

З.В. Зверева¹, М.А. Лобов²

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПОЛИОМИЕЛИТА

¹Московская областная детская психоневрологическая больница

²Московский областной научно-исследовательский клинический институт

«Едва ли когда может быть у врача более интенсивное чувство нравственного удовлетворения, чем при взгляде на маленькое человеческое существо, которое он сумел избавить от физических недостатков, ставивших его на одну ступень с животными и для которого он открыл возможность к достойному существованию».

(O. Vulpius, 1908)

Медицинские технологии реабилитации больных в восстановительном периоде полиомиелита, разработанные в 50-70 годы XX века после эпидемии полиомиелита, подтвердили свою достаточную эффективность и активно использовались как за рубежом, так и в России (М.Г. Григорьев, 1964; А.А. Корж, 1984; E. Mazziano, 1985). При общем признании комплексности и этапности в лечении полиомиелита, различные авторы решают эту проблему в соответствии с имеющимися возможностями, отдавая предпочтение тем или иным методам и средствам.

За последние 30 лет модифицированных методов комплексной реабилитации детей в восстановительном периоде полиомиелита не предлагалось, что связано с резким сокращением частоты полиомиелита, вызванного диким штаммом полиовируса. Снижение заболеваемости полиомиелитом в нашей стране до sporadических случаев привели к «упразднению» как специализированных учреждений, обеспечивающих лечение больных в восстановительном и резидуальном периоде полиомиелита, так и системы этапного лечения больных. Заметно снизился интерес к проблеме восстановительного лечения переболевших полиомие-

литом у научных работников и практических врачей. Одновременно утрачена настороженность возможности острого полиомиелита в современных условиях и, как следствие, нарушения в организации своевременного лечения во время вспышки полиомиелита в Чеченской Республике.

В России к 1997 г. ликвидирована заболеваемость, вызываемая дикими штаммами вируса полиомиелита. В 2002 г. Европейский регион ВОЗ достиг статуса «территории свободной от полиомиелита». Однако ежегодно регистрируются случаи вакциноассоциированного полиомиелита (Н.Ф. Пульман, 2003; Садовникова В.Н., Лещинская Е.В., 2003), сохраняется риск завоза дикого полиовируса из эндемичных стран, и при погрешности в проведении плановой иммунизации на фоне дестабилизации социально-экономических условий (локальные войны) возможно появление спонтанных очагов полиомиелита, относящегося, как известно, к разряду возвращающихся инфекций.

Целью настоящего исследования явилась оптимизация поэтапной реабилитации детей в восстановительном периоде полиомиелита с использованием современного комплекса лечебных технологий на основе анализа особенностей двигательного дефицита при эпидемическом и вакциноассоциированном полиомиелите (ВАПП).

В период с 1989 по 2006 гг. под нашим наблюдением находилось 55 больных с верифицированным диагнозом паралитического полиомиелита, среди которых мальчиков 34, девочек 21, 35 детей - жители Чеченской Республики, 15 - Московской области, 4 - Москвы, 1 - Северной Осетии.

В соответствии с целью и задачами исследования больные разделены на две группы. Первую группу составили пациенты с эпидемическим полиомиелитом (41), вторую – больные с ВАПП (14).

Распределение больных по возрасту на момент заболевания было модальным с пиком в интервале от 2,5-4 месяцев до 2 лет (83.6%).

ВАПП развивался достоверно чаще у детей в возрасте до 6 месяцев ($p < 0.05$) и у мальчиков ($p < 0.05$). При эпидемическом полиомиелите различной частоты заболевания по полу не отмечено.

Результаты исследований свидетельствуют, что течение паралитического полиомиелита на современном этапе не изменилось. Типичные периоды развития заболевания и закономерности формирования двигательного дефицита, ортопедических осложнений отмечены у всех наблюдаемых пациентов, как с эпидемическим, так и с вакциноассоциированным полиомиелитом.

В структуре эпидемического и вакциноассоциированного паралитического полиомиелита преобладала спинальная форма (94,6%) с преимущественным поражением нижних конечностей (81,6%); в 9,6% случаев отмечались, так называемые «утренние параличи»: поражения мышц туловища встречались у 39% больных; у пациентов с эпидемическим полиомиелитом в острой фазе достоверно чаще наблюдались вялые тетра-, три- и нижние парапарезы ($p < 0.001$), в восстановительном периоде – нижние парапарезы ($p < 0.01$); при ВАПП и в остром и в восстановительном периоде, как правило, выявлялись нижние монопарезы ($p < 0.01$).

Степень тяжести парезов и параличей не отличалась при эпидемическом и вакциноассоциированном полиомиелите, равно как и частота развития ортопедических осложнений в восстановительном периоде. Ортопедический дефицит наблюдался у 97,9% больных с поражением нижних конечностей: контрактуры суставов – у 27,1%, укорочение конечности – у 60,4% (в т.ч. II степени – 4,2%). При вялых парезах и параличах верхних конечностей ортопедические осложнения развивались в 53,3% случаев: контрактуры суставов – у 13,3% больных, укорочение конечностей – у 26,7%.

Достоверных статистических различий клинических проявлений заболевания, степени тяжести парезов и параличей, частоты развития ортопедических осложнений в восстанови-

тельном периоде полиомиелита в сравнимых группах пациентов в целом не выявлено.

Разработана методика поэтапной реабилитации детей в восстановительном периоде полиомиелита с использованием современного комплекса лечебных технологий в условиях реабилитационного центра. Комплекс лечебных мероприятий в раннем, позднем восстановительном и резидуальном периодах подбирается индивидуально и включает последовательно или одновременно:

1. Лечение положением (терапия покоя) для предупреждения развития мышечных и суставных контрактур, растяжения пораженных мышц. Использовались кровати со щитом, плоская подушка под голову, мягкие и гипсовые лонгеты, валики, мешочки с песком, тьюторы, корсеты и др.

2. Лечебная физкультура и массаж, направленные на улучшение трофики тканей, укрепление ослабленных мышц, увеличение активных движений, профилактику и устранение контрактур, воспитание двигательных навыков, развитие компенсаторных приспособлений. Методика ЛФК изменяется в зависимости от стадии и тяжести заболевания, возраста пациента, индивидуальных особенностей двигательного дефицита и функциональных возможностей больного.

3. Лечебное протезирование: аппараты на пораженные нижние конечности для тренировки опорности ног, ходьбы и отдельных групп мышц; при вялых парезах и параличах верхних конечностей – разгрузочно-отводящие аппараты, при поражении мышц туловища – корсеты Ленинградского типа. Территориальная близость и тесный контакт с протезным заводом позволяют обеспечить своевременное адресное изготовление ортезных изделий.

4. Физиотерапевтическое лечение: горячие укутывания пораженных конечностей, аппликации озокерита на область суставов; электрофорез зуфиллина, прозерина, лидазы в проекции повреждения спинного мозга; магнитотерапия на шейный и поясничный отделы спинного

мозга; магнитовибротерапия; компрессионный массаж; электростимуляция пораженных мышц; токи Д' Арсонваля; лечебное плавание, жемчужные ванны, гидромассаж.

5. Мануальная терапия по щадящей методике «Сайонджи», преимущественно у пациентов с поражением нижних конечностей, ослабленным дыханием.

6. Рефлексотерапия: иглоукалывание, лазеротерапия, фармакопунктура с актовегином и церебролизинном, электроакупунктура.

7. Медикаментозное лечение: сосудистые препараты (агапурин, пентоксифиллин, кавинтон), антихолинэстеразные (прозерин, галантамин), нейрометаболические (мексидол, церебролизин, актовегин, глутаминовая кислота), средства улучшающие трофику тканей (АТФ, рибоксин, метионин), нейротропные витаминные комплексы (мильгамма, нейромультивит), биостимуляторы (алоэ, лидаза).

8. Трудотерапия с учетом уровня интеллекта и локализации параличей.

9. Воспитательная и педагогическая работа.

10. Музыкаотерапия.

11. Занятия с психологом.

Лечебная физкультура и массаж, физиотерапевтическое, консервативное ортопедическое и медикаментозное лечение проводится по стандартным методикам (экспозиция, число процедур, кратность, доза) (Л.М. Чепкая, Ю.А. Дроздов, 1982; В.С. Гойденко, В.П. Галанов, 1983; А.С. Каптелин, И.П. Лебедева, 1995; А.А. Ушаков, 2002; В.А. Епифанов, Е.С. Галсанова, 2004). Средняя продолжительность последовательных курсов восстановительного лечения 3 месяца, интервал 1-2 месяца. Обязательным является распределение лечебных мероприятий в течение дня. Сразу после физиотерапевтической процедуры или введения активизирующих препаратов методист проводит с больным индивидуальное занятие. Далее в течение дня групповые занятия, дыхательная гимнастика, ортопедические уклады.

В раннем восстановительном периоде пре-

имущество отдается лечению положением со строжайшим соблюдением техники укладок и лечебной гимнастике, тепловым процедурам, магнито - и рефлексотерапии. В позднем восстановительном периоде ведущими являются лечебная физкультура, электропроцедуры, бальнеотерапия, рефлексотерапия, лечебное протезирование. Лечение движением в течение первого года после начала заболевания должно быть непрерывным, систематическим и методически правильно организованным.

В резидуальном периоде наибольшее значение придается ортопедическому лечению и трудотерапии. Функциональное лечение хотя и менее эффективно, но все же, не должно приостанавливаться. Задача ЛФК – максимально развивать компенсаторные приспособления при различных положениях и передвижениях различными способами. В этот период ЛФК применяется с целью подготовки к различным ортопедическим вмешательствам и после операций.

Обязательными на всех этапах являются фармакотерапия, занятия с психологом (сначала для матери больного ребенка), музыкаотерапия, занятия с воспитателем у малышей и учебный процесс у детей школьного возраста; обучение родителей и детей старшего возраста основам самомассажа, ЛФК, ортопедического режима. По месту жительства ребенок продолжает лечение в амбулаторных условиях согласно рекомендациям при выписке из стационара.

Результаты лечения. Эффективность использования разработанной методики подтверждена результатами реабилитационного лечения 55 больных, перенесших полиомиелит, в Московской областной детской психоневрологической больнице. Проведено всего 240 курсов комплексного реабилитационного лечения.

Лечебный эффект восстановительного лечения был одинаково равным среди больных с эпидемическим полиомиелитом и с ВАПП. Регресс двигательного дефицита наблюдался, как правило, в процессе пяти повторных курс-

сов лечения, при этом наиболее эффективными оказались первые три: хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты у 82,4% после третьего (рисунок 1).

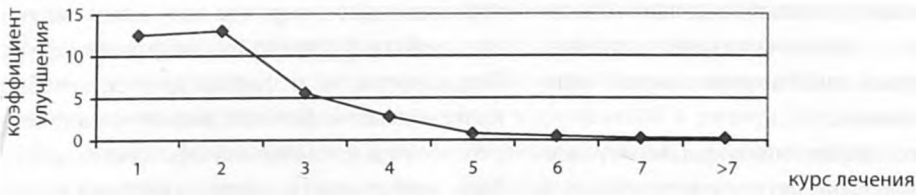


Рис 1. Эффективность проведенных курсов лечения

Лучше поддавались лечению верхне-спинальные формы полиомиелита. Клиническое выздоровление при сохранности минимальной амиотрофии, анизорефлексии и ортопедического дефекта, не влияющих на дееспособность ребенка, мы могли констатировать у 5 больных (9,1%).

По завершению восстановительного лече-

ния в структуре двигательных нарушений доминировали монопарезы верхних и нижних конечностей. нижние парапарезы легкой и средней степени выраженности 69,8%. Парезы и параличи III - IV степени при полиомиелите верхних конечностей уменьшились на 16,7%, в то время как нижних на 49,9% ($p < 0.01$), (рисунок 2).



Рис. 2. Динамика двигательного дефицита III – IV степени

Ортопедический дефицит выявлялся у 40% больных с поражением верхних конечностей. Сократилось число больных с контрактурами в 2 раза, дислокацией плечевого сустава в 1,5 раза, рекурвацией локтевого сустава в 2 раза. Отмечено достоверное сокращение числа больных с разболтанностью плечевого сустава ($p < 0.01$), (рисунок 3).



Рис. 3. Динамика ортопедической патологии при полиомиелите верхних конечностей

При полиомиелите с поражением нижних конечностей ортопедическая патология сохранялась у 89,6% больных. Уменьшилось число больных с контрактурами в 1,9 раз (рисунок 4).

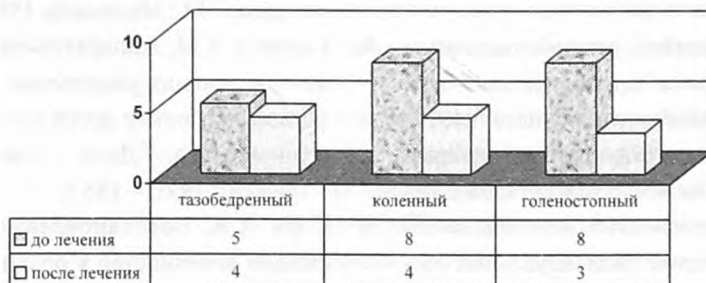


Рис. 4. Динамика контрактур нижних конечностей

Укорочение II степени сохранялось у 2 (4,2%) больных. Оперативное ортопедическое лечение потребовалось 3 пациентам (5,5% из общего числа больных).

По окончании восстановительного лечения бытовая и социальная адаптация достигнута у всех пациентов: полное самообслуживание – у 15 (27,3%), неполное – у 40 (72,7%) (возрастные ограничения), передвигаются с помощью ортезов только 9 (16,3%) больных; все дети посещают дошкольные детские учреждения и школы общего профиля.

Предлагаемая методика поэтапной реабилитации детей в восстановительном периоде полиомиелита позволяет по сравнению с из-

вестными аналогами (М.Г. Григорьев, 1966; П.Я. Фищенко, А.В. Гринина, 1973; А.А. Корж, 1984; В.В. Белкин, 1986; А. К. Аблакулов, 1990; Х.М. Каримов, 1991; А.П. Чернов, 1992) оптимизировать результаты лечения: сократить число больных с деформациями суставов и контрактурами в 1,5-2 раза, с укорочением конечностей, требующих хирургической коррекции – на 5,6 %, потребность в оперативном лечении – на 4 %, добиться социальной и бытовой адаптации у всех пациентов.

Практические рекомендации

1. При подозрении на острый паралитический полиомиелит необходима неотложная госпитализация больного в специализированное

инфекционное отделение, обеспечение полного физического покоя, лечение положением с первых дней заболевания, что позволит улучшить результаты восстановительного лечения, сократить процент ортопедических осложнений и уменьшить степень инвалидизации.

2. Госпитализация в специализированное учреждение для восстановительного лечения больного полиомиелитом показана в возможно ранние сроки (оптимален перевод из инфекционного отделения по окончании острого периода заболевания).

3. Лечение должно быть непрерывным, по крайней мере, первые 5 лет от начала заболевания, когда еще возможно добиться значительного восстановления утраченных или становления еще не приобретенных двигательных функций и минимизировать ортопедическую патологию, определяющую степень инвалидизации.

4. Восстановительное лечение паралитического полиомиелита проводить исключительно в условиях реабилитационного центра, располагающего всеми структурными подразделениями для поэтапной реабилитации с использованием современного комплекса лечебных технологий с учетом индивидуальных особенностей больного, возможностью быстрого адресного изготовления ортезных изделий, когда уже на самом раннем этапе возможно объединить медицинскую, ортопедическую, психологическую, педагогическую, а затем и социально-трудовую реабилитацию, сохранить преемственность в лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аблакулов А.К. Современные принципы ортопедического лечения полиомиелита и его последствий. // Дисс. ... докт. мед. наук. – Ташкент, 1990. – 332 с.
2. Белкин В.В. Некоторые аспекты тактики и хирургического лечения остаточных явлений полиомиелита у детей и подростков. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Фрунзе, 1986. – 26 с.
3. Гойденко В.С., Галанов В.П. Рефлексотерапия заболеваний периферической нервной системы у детей. // Методическое пособие. – М., 1983. – 20 с.
4. Григорьев М.Г. Профилактика и лечение последствий полиомиелита. // Дисс. ... докт. мед. наук. – Горький, 1964. – 496 с.
5. Григорьев М.Г. Эффективность санаторного лечения в восстановительном периоде полиомиелита в местных условиях. – В кн.: Лечение полиомиелита и его последствий. – М., 1966. – С. 129 - 137.
6. Елифанов В.А., Галсанова Е.С. Физическая реабилитация больных с заболеваниями и повреждениями нервной системы. Учебное пособие. – Москва – Улан-Уде, 2004. – 69 с.
7. Каптелин А.С., Лебедева И.П. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации. // М.: Медицина, 1995. – 400 с.
8. Каримов Х.М. Аппаратно-хирургические методы лечения укорочения голени и деформации стопы у детей с последствиями полиомиелита. // Дисс. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1991. – 186 с.
9. Корж А.А. Восстановление опорности нижних конечностей у больных с последствиями полиомиелита. // М.: Медицина, 1984. – 205 с.
10. Пульман Н.Ф. Клинико - патогенетическая характеристика инфекционных заболеваний спинного мозга у детей. // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2003. – 26 с.
11. Садовникова В.Н., Лещинская Е.В. Вакциноассоциированный паралитический полиомиелит в Российской Федерации в 1998-2000 гг. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. – № 1. – С. 42 – 45.
12. Ушаков А.А. Современная физиотерапия в клинической практике. // М.: АНМИ. – 2002. – 364 с.
13. Фищенко П.Я., Гринина А.В. Принципы организации работы по восстановлению

трудоспособности больных с последствиями полиомиелита и детскими церебральными спастическими параличами. – В кн.: Реабилитация больных с неврогенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1973. – С. 12 - 16.

14. Чепкая Л.М., Дроздов Ю.А. Медицинская и социально-трудова реабилитация детей с последствиями полиомиелита и церебральными параличами. // Методические рекомендации. – Киев, 1982. – 39 с.
15. Чернов А.П. Восстановительное лечение последствий полиомиелита. // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Самара, 1992. – С. 67.
16. Mazziano E. Aspetti medico-sociali della riabilitazione. //Med.Soc.– 1985.– Vol. 35, № 2/4.– P. 75 – 77.

С.В. Котов¹, Е.В. Исакова¹,
Т.М. Шувалова², Л.Б. Важбин²,
О.В. Залевская², Ю.В. Елисеев¹

НЕЙРОСИФИЛИС: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

¹ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского

² Московский областной кожно-венерологический диспансер

Среди большого числа спирохетозов (возвратный тиф, лептоспирозы, фрамбезия и др.), при которых неврологические расстройства преимущественно возникают вторично, в основном, вследствие микровакулопатии, геморрагических нарушений, лишь два заболевания – сифилис и болезнь Лайма характеризуются первичным инфекционным поражением нервной системы, недаром возникли медицинские термины «нейросифилис» и «нейроборрелиоз». До настоящего времени диагностика этих заболеваний опирается на косвенные признаки – качественные реакции, отражающие иммунный ответ организма на возбудитель. Отличительной особенностью этих двух заболеваний является и то, что эффективность простой и доступной антибиотикотерапии, назначенной вовремя, чрезвычайно велика. Задачей медиков, поэтому является как можно более раннее начало специфической терапии на этапе, предшествующем распространению инфекции на нервную систему. Подчеркнем, что, несмотря на высокую эффективность терапии, риск проникновения в мозг и персистенции инфекции за гематоэнцефалическим барьером велик, что в большей мере относится к нейросифилису, чем к нейроборрелиозу. Поэтому профилактические меры медицинского и социального плана, ранняя диагностика и своевременно начатое лечение являются важными факторами снижения заболеваемости [1, 4].