

Реферати

**ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЗОБА**

Ковалёв А. П., Кравцов Н. И., Ляховский В. И., Дудченко М. А., Люлька А. Н., Немченко И. И.

Проведен анализ 468 медицинских карт стационарных больных, которые на протяжении 2004 – 2013 годов оперированы по поводу зоба в отделении хирургии №2 2-й городской клинической больницы г. Полтавы. Мужчин было 58, женщин – 410. Возраст больных колебался от 18 до 76, а средний составлял $58,6 \pm 5,48$ лет. Хирургический доступ и объем оперативного вмешательства выбирали исходя из данных дооперационного обследования. Доступ, который мы применяем при операциях на щитовидной железе, анатомически обоснован, обеспечивает необходимую экспозицию органа, хорошее заживление послеоперационной раны и косметический эффект. Экстрафасциальная методика удаления щитовидной железы или ее части позволяет оптимизировать визуальный контроль операции и обеспечивает ее радикальность. Опыт оперативных вмешательств позволяет улучшить результаты хирургического лечения, при этом снизить количество послеоперационных осложнений. Полученные данные свидетельствуют об эффективности и достаточной безопасности использованных нами подходов к лечению различных форм зоба.

Ключевые слова: щитовидная железа, зоб, хирургическое лечение.

Статья надійшла 12.02.2014 р.

**TEN-YEAR EXPERIENCE OF SURGICAL
TREATMENT OF GOITER**

Kovalev O. P., Kravtsov N. I., Liakhovskiy V. I., Dudchenko M. O., Lyulka O. M., Nemtchenko I. I.

The analysis of medical records of 468 patients has been made. They were operated on for goitre in the Department of Surgery № 2 in the 2-nd Local Clinical Hospital of Poltava during 2004 - 2013. Among them there were 58 male and 410 female. The average age of the patients was $58,6 \pm 5,48$ years old. Surgical access and the amount of surgery was chosen on the basis of data of the preoperative examination. The access, which we use to operating on the thyroid gland is anatomically justified, provides the necessary exposition of the organ, good postoperative wound healing and cosmetic effect. Extrafascial technique of thyroid gland resection provides bloodlessness and radicality of surgery. The experience of surgical interventions can improve the results of surgical treatment with reducing the number of postoperative complications. The mentioned above findings show that used approaches are effective and safe enough to the treatment of various forms of goiter.

Key words: thyroid gland, goiter, surgical treatment.

Рецензент Лігоненко О.В.

УДК 616.72:615.825

Н.М. Кулик, Ю.В. Бобрик, Г.А. Мороз

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ
СПОНДИЛОАРТРИТОМ**

В данной статье представлены современные представления о методах восстановительного лечения больных анкилозирующим спондилоартритом и особенностях использования при этом физической реабилитации. Также описан новый авторский способ физиотерапии пациентов с болезнью Бехтерева.

Ключевые слова: физическая реабилитация, анкилозирующий спондилоартрит.

Работа является фрагментом НИР "Использование физиотерапевтических факторов и ЛФК с учетом конституционального и генетического полиморфизма для повышения эффективности адаптации и реабилитации", № государственной регистрации 0110U003984.

Количество больных анкилозирующим спондилоартритом (АС) составляет 0,5-2% в популяции в разных странах. Преимущественно данному заболеванию подвержены молодые люди, чаще мужчины 15-40 лет, т.е. наиболее трудоспособного возраста. Поскольку для лечения данной категории больных используются нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды, при тяжёлом течении – иммунодепрессанты [4], то зачастую у пациентов возникают осложнения. Побочные эффекты в результате применения вышепредставленных фармакологических препаратов – заболевания ЖКТ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастродуоденит, энтероколонопатии и их осложнения: кишечная непроходимость, дивертикулит, анемия, кровотечения и перфорации), сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульты, тромбозы), ЦНС (асептический менингит, экстрапирамидные реакции, депрессия, психозы, снижение слуха), печени (гепатопатии), почек (обратимая почечная недостаточность, канальцевый некроз, острый интерстициальный нефрит, нефротический синдром), нарушения зрения, бронхоспазм, гематологические побочные эффекты (апластическая анемия, изолированная эритроцитарная аплазия, тромбоцитопения, нейтропения, гемолитическая анемия), нарушения электролитного обмена (задержка натрия и воды, отёки, артериальная гипертензия), кожные реакции (фоточувствительность, полиморфная эритема, крапивница, иногда синдром Лайелла), иммуносупрессия и др. [3, 5]. Поэтому актуальным является широкое использование физической реабилитации (ФР) в восстановительном лечении больных АС. Рациональное сочетание ЛФК, физиотерапии и курортных методов лечения и реабилитации позволяет, избежав возникновения побочных эффектов лекарственных препаратов, достигнуть отличных

результатов при восстановлении здоровья пациентов с болезнью Бехтерева, которые не уступают, а зачастую превосходят эффективность фармакологического лечения. Это обусловлено тем, что при применении физических факторов позитивные воздействия оказываются на многие физиологические системы организма, повышая и тренируя их адаптационно-компенсаторные возможности. А поскольку больные анкилозирующим спондилоартритом, как правило, нуждаются в длительном лечении и реабилитации, использование физических методов позволяет избежать полисистемных, опасных для здоровья и жизни пациента осложнений, свойственных фармакологической терапии [1, 4, 6].

Целью работы была оптимизация и разработка новых технологий физической реабилитации больных анкилозирующим спондилоартритом.

Результаты исследования. Задачи физической реабилитации больных АС: устранить рефлекторный мышечный спазм, улучшить кровообращение и трофику тканей, ускорить процессы рассасывания, оказать обезболивающее, противовоспалительное, гипосенсебилизирующее действие, уменьшить тугоподвижность суставов и общую скованность, поддерживать эластичность тканей, тормозить развитие дегенеративных процессов, оксификации, анкилозов в суставах. С этой целью предлагается использовать следующие лечебные средства [1, 2, 4, 6, 7]:

1. Теплолечебные процедуры (синяя лампа, соллюкс, компрессы с использованием фольги, сауна, баня), УФ-облучения всего позвоночника, родоновые, соляно-хвойные бишофитные, хлоридно-натриевые, шалфейные, скипидарные ванны, индуктотермия, диадинамотерапия (СМТ-терапия), микроволновая и ультразвуковая терапия, грязевые парафино-озокеритовые аппликации на область поражённых сегментов и суставов в стадии ремиссии. Индуктотермия или ДМВ-терапия области надпочечников. Климатотерапия: воздушные и солнечные ванны по умеренной схеме в тёплое время года.

2. Физические упражнения (для расслабления мышц, повышения эластичности тканей): 1) Постизометрическая релаксация. Исходное положение (ИП) – лежа на спине, руки вдоль туловища, согнуты в локтевых суставах, ноги прямые. Упор локтями в постель, кисти сжаты, напряжение мышц рук, шеи, спины, живот втянут, стопы разогнуты. Мышечное напряжение удерживается до появления усталости. Затем полностью расслабиться; 2) «Всадник». ИП – стоя, ноги шире плеч, полусогнуты в коленных суставах. Пружинящие полуприседы, мышцы туловища, шеи и рук максимально расслаблены. *Аутомобилизация – растяжки*: 3) Полная осевая растяжка. ИП – лежа на спине, большие пальцы в ямках за ушными раковинами, ладони под углом нижней челюсти, ноги выпрямлены. Максимально поднять надплечья, зафиксировать, давление на челюсть максимально растягивая шею до упора. Одновременно максимально сгибаются стопы (пятки «от себя», носки «на себя»), растягивая ноги до упора. Глубокий вдох-выдох с произношением «ПЭЖ», на следующем выдохе «ДРЫГ». Повторить 5-10 раз. *Неполная осевая растяжка*: 4) «Обезьянка». Висы (полувисы) на перекладине. Слегка согнув руки в локтевых суставах, производить пружинящие движения, мышцы туловища и ног расслаблены. Периодически подтягиваться и резко опускаться. Заканчивать висы отдыхом в положении лежа; 5) «Подвеска». ИП – сесть на край стола, стула, табурета, кресла. Опираясь руками на какой-либо из перечисленных предметов, а носками – в пол, приподнять таз над столом, сиденьем или «соскользнуть» с них, повиснуть на руках, расслабив мышцы туловища. Полувисы можно сопровождать вибрационными движениями; 6) «Думы». ИП – сидя, ладони под подбородком, локти опираются на стол, расслабить мышцы шеи и туловища. *Разнонаправленная растяжка*: 7) Растяжка пояснично-крестцового и грудного отдела позвоночника. ИП – стоя, ноги шире плеч. Пружинящие наклоны до упора, полностью не выпрямляясь, с постепенным увеличением амплитуды движений. Повторить 10-15 раз; 8) ИП – стоя, ноги широко расставлены, правая нога полусогнута в коленном суставе, левая прямая. Левая рука на поясе, правая ладонь на теменном бугре. Пружинящие наклоны влево до упора, полностью не выпрямляясь, с постепенным увлечением амплитуды движений. Сменить положение на противоположное. Пружинящие наклоны вправо. Повторять наклоны в каждую сторону 10-15 раз; 9) Растяжка шейного отдела позвоночника. ИП – сидя, стоя, кисти рук сжаты в кулаки, один на подбородке, другой на теменном бугре с противоположной стороны. Одновременно производится давление обеими руками с наклоном головы и верхней половины туловища в сторону. Затем положение рук меняется и производится наклон головы в противоположную сторону. Далее кулак на подбородке, другая рука обхватывает лучезапястный сустав и производится поворот головы в сторону. Затем положение рук меняется на противоположное и производится поворот головы в другую сторону. После чего, руки «в замке» на затылке, производится наклон головы. Затем, руки опорной частью ладони под подбородком, производится запрокидывание головы. Движения головы делаются до упора с фиксацией 3-5 секунд в каждую сторону 3-5 раз.

3. Массаж (классический), самомассаж. Проводится на расслабленных мышцах. В случае напряжения отдельных групп мышц, производится их захват, сжатие, при невозможности давления на них ладонями или кулаком, растягивание до их расслабления.

1) Самомассаж пояснично-крестцового отдела позвоночника. ИП – стоя. Начинается с приема поглаживания. Производится боковой поверхностью большого и указательного пальцев, остальные пальцы сжаты в виде скользящих движений по коже от ягодичных складок вверх вдоль позвоночника до

упора. Затем, руки аналогичным образом опускают до ягодичных складок. Кожа при этом не должна смещаться. Давление на кожу производится только при движении рук вверх. Темп медленный. За приемом поглаживания применяется растирание. Прием производится боковыми поверхностями большого и указательного пальцев сжатых в кулак в виде пилящих движений снизу вверх и сверху вниз по траектории поглаживания со смещением кожи, в среднем темпе до появления ощущения тепла.

Следующий прием – разминание. Начинается спиралеобразными движениями кистей рук, сжатых в кулак, костными выступами суставов пальцев. Затем, переходим к пощипыванию большим и указательным пальцем, захватывая складку кожи вместе с мышцами. Движения производятся снизу вверх от ягодичных складок вдоль позвоночника с обеих сторон до упора.

Прием вибрации производится поколачиванием боковой стороной сжатой в полукулак кисти, причем кисть должна быть расслаблена. Направление движений снизу вверх, при этом сила удара постепенно уменьшается. Может применяться вибромассажер.

2) Самомассаж грудного отдела позвоночника. ИП – стоя, сидя. Проводится роликовым самомассажером, махровым полотенцем в виде прокатывания, глажения, растирания межлопаточной области. Затем производится поколачивание с помощью теннисной ракетки, свернутым в жгут махровым полотенцем по направлению снизу вверх.

3) Самомассаж шейного отдела позвоночника. ИП – сидя, стоя. Массаж начинается с поглаживания ладонями заднебоковых поверхностей шеи и воротниковой зоны, растирания пилящими движениями ребром кисти, разминание захватом, оттягиванием и пропусканьем мышцы между II-V пальцами и опорной поверхностью ладони («месение теста»). Все приемы массажа проводятся при повышенном артериальном давлении в направлении сверху вниз, при пониженном – снизу вверх, при нормальном в обоих направлениях; в медленном темпе при повышенном, в среднем – при пониженном и нормальном артериальном давлении.

4) Самомассаж тазобедренных суставов. ИП – стоя. При боли поглаживание ладонями ягодиц круговыми движениями, поверхность, в медленном темпе, против часовой стрелки; растирание ребром кисти и опорной областью ладони, поверхностно сверху вниз и снизу вверх, причем движения рук в противоположных направлениях. Разминание в виде «месение теста», поверхностно, осторожное сжатие болезненной, напряженной мышцы 5-7 секунд; легкое вибрационное поглаживание спазмированных мышц, растяжение; давление средним пальцем на центр ягодицы до уменьшения боли. При тугоподвижности сустава применяется поверхностное, а затем глубокое поглаживание, растирание с постепенным возрастающим смещением тканей, разминание с захватом, смещением и растяжением мышц, вибрационных приемов (поколачивание, покулачивание, рубление). Избегать появления сильных болей. Продолжительность массажа 10-15 минут ежедневно 2-3 дня, затем через 1-2 дня, на курс лечения 15-20 процедур, повторять через 3-4 недели. Показаны тепловые процедуры на суставы до массажа. После массажа проводится растяжка сустава в направлениях ограничения движений с фиксацией 5-10 секунд с последующим движением в суставе («Велосипед», «Ножницы», «Круги», «восьмерки»).

Массаж начинается с поглаживания, чередуется со всеми приемами и заканчивается приемом поглаживания. Каждый прием повторять 5-10 раз. Массаж не должен вызывать острой боли. Напротив, правильно применяемый массаж обычно сопровождается приятными ощущениями. Самомассаж делается регулярно, кругами по 3-4 недели с такими же перерывами. Массаж может включаться до или после самомассажа с интервалами между ними 1-2 месяца. При появлении побочных явлений следует обратиться к лечащему врачу, физиотерапевту, врачу ЛФК.

4. Гимнастико-самомассаж (ГСМ): 1) «Утюжок». ИП – стоя, ноги шире плеч, большие и указательные пальцы боковыми поверхностями на ягодичных складках. Наклон туловища сопровождается скользящим движением пальцев с надавливанием вверх по ягодицам вдоль позвоночника до упора – выдох. При разгибании пальцы скользят вниз в ИП – вдох. Повторить в медленном темпе 10-20 раз. Затем наклоны сопровождаются массажем костными выступами суставов пальцев сжатых в кулак, при этом интенсивность давления увеличивается. Сделать 10-20 наклонов; 2) «Насос». ИП – стоя, ноги шире плеч, кулаки боковыми поверхностями больших и указательных пальцев на ягодичных складках. Наклон влево, правая рука с усилием перемещается вверх по ягодице, вдоль позвоночника до упора. Левая рука с усилием перемещается вниз по задней поверхности бедра до упора. Вернуться в ИП и продолжать наклон вправо, производя массаж по описанной выше методике. Повторить наклоны с самомассажем в каждую сторону 10-20 раз в медленном и среднем темпе; 3) «Ушки». ИП – стоя, сидя, ладони на заднебоковых поверхностях шеи. При повороте головы с этой стороны захватывается мышца, оттягивается и пропускается между пальцами и опорной областью ладони. Аналогично проводится ГСМ при наклонах головы вправо-влево, вперед-назад. Движения производятся плавно от 10 до 30-40 поворотов головы. При повышенном артериальном давлении направление массажа сверху вниз, при пониженном – снизу вверх, при нормальном челночно, в обоих направлениях.

5. Физические упражнения для увеличения подвижности позвоночника: 1) «Эмбриончик». ИП – лежа на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, руки обхватывают колени.

Производятся встречные движения головы и коленей до упора. Если сгибание обеих ног одновременно затруднено, производится их сгибание поочередно, руки находятся при этом на колене сгибаемой ноги. Сгибание сопровождается выдохом с произношением поочередно «ДРЫГ» и «ПЭЖ»; 2) «Золотая рыбка». ИП – лежа на спине, руки скрещены на уровне локтевых суставов, ноги в области голеностопных суставов. Наклоны туловища и головы в стороны (не допускать вращательных движений) с одновременным движением стоп в противоположных направлениях. Последние начинают делать после освоения движений туловища. Руки постепенно перемещаются к плечевым суставам, увеличивается амплитуда движений, к концу упражнения уменьшается; 3) «Китайский болванчик». ИП – сидя, стоя. Движения головой: повороты влево - вправо, вперед – назад до упора.

6. Физические упражнения для улучшения трофики тканей: 1) «Мышечная помпа». ИП – лежа на спине, руки вдоль туловища, согнуты в локтевых суставах. На счет «раз» – упор локтями в постель, сжать кулаки, мышцы рук, шеи, спины, живот втянуть, носки «на себя». На счет «и» расслабиться, стопы разогнуть. Повторить до умеренной усталости; 2) «Таракашка верхтормашка». ИП – на спине, руки и ноги подняты. Потряхивание руками и ногами до умеренной усталости.

Все физические упражнения, самомассаж, гимнастикомассаж выполняются до появления умеренной усталости, чередуются с расслаблением, которое сопровождается произношением поочередно на выдохе «ДРЫГ», «ПЭЖ».

Заключение

Представленный комплекс физических упражнений, самомассажа и теплолечебных процедур выполняется один раз в день желательнее через 1-1,5 часа после завтрака. В течение дня делаются упражнения на растяжку, гимнастикомассаж и движения в позвоночнике, а так же в суставах с ограниченной подвижностью не менее 4-5 раз. Рекомендуются плавание в море, реке, водоемах при температуре воды не ниже 22° С. Показаны ходьба на лыжах в периоде ремиссии. Больному следует сохранять правильную осанку – это не позволит позвоночнику зафиксироваться в нежелательном положении, сидеть ровно, с максимальным разгибанием в поясничном отделе позвоночника. Пациенту следует рекомендовать спать на ровной поверхности и не слишком мягкой постели, а на ранних стадиях заболевания – без подушки и валика под голову, чтобы не усиливать шейный лордоз, или на животе без подушки. На более поздних стадиях болезни пользоваться тонкой подушкой или подкладывать валик под шею, стараясь держать во сне ноги прямыми.

Список литературы

1. Буявых А. Г. Физическая терапия в травматологической и ортопедической практике / А.Г. Буявых. – Симферополь: Изд. центр КГМУ. - 2012. – 318 с.
2. Ежов В. В. Перспективные традиционные и инновационные направления круглогодичного восстановительного лечения и оздоровления на курортах Крыма / В.В. Ежов, В.И. Мизин, Ю.И. Андрияшек [и др.] // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2011. – № 4. – С. 189-194.
3. Звягинцева Т.Д. Лекарственные поражения печени. НПВП-ассоциированные гепатопатии: актуальность проблемы и современные терапевтические подходы / Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернобай // Украинський медичний часопис.– 2014.– № 1.– С. 80-85.
4. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. – М.: МЕДпресс-информ, - 2008. – 672 с.
5. Руденко Н. Н. Нестероидные противовоспалительные препараты и желудочно-кишечный тракт: «нетрадиционные» осложнения терапии / Н.Н. Руденко, О.В. Томаш, А.В. Сибилев // Medicus Amicus. – 2007. – № 1. – 5 с.
6. Самосюк И. З. Болевые синдромы. Клиника, диагностика, низкоинтенсивная резонансная физиотерапия и медикаментозное лечение / И.З. Самосюк, Н.В. Чухраев, Н.И. Самосюк [и др.] – К.: Здоровья. - 2010. – 280 с.
7. Садоха К. А. Спондилогенные дорсалгии: эффективное лечение / К.А. Садоха, И.А. Паторская // Актуальные направления в неврологии: матер. 13 Международ. конф. (27-29 апреля 2011 года, г. Судак). – Судак, 2011. – С. 218-222.

Реферати

НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА АНКІЛОЗУЮЧИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

Кулик М. М., Бобрик Ю. В., Мороз Г. О.

У статті приведені сучасні уявлення о методах лікування хворих на анкілозуючий спондилоартрит та особливостях застосування фізичної реабілітації при цьому. Також описано новий авторський спосіб комплексної фізіотерапії пацієнтів з хворобою Бехтерева.

Ключові слова: фізична реабілітація, анкілозуючий спондилоартрит.

Стаття надійшла 27.02.2014 р.

NEW TECHNOLOGY OF PHYSICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLARTHRTIS

Kulik N. M., Bobrik Yu. V., Moroz G. A.

In the articles resulted modern presentations about methods of treatment patients with ankylosing spondylarthritis and features of application of physical rehabilitation here. Also present new author method of complex physiotherapy of patients with illness of Bekhtereva.

Key words: physical rehabilitation, ankylosing spondylarthritis.

Рецензент Литвиненко Н.В.