

ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ПАЦИЕНТОВ СО СПИННОМОЗГОВОЙ ГРЫЖЕЙ НА КИНЕЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ УСТАНОВКЕ

Степанов А.В.

Центр реабилитации «Три сестры»



Спинномозговая грыжа — тяжёлый порок развития, характеризующийся врождённым незаращением позвоночника с одновременным грыжевым выпячиванием твёрдой мозговой оболочки, покрытой кожей. Содержимое грыжи — спинномозговая жидкость либо спинной мозг. Популяционная частота 1:1000 новорождённых. Этиология порока мультифакторная.



В основе возникновения этого заболевания лежит тяжёлый порок развития спинного мозга, возникающий как результат нарушения закладки и замыкания медуллярной пластинки в мозговую трубку. Нарушаются также развитие и замыкание дужек по-

звонков, которые в норме вместе с образовавшимися из эктодермы мягкими тканями и оболочками мозга, получившими начало из мезодермы, закрывают центральный (спинномозговой) канал. Spina bifida occulta — скрытая щель дужек при отсутствии грыжевого выпячивания. Наиболее частая локализация этой формы — крестцовый или поясничный отдел позвоночника.

Клиника и диагностика спинномозговой грыжи обычно не вызывают затруднений. После рождения, как правило, большинство пациентов с данной патологией оперируются, но в последующем значительному числу пациентов не оказывается ни консервативного лечения, ни мероприятий, направленных на восстановление двигательных функций.



На лечение в Центре Реабилитации «Три сестры» поступила пациентка Н., 14 лет с диагнозом: Врождённая спинномозговая грыжа, состояние после оперативного лечения в 1998 году. Нижний парапарез до дистальной плегии. S-образный сколиоз, остеохондроз грудного, поясничного отделов позвоночника, люмбагия. Гиперлордоз. Гипермобильность, сгибательная контрактура тазобедренных суставов. Сгибательная контрактура коленных суставов с исходом в фиброзный анкилоз. Эквиноварусная деформация стоп, более выраженная справа. Нарушение функции

тазовых органов. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Неудержание мочи. Хронический цистит, обострение.

При первичном осмотре жалобы на общую слабость; слабость в мышцах ног; выраженный болевой синдром в грудном и поясничном отделах позвоночника; слабость в приводящих мышцах бёдер, трапециевидных мышцах; боли и ограничение активных движений в коленных суставах; нестабильность в тазобедренных суставах; плохой сон, обусловленный в основном болевым синдром в покое.



Анамнез: Больна с рождения. В возрасте 4-х месяцев в 1998 г. выполнена операция: удаление спинномозговой грыжи. Из-за возникновения ликворного свища развился перитонит. После оперативного лечения в 2000 г. перитонит купирован. С 2-х лет стала ходить в ходунках в жёстких ортезах. В 2001 г. получила перелом нижней трети левого бедра. Лечение перелома консервативное. Перелом консолидировался с угловой деформацией. С 4-х лет передвигается на инва-

лидной коляске. Сформировалась тугоподвижность коленных суставов. В 2003 г. консультативный осмотр в Санкт-Петербурге по поводу цистита. После чего практически ежедневно проводились катетеризации до марта 2011. За медицинской помощью в последующем не обращалась. В 2008 г. санаторно-курортное лечение в Анапе. Ортопедическая, урологическая и неврологическая коррекция не проводились. Последние 3 месяца стали беспокоить боли в поясничном отделе позвоночника, приводившие к тому, что пациентка плохо спала.

При осмотре: Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Дыхательных движений 16 в минуту, ЧСС 66 уд. в минуту, АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления нарушены – недержание мочи, плохое чувство напряжённости сфинктеров прямой кишки; дефекация периодически не ощущается.

Неврологический статус при поступлении: В сознании. Ориентирована в месте, времени, собственной личности. Определяется выраженный S-образный кифосколиоз с торсионным спиралевидным искривлением оси тел позвонков. Выраженный гиперлордоз поясничного отдела позвоночника с углом 40°, открытым кзади. В складке поясничного лордоза не визуализируется послеоперационный рубец. Глазные щели D=S, зрачки D=S, фотореакции сохранены. Сухожильные рефлексы D<S.



Ортопедический статус при поступлении: Пациентка передвигается на коляске. Самостоятельно передвигаться по полу не может. Однако физических сил достаточно для пересаживания с коляски на

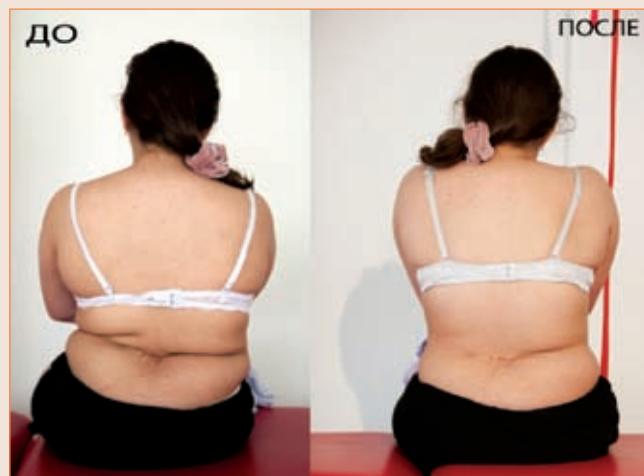
кровать, при этом самостоятельное пересаживание занимает 30-40 секунд. Определяется выраженная гипотрофия мышц голени и бёдер практически до атрофии приводящих мышц бёдер. Крайнее затруднение приведения и подъёма надплечий из-за гипотрофии трапецевидных мышц. Активных движений в тазобедренных суставах нет, определяются пассивные движения в полном объёме без фиксации в крайних точках амплитуды из-за перерастянутости капсул и связочного аппарата суставов и тотальной гипотрофии с включением ротации. Активные движения в тазобедренных суставах ограничены: разгибание - 25°, сгибание - 90°; пассивное разгибание - 25°, сгибание - 120°. При пальпации коленных суставов определяется смещение надколенников книзу и кнаружи, при сгибании надколенники из латеропозиции не выходят. Активные движения в коленных суставах резко ограничены в пределах 20°, пассивные движения ограничены в пределах: разгибание - 60°, сгибание - 110°. Тонус четырёхглавых мышц бёдер не определяется, сила мышц 0-1 балл. Сила сгибателей бёдер (двуглавая мышца бедра) - 0 баллов. Эквиноварусная установка стоп в положении разгибания 110° и супинации: справа 25°, слева - 10°. Активные движения стоп не определяются.

Проведено лечение: медикаментозная терапия, включающая в себя нестероидные противовоспалительные препараты и уросептики; массаж воротниковой зоны, массаж верхних конечностей; лечебная физкультура по улучшению функции рук и увеличению силы и тонуса мышц спины; лечебная физкультура по формированию правильных двигательных стереотипов с использованием методик ЭКЗАРТА и PNF на кинезитерапевтической установке «ЭКЗАРТА»; лечебная физкультура с целью координации движений; занятия на аппарате мотомед; курс лазеротерапии; курс электролечения; электростимуляция мышц обоих бёдер; гидромассаж.

Стоит отметить, что гидрокинезиотерапия в бассейне не проводилась в связи с тем, что проводилось консервативное лечение, назначенное урологом.

На фоне проведённого лечения отмечена положительная динамика: улучшилось эмоциональное состояние; движения стали более управляемы и контролируемы; отмечено снижение интенсивности болевого синдрома в шейном и поясничном отделах позвоночника; увеличилась толерантность к физической нагрузке; улучшилась мобильность; нормализовался сон; улучшилась способность к самообслуживанию, то есть способность одеваться-раздеваться, самостоятельное пересаживание с коляски на кровать стало занимать 5 секунд; объём пассивного разгибания в тазобедренных суставах увеличился до 10°; увеличился объём пассивных движений в коленных суставах: в левом коленном суставе: разгибание - 40°, сгибание - 130° (увеличился объём движений на 30°); в правом коленном суставе: разгибание - 55°, сгибание - 120° (увеличился объём движений на 15°); удалось увеличить угол гиперлордоза с 40° до 110°; улучшилась осанка и уменьшилась выраженность сколиоза; значительно увеличился объём элевации надплечий за счёт увеличения силы трапецевидных мышц; достигнута активация нейромышечного программирования двигательной работы глубоких мышц живота

и шеи, широчайших мышц спины, однако активное сгибание правой голени не определяется, сила приводящих мышц бёдер недостаточна для полноценного приведения и приведение осуществляется преимущественно за счёт подвздошно-поясничных мышц. Отмечено, что возникла мышечная сократительная активность в открытой кинематической цепи нейромышечного программирования, однако силы мышц ещё не хватает для работы в закрытой кинематической цепи.



За курс консервативного лечения сроком в 21 день не удалось полностью устранить тугоподвижность коленных суставов. К тому же 3 дня из полноценного лечения выпали, так как была необходимость в дополнительном обследовании. Есть основания предполагать развитие фиброзного анкилоза коленных суставов. Дальнейшая тактика реабилитации должна складываться после консультации с ортопедом, определяющим методы хирургического лечения.

Возможность оперативного лечения может определяться либо миотомиями и тенотомиями, либо артродезом коленных суставов с последующей оценкой возможности передвижения на инвалидной коляске с выпрямленными нижними конечностями. Целесообразность эндопротезирования коленных суставов, по-видимому, следует оценить после исчерпывания резервов нейромышечной активации и достижения возраста с завершением остеогенеза.

Таким образом, пациентам со спинномозговой грыжей, страдающим двигательными нарушениями можно рекомендовать двигательную реабилитацию по методикам ЭКЗАРТА и PNF с использованием кинезитерапевтической установки «ЭКЗАРТА». 