

черепно-мозговой травмой увеличилось на 34,6 %. Среди госпитализированных преобладают подростки в возрасте от 12 до 18 лет (81,1 %), которые поступали в институт в большей степени (в 80,9 % случаев) в дневное и вечернее время.

В структуре госпитализированных детей с черепно-мозговой травмой 75 % приходится на детей с легкой ЧМТ, с тяжелой — 5,9 %. В группе больных со средне-тяжелой и тяжелой травмой головы преобладают дети с внутричерепными повреждениями (66 %) и переломами черепа (15 %). Следует отметить, что за период с 2003 года у детей в целом по Москве отмечается увеличение на 10–12 % уровня заболеваемости внутричерепными травмами и переломами черепа.

В структуре черепно-мозгового травматизма 48 % приходится на бытовые травмы и 32 % — на уличные. По данным исследования в 58 % случаев основным механизмом получения травмы является падение ребенка с высоты, в 17 % — дорожно-транспортные происшествия.

Заключение

Изучение эпидемиологической ситуации по черепно-мозговой травме у детей в Москве необходимо для оптимизации оказания медицинской помощи и разработки действенных мер по профилактике черепно-мозгового травматизма.

КИНЕЗОТЕРАПИЯ ПРИ ГРЫЖАХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО УРОВНЯ

Васильева Н. В.

Буковинский ГМУ, Черновицы, Украина

Актуальность проводимого нами исследования обусловлена распространенностью ишиалгии, которая вызвана образованием грыж на пояснично-крестцовом уровне, что составляет 1–3 % от общего числа населения. При этом наиболее часто встречаются грыжи LV-SI диска (47 %) и LIV-LV диска (45 %). С другой стороны, несмотря на современный уровень нейрохирургического лечения, процент осложнений, который приводит к длительному восстановительному периоду, а часто — и к стойкой нетрудоспособности, остается достаточно высоким.

Следует отметить, что, согласно данным многих авторов, декомпрессирующие хирургические вмешательства устраняют причины сдавления содержимого позвоночного канала, но не корригируют в достаточной степени статодинамическую несостоятельность пораженного отдела позвоночника, то есть измененный поструральный баланс сохраняется.

Консервативное лечение направлено на устранение боли, воспаления; снятие компрессии корешковых структур; восстановление чувствительной и двигательной функции, а также обучение пациента выполнению правильных гимнастических упражнений.

Под наблюдением находилось 2 группы пациентов в возрасте 40–59 лет. Пациенты проходили стационарное лечение в неврологическом отделении

Черновицкой психиатрической больницы с диагнозами: «Радикулоишемия L5 (парализующий ишиас)», «Радикулопатия L5» либо «Радикулопатия S1». С помощью современных методов нейровизуализации во всех случаях были диагностированы боковые, медианные или парамедианные грыжи дисков LIV-LV, LV-SI. Пациенты 1-й группы (17 человек) получали исключительно медикаментозную терапию (нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, сосудистую и противоотечную терапию). Пациенты 2-й группы (15 человек) наряду с медикаментозным лечением выполняли упражнения на профилакторе Евминова. Методика Евминова включала два условия: distraction позвоночника и выполнение специальных малоамплитудных физических упражнений, направленных на тренировку мышечного корсета. Комплекс упражнений подбирался индивидуально, выполнялся под наблюдением специалистов лечебно-физкультурного диспансера.

В ходе обследования удалось установить некоторые особенности дискогенного болевого синдрома: наличие в анамнезе повторяющихся эпизодов люмбалгии и люмбоишиалгии; острое развитие боли после резкого движения, наклона, подъема тяжести или падения; усиление боли при движении, натуживании, кашле, а также длительном пребывании в одной позе. Кроме того, при грыжах диска LIV-LV боль локализовалась по наружной поверхности ноги до 1-го пальца, а при грыжах диска LV-SI — по задней поверхности ноги до 5-го пальца.

У подавляющего числа пациентов (93,75 %) при осмотре наклон кпереди и в больную сторону был резко ограничен, отмечалось выраженное напряжение паравертебральных мышц, выявлялся сколиоз и сглаженный поясничный лордоз. В неврологическом статусе при грыжах диска LIV-LV наблюдалась гипестезия по наружной поверхности голени и внутренней поверхности стопы, коленный и ахиллов рефлексы сохранялись, наблюдался парез мышц-разгибателей большого пальца и стопы. При грыжах диска LV-SI гипестезия локализовалась на наружной поверхности стопы и подошвы, выпадал ахиллов рефлекс, наблюдался парез мышц-сгибателей большого пальца.

После проведенного стационарного лечения, которое продолжалось в среднем 2 недели, отмечалось значительное улучшение состояния пациентов обеих групп, которое касалось не только субъективных ощущений, но и объективной симптоматики.

Пациенты 2-й группы продолжали выполнять комплекс упражнений в течение последующих 6 месяцев. Динамическое наблюдение за пациентами показало, что у 11 больных 1-й группы (64,7 %) и всего лишь у 5 пациентов 2-й группы (26,6 %) наблюдались рецидивы заболевания в течение этого времени.

Таким образом, использование профилактора Евминова может быть показано для больных с грыжами поясничного отдела позвоночника как один из основных патогенетических методов лечения.