения реабилитационного лечения. На момент поступления в клинику пациентка имела инвалидность III группы по основному заболеванию.

В объективном статусе сознание ясное, контакт с пациенткой сохранён, ориентировка во всех сферах сохранена, память соответствует возрасту, образованию и роду занятий. Черепно-мозговая иннервация без патологии. Двигательная сфера: в пробе Барре: верхние конечности удерживает, нижние конечности – утомлялась левая нога. Мышечная сила по 6-балльной шкале мышечной силы составляла в левой нижней конечности проксимально до 3,5 баллов, дистально в тыльных сгибателях – 3,0 балла, в разгибателях стопы – 3 балла, в правой нижней конечности 5 б. Мышечный тонус левой нижней конечности снижен, наблюдается гипотрофия мышц левой ноги. Проприорефлексы: снижены на левой ноге (коленный), ахиллов рефлекс слева отсутствует. Выявлены расстройства чувствительности по типу гипестезии по ходу L5-S1 слева. В пробе Ромберга легкое пошатывание. Симптом Ласега положительный слева под углом 60°, справа отрицательный. Наблюдается анталгическая поза, легкий кифосколиоз, ограничение подвижности позвоночника при флексии (на 75%), при латерофлексии (на 50%) и при экстензии (на 35–40%). При пальпации определяется билатеральное напряжение прямых мышц спины и квадратной мышцы поясницы, а также напряжение ягодичных и грушевидной мышц с левой стороны. Походка затруднена из-за усиления боли в вертикальной позе, но опорная функция мышц левой стопы сохранена. В остальном рефлекторная сфера без патологии. Пациентка может самостоятельно передвигаться на костылях, или при поддержке помощника.

Интенсивность боли в поясничной области составляла 4 балла по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в покое и 7–8 баллов при ходьбе (где 0 баллов – боль отсутствует и 10 баллов – нестерпимая боль). Ограничение жизнедеятельности согласно шкале ШРМ = 3. Средний балл по шкале оценки двигательных функций Ривермид при поступлении 9 баллов.

По МРТ ПКОП от 25.08.2017 г: дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника (остеохондроз L3-L4-L5 поясничного отдела позвоночника, спондилоартроз L3-S1 спондилез L1-L4 отделов позвоночника), с наличием мигрирующей грыжи диска L4-L5, с признаками вероятной компрессией левых нервных корешков L5, левосторонней медиально-парамедиальной протрузией L2-L3, L4-L5.

После оценки полученных данных был выставлен следующий диагноз: Радикулопатия L5, S1 корешков слева, нейропатический затяжной болевой синдром. Левосторонняя люмбаишалгия мышечно-тоническая форма. Дегенеративно-дистрофическое заболевание нижнегрудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника (остеохондроз, спондилоартроз (по МРТ), хроническое течение, обострение. Фораминальный стеноз. Состояние после оперативной коррекции болевого синдрома при помощи тестового эпидурального электрода.

В соответствии с установленным клиническим диагнозом назначено следующее медикаментозное лечение: прием НПВП с целью достижения противовоспалительного и анальгетического эффектов. В качестве поддерживающей терапии назначены нейрометаболические препараты и препараты, улучшающие микроциркуляцию.

Реабилитационная программа составлялась с учетом реализации основных задач реабилитации, которые включали в себя: снятие болевого синдрома, увеличение мобильности, формирование и тренировку стереотипа ходьбы без опоры на костыли, укрепления мышц нижних конечностей, улучшения тонуса мышц и трофики тканей, повышения толерантности к физической нагрузке.

Реабилитационная программа включала в себя следующие группы мероприятий.

Лечебную гимнастику (ЛГ) индивидуально с инструктором ЛФК с целью укрепления мышц ног, спины и торса, подготовки к активной жизни и адаптации к ходьбе. Для занятий использовался модифицированный комплекс лечебной гимнастики, рекомендованный пациенткам после оперативного вмешательства на позвоночнике. Особенности в данном случае явилось отсутствие поэтапного расширения комплекса, он сразу использовался в полном виде. Длительность занятия составляла от 30 минут в начале курса, и до 50 минут в конце курса. Моторная плотность занятия не превышала 75%.

Электростимуляцию мышц нижних конечностей для укрепления мышц бедра и ягодицы. Процедура выполнялась с использованием импульсных токов, длительность импульса 1–5 мс, частота следования импульсов – переменный ток несущей частоты 0.5 Гц (2 импульса в секунду), форма импульсов прямоугольная, амплитудное значение силы тока 3–5 мА. Длительность процедуры составляла 10 минут на первый сеанс, в последующие сеансы прибавлялось по 1 минуте, при достижении 15 минутного времени последующие процедуры выполнялись без дальнейшего увеличения экспозиции.

Вместе с традиционным корпоральным и аурикулярным иглоукалыванием выполняли фармакопунктуру, в этом случае новокаин 0,5% дробно (по 0,15–0,2 мл) вводили в 6–8 паравертебральных и отдаленных точек акупунктуры меридиана мочевого пузыря. Независимо от техники инъекции препарата (применялось внутрикожное и подкожное введение препарата), курс воздействия состоял из 10 процедур, проводимых ежедневно.

Симптоматическую физиотерапию в виде хрономагнитоманотерапии на аппарате Мультимаг (применя-

лись бегущие магнитные поля – БМП 1) – с целью стимуляции общеадаптационных неспецифических механизмов и задействования адаптивных резервов организма.

Массаж мышц нижней части спины по сегментарно-рефлекторной методике, общего массива мышц спины по общей методике, и мышц нижних конечностей по стимулирующей методике с целью улучшения тонуса мышц и трофики тканей в поражённой области. Массаж каждой зоны не менее 10 минут. Общая длительность процедуры – 30 минут.

Тренировки на подвесной кинезотерапевтической системе «Экзарта» (далее – Экзарта) – как один из современных и эффективных методов двигательной реабилитации для пациентов с заболеваниями позвоночника [4, 5]. Физические упражнения на этом комплексе выполнялись из положения лёжа с частичной разгрузкой веса тела, для чего выполнялась фиксация тела или части тела пациентки в подвесах, и затем пациентка выполняла упражнения, лежа, в приподнятом над опорой положении. Упражнения выполнялись в медленном темпе в течение 1–7 минут каждое, после завершения очередного упражнения пациентка возвращалась в исходное положение (ИП). Причем на первых занятиях пациентке предлагалось выполнить не более 3 упражнений за сеанс (примеры предложенных упражнений см. ниже), а затем комплекс постепенно расширялся путём добавления 2–3 упражнений к уже имеющимся, по мере увеличения двигательных возможностей пациентки.

Приведем примеры упражнений, использованных в процессе занятий на комплексе «Экзарта». В ИП лежа на спине: шея, тазовый пояс и ноги фиксированы в подвесах:

1. удержание положения, распрямив плечи, с опорой на лопатки и на область голеностопного сустава, мышцы живота, поясницы, ягодиц напряжены;
2. повороты головы вправо и влево;
3. боковой наклон головы;
4. наклон головы вперед с выдохом, возвращение в исходное положение – вдох;
5. движения надплечьями вперед и назад;
6. поочередные движения надплечьями вверх и вниз;
7. максимальный подъем таза;
8. максимальный подъем таза с последующим раскачиванием в этом положении в кранио-каудальном направлении;
9. максимальный подъем таза с последующим раскачиванием нижней половины тела в стороны в этом положении;
10. максимальный подъем таза с последующим разведением и приведением прямых ног;
11. поочередный подъем правой и левой половин таза;
12. поочередное сгибание и разгибание ног;
13. поочередное движение локтя и противоположного колена навстречу друг другу.

Согласно рекомендациям в начале курса инструктор ЛФК обучил пациентку правильному ритму дыхания с целью выполнения гимнастических упражнений в синхронизации с дыхательным циклом. За счёт тренировок на комплексе «Экзарта» удалось снять спазм с перегруженных мышечных групп и при этом задействовать деактивированные мышцы. Таким образом, в нашем случае занятия на «Экзарте» способствовали появлению произвольного сокращения мышц корсета: разгибателей позвоночника, прямых, косых и поперечных мышц живота, подвздошно-поясничных, ягодичных мышц; и, следовательно, улучши-

ли постуральную регуляцию, что весьма важно в процессе достижения вертикализации [5].

Длительность курса лечения в условиях дневного стационара составила 12 дней, за этот период пациентка получила по 10 процедур каждой из выше перечисленных реабилитационных методик.

После проведенного лечения получены положительные достоверные результаты по шкале ВАШ: уменьшение вертеброгенного болевого синдрома до 3 баллов в покое, до 5–6 баллов при ходьбе, по шкале оценки двигательных функций Ривермид улучшение до 10 баллов, по шкале реабилитационной маршрутизации 2 балла.

В результате лечения пациентки увеличила мобильность, обучилась выполнению самостоятельного трансфера и реализации элементарных бытовых навыков, повысилась толерантность к физической нагрузке, отмечено увеличение тонуса гипотрофичных мышц нижних конечностей, увеличилась амплитуда движений в поясничном отделе позвоночника в диапазоне дополнительно 10–15° к исходной величине, увеличение угла наклона симптома Ласега на 10°, уменьшение выраженности кифосколиоза.

Несмотря на достигнутые положительные результаты пациентка, безусловно, нуждалась в продолжение двигательной терапии, в связи с чем после выписки из стационарного отделения часть реабилитационных мероприятий были продолжены в амбулаторном режиме 2 раза в неделю. Пациентка занималась с инструктором ЛФК в течение 60 минут. Занятия включали в себя как классическую лечебную гимнастику, и занятия на комплексе «Экзарта». Лечение на амбулаторном этапе реабилитации длилось 8 недель. Помимо занятий с инструктором ЛФК пациентка при выписке получила подробные рекомендации по дальнейшей самореабилитации на дому. Она выполняла комплекс лечебной гимнастики и эрготерапевтических упражнений на дому ежедневно, не реже чем 1–2 раза в день.

В результате проведенного курса пролонгированной реабилитации в объективном и функциональном статусе пациентки отмечена положительная динамика: увеличенные мышечной силы в среднем на 0,5 балл по шестибальной шкале оценки мышечной силы, пациентка обрела возможность самостоятельной ходьбы, улучшилась переносимость физических нагрузок, увеличилась амплитуда движений в позвоночнике, пациентка начала не только выполнять элементарные гигиенические навыки, но и стала более активной в быту (самостоятельное приготовление пищи, уборка), улучшилось психоэмоциональное состояние, повысилась мотивация к дальнейшему восстановлению. Стала ходить без костылей.

Пациентка 07.12.2017 г была повторно госпитализирована для проведения курса реабилитационного лечения в дневной стационар АО «Санаторий Чувашьякурорт». Целью госпитализации явилась реализация следующих терапевтических задач: повышение уровня независимости пациентки в повседневной жизни и улучшение ее мобильности, укрепление основных мышечных групп, тренировка стереотипа ходьбы без опоры на костыли, тренировка баланса и динамических стереотипов. Пациентке был назначен и проведен реабилитационный курс аналогичный первому, в объёме 10 лечебных процедур каждой из описанных выше реабилитационных методик.

В динамике отмечено увеличение мышечной силы ещё на 0,5 балла по сравнению с результатом, полученным при поступлении, а также уменьшение выраженности гипотрофии левой нижней конечности. Амплитуды движений со стороны левой ноги приблизились к амплитудам движений

с интактной стороны. увеличилась выносливость, улучшился баланс и динамический стереотип ходьбы, при выписке. Пациентка способна пройти более 4 км, не останавливаясь и не прибегая к помощи вспомогательных средств. Сохраняется легкая хромота. После очередного курса лечения наблюдалось значимое уменьшение болевого синдрома: 1 балл по ВАШ в покое, 3 балла по ВАШ при ходьбе.

Пациентка была выписана с рекомендацией долечивания в домашних условиях с целью максимального восстановления и адаптации к домашней и социальной среде.

Обсуждение

В данном случае обращает на себя внимание короткий период перед проведением операции. Пациентка не прошла возможные методы лечения перед оперативным вмешательством и была сразу направлена на операцию. Мы знаем довольно достаточное количество пациентов, у которых после проведения мануальной терапии, рефлексотерапии, ЛФК, уменьшается болевой синдром и восстанавливаются функции позвоночника. Часто встречаемая ошибка, которую допускают врачи -нейрохирурги, это направление на операцию пациентов, не имеющих прямых показаний, опираясь лишь на относительные показания [2]. Т. е. по мнению таких нейрохирургов проблема будет решена, если механически воздействовать на структуры спинного мозга путем абляции. При этом врачами абсолютно не учитывается длительный реабилитационный период, которое имеет место у большинства пациентов после нейрохирургического вмешательства и несоблюдение клинических рекомендаций [9]. Применительно к нашему клиническому случаю пациентка сразу начала получать облегчение после применения рефлексотерапии и

кинезиотерапии. Это согласуется с данными Шамсудинова З.Р., Ивановой Н.Л., которые показали, что при применении комплексной программы физической реабилитации спортсменов с межпозвоночной грыжей поясничного отдела позвоночника с применением статических упражнений на подвесной системе Экзарта произошло полное восстановление функционального состояния ОДА [8].

Заключение

В результате пролонгированного курса восстановительного лечения у пациентки с радикулопатией после оперативной коррекции болевого синдрома был достигнут стойкий положительный эффект согласно требованиям, изложенным в клинических рекомендациях: клиническое улучшение, стабилизация неврологической симптоматики, восстановление функций, уменьшение болевого синдрома, регресс вегетативных нарушений, восстановление навыков самообслуживания [9]. Пациентка стала самостоятельно ходить, отмечено значительное увеличение силы мышц левой нижней конечности, уменьшение выраженности гипотрофии, амплитуда движений в поясничном отделе позвоночника возросла до физиологической нормы, пациентка осуществляла все необходимые гигиенические и социально-бытовые навыки, уровень независимости в повседневной жизни стал значительным по сравнению с исходным. Таким образом, в течение 6 мес пролонгированной реабилитации, включающей 2 курса реабилитационного лечения в условиях дневного стационара и проведения реабилитационных методик амбулаторно, пациентка в значительной мере восстановила уровень независимости в повседневной жизни, двигательную и функциональную состоятельность.

Список литературы:

1. Антипо А. Л. // Прогнозирование рецидивов грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника на основе данных магниторезонансной томографии и математического моделирования. Автореф. дисс. на соискание кандидата медицинских наук. Воронеж, 2009. – 26 с.
2. Кокина М. С., Филатова Е. Г. Анализ причин неудачного хирургического лечения пациентов с болью в спине / Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – №3. – С. 30–35.
3. Чурюканов М.В., Загоруйко О.И. Принципы и последовательность организации помощи пациентам с хронической неонкологической болью /Клиническая и экспериментальная хирургия. –2016. –№3. С. 20–27.
4. Грачева А.В., Гуркина М.В., Стяжкина Е.М. Кинезитерапия в комплексной реабилитации пациентов с радикулопатиями после декомпрессионных операций на пояснично-крестцовом отделе. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93. – № 2–2. – С. 66–67.
5. Прудникова О.Г., Тертышная М.С., Насыров М.З., Нестерова И.Н. Система ранней функциональной психомоторной реабилитации больных после оперативных вмешательств на позвоночнике. // Вестник восстановительной медицины. – 2017. – № 4 (80). – С. 33–39.
6. Кузовлева Е.В., Куликов А.Г. Современные методы физиотерапии в клинической практике санаториев. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93. – № 2–2. – С. 95.
7. Патент РФ Способ восстановительного лечения пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой. Режим доступа: <http://www.findpatent.ru/patent/253/2539164.html>. Ссылка активна на 20.07.2018.
8. Шамсудинов З.Р., Иванова Н.Л. Применение упражнений в статическом режиме на подвесной системе экзарта в физической реабилитации спортсменов с межпозвоночной грыжей поясничного отдела // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 5 (147). – С. 196–198.
9. Российские клинические рекомендации «Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации». Режим доступа: <https://rehabrus.ru/materialyi/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/>. Ссылка активна на 20.07.2018.

References:

1. Antipko A. L. Prediction of recurrence of hernias of intervertebral discs of the lumbar spine based on magnetic resonance imaging and mathematical modeling // Author. diss. for the candidate of medical sciences. Voronezh, 2009. – 26 p.
2. Kokina M. S., Filatova E. G. Analysis of reasons for failed surgery treatment in patients with back pain / Nevrologiya, nejropsihiatriya, psichosomatika, 2011, №3. – P. 30–35. \
3. Churyukanov M.V., Zagorul'ko O.I. Principles and sequence of organizing care for patients with chronic non-cancer pain // Klinicheskaya i ehksperimental'naya hirurgiya, 2016, №3. – pp. 20–27.
4. Gracheva A.V., Gurkina M.V., Styazhkina E.M. Kinesitherapy in the complex rehabilitation of patients with radiculopathy after decompression operations on the lumbosacral region // Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury, 2016, T. 93. № 2–2. – pp. 66–67.
5. Prudnikova O.G., Tertyshnaya M.S., Nasyrov M.Z., Nesterova I.N. The system of early functional and psychomotor rehabilitation of the patients after operative invasions in the spine // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny, 2017, № 4 (80). – pp. 33–39.
6. Kuzovleva E.V., Kulikov A.G. Modern methods of physiotherapy in the clinical practice of sanatoriums // Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoy kul'tury, 2016, T. 93. № 2–2. – p. 95.
7. Patent of RF «The method of rehabilitation treatment of patients with spinal cord injury». Mode of access: <http://www.findpatent.ru/patent/253/2539164.html>. Date of access: 20.07.2018.
8. Shamsudinov Z.R., Ivanova N.L. The use of exercises in a static mode on the suspension system of exartition in the physical rehabilitation of athletes with intervertebral hernia of the lumbar spine // Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta, 2017, № 5 (147). – pp. 196–198.
9. Russian clinical guidelines «Maintaining patients with the effects of spinal injury in the second and third stages of medical and medico-social rehabilitation». Mode of access: <https://rehabrus.ru/materialyi/normativnaya-baza-i-klinicheskie-rekomendaczii/>. Date of access: 20.07.2018.

РЕЗЮМЕ

Введение. В последнее время с ростом количества проводимых оперативных вмешательств растет и число пациентов, которые нуждаются в проведении эффективных реабилитационных мероприятий после перенесенных операций.

Материалы и методы. Описывается клинический случай пациентки после оперативного лечения позвоночника и курса реабилитации в условиях дневного стационара. Для оценки эффективности проводимых мероприятий использовались шкала боли ВАШ, оценка двигательных функций по шкале Ривермид. В программу реабилитации помимо классических методик лечения входили методы рефлексотерапии с фармакопунктурой, тренировки на системе «Экзарта», электростимуляция.

Результаты и обсуждение. Пациентка получила 2 курса реабилитации: через 3 и 5 месяцев после оперативного лечения. В результате выполненного лечения, у пациентки отмечено уменьшение болевого синдрома, увеличение самостоятельной повседневной активности, повышение настроения, нормализация показателей психического статуса. Первый курс реабилитации позволил адаптировать пациентку к домашним условиям и вернул ей возможность частичного самообслуживания. Второй курс реабилитации закрепил достигнутый эффект и позволил пациентке самостоятельно перемещаться вне помещения, что существенно повысило её уровень жизни.

Выводы. На сроке 4 мес. после оперативного вмешательства на позвоночнике у пациентки сохранялся болевой синдром и ограничение жизнедеятельности. Проведенный комплекс реабилитационных мероприятий после операции на позвоночнике существенно улучшил показатели качества жизни и функциональной независимости относительно исходного уровня, что говорит о его эффективности в обеспечении более ранней социальной реинтеграции пациентки.

Ключевые слова: оперативное вмешательство на позвоночнике, кинезотерапия, реабилитация, клинический случай.

ABSTRACT

The clinical case of the patient after operational treatment of a backbone and a rehabilitation course in the conditions of a day hospital is described. For assessment of efficiency of the held events pain scales YOURS, Rivermead Motor Assessment Scale were used. The program of a rehabilitation for by classical techniques of treatment included reflexotherapy methods with pharmacopunctura, trainings on the system of "Ekzart", electrostimulation. The patient received 2 rehabilitation courses: in 3 and 5 months after operational treatment, as a result of the executed treatment, at the patient at control survey from the moment of the beginning of therapy reduction of a pain syndrome, increase in independent daily activity, increase in insistence, normalization of indicators of the mental status is noted. The first rehabilitation course allowed to adapt the patient to house conditions, and returned her a possibility of partial self-service. The second year of rehabilitation set the reached effect and allowed the patient to move independently out of the room that significantly increased her standard of living.

On the term of 4 months after an operative measure on a backbone at the patient the pain syndrome and restriction of life activity remained. The held complex of rehabilitation actions after backbone operation significantly improved indicators of quality of life and functional independence of rather initial level that speaks about its efficiency in ensuring earlier social reintegration of the patient.

Keywords: operative intervention on the spine, kinesitherapy, pharmacopuncture, rehabilitation, radiculopathy, case report.

Контакты:

Гурьянова Евгения Аркадьевна. E-mail: z-guryanova@bk.ru