

динамікою індексу Гаркаві при рМРТ дорівнював «-0,0029», при НПП «+0,0047», а при ВЛОК «+0,0138». Динаміка якості життя хворих внаслідок лікування за АІ покращувалась з 65 до 90 балів, за шкалою Бартеда — 75 до 95, а за шкалою функціональної незалежності — з 95 до 118, в найменшій мірі при рМРТ. Більш виразно динаміка вивчених показників відбувалась при II і III ст. ДЕП. Тобто представлені дані свідчать, що при проведених методах лікування спостерігається значне покращення якості життя хворих, яке, судячи з динаміки темпів функціонального відновлення, відбувалось переважно за рахунок суттєвого підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей хворих.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать, що включення в курс лікування немедикаментозних методів прискорює перебіг відновних процесів, що сприяє підвищенню попередньо знижених адаптаційних можливостей хворих. Досягнення бажаного клінічного результату при цьому можливе з меншим, ніж при лише медикаментозному лікуванні, напруженням адаптаційних механізмів. Найменша динаміка АР і темпів відновлення відмічена при медикаментозному лікуванні, найбільша — при НПП і ВЛОК.

Критерии реабилитации осложнённой травмы грудного и поясничного отделов позвоночника

*Титов Ю. Д., Лихолетов А. Н.,
Энглези А. П.*

*Научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии
ДонГМУ им. М Горького,
Донецк, Украина*

Проблема лечения пациентов с осложнённой травмой позвоночника грудно-поясничной локализации является весьма актуальной, несмотря на относительно небольшую частоту (0,8—4,1%) данной патологии в структуре травматических повреждений скелета. Большинство пострадавших остаются инвалидами на продолжительное время, иногда на всю жизнь. В ходе лечения, в случае регресса неврологического дефицита выявляется множество ортопедических и неврологических симптомов, имеющих различную значимость для реабилитационного прогноза. Простая констатация всего многообразия имеющихся признаков не приближает к целостному восприятию конкретного патологического процесса. Огромное многообразие классификаций и функциональных тестов препятствует оценке отдалённых результатов, что в конечном счёте затрудняет реабилитацию.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинико-функциональной оценки исходов лечения осложнённой травмы грудно-поясничного отдела позвоночника для улучшения экспертизы и реабилитации данного контингента больных.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 107 больных, которые были оперированы в клинике вертебологии ДНИИТО

в 2003—2005 г. г. с осложнённой травмой грудного и поясничного отделов позвоночника. Оценивалась степень реабилитации и качество жизни пациента.

Результаты и их обсуждение. Особое место в обследовании спинальных пациентов занимает стандарт ISCSCI (International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury, 1992) Компактная и точная система оценок двигательного и чувствительного дефицита является удобным инструментом для получения сравнимых результатов. Основная задача в реабилитации не оценивать степень нарушения функций, а выявлять сохранность их. Оценка мышечной силы производилась по 6-бальной шкале комитета медицинских исследований (Frenkel). Изучение непроизвольных движений производилось по модифицированной шкале Ашфорта. Шкала позволяет определять тактику реабилитационного лечения в зависимости от выраженности спастичного синдрома. Для оценки локомоторной функции пациентов с регрессом двигательных нарушений использовали тест «Функциональные категории ходьбы». Тест имеет 6 уровней оценки в зависимости от внешней помощи при ходьбе. Очень полезен в субъективной оценке качества жизни пациентом набор тестов, обозначаемых как «Activities of Daily Living», в который входит оценка самообслуживания, социальная адаптация. Однако пользование тестом трудоёмко и пациенты не всегда объективно отвечают на вопросы. Более объективна оценка двигательного поведения по Потехину, которая выделяет модули: элементарные двигательные функции, подразделяющиеся на основные, вспомогательные и специализированные. Основные — поворот туловища лёжа, сидение, стояние, ходьба. Для основных локомоторно-постуральных функций предложена шкала уровневой компенсации. В этом случае реабилитолог может оценить объективно резерв возможностей восстановления утраченных функций.

Заключение. Тщательный анализ нарушенных функций у спинальных больных позволяет правильно спланировать восстановительные мероприятия и оценить их эффективность. Поэтому с момента поступления больного в ургентное отделение и до реабилитационного центра должен формироваться некоторый обязательный минимум диагностических тестов, необходимый для восстановительного лечения и реабилитации пациентов с последствиями травмы позвоночника.

Адрес автора для переписки:

Титов Юрий Дмитриевич — НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного университета им. М. Горького, вед. н. с., к. м. н.; 86053, Донецкая обл., Ясиноватский р-н, п. Пески ул. Стадионная, 7, кв. 10. тел. 8-067-720-14-79.