

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА, С ПРИМЕНЕНИЕМ КИНЕЗИОТЕРАПИИ

Ишук Д.Е.¹ (kvitka84@yandex.ru; +7(985)995-9111),
Шегольков А.М.², Павлов А.И.¹, Шакула А.В.³,
Козырев П.В.²

¹ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого» Минобороны России, Москва, Россия;

²Филиал Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Минобороны России, Москва, Россия;

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Важным направлением развития медицинской реабилитации (МР) является разработка технологий, направленных на восстановление функциональной активности органов и систем, нарушенных в результате патологических процессов или травматических повреждений. Большой импульс в научных разработках современной восстановительной медицины получили методы кинезиотерапии в клинической практике с реализацией принципов 4Р-медицины (prediction, prevention, personalization, participation). Недостаточное развитие персонализированных программ МР этих больных определило цель исследования.

Цель исследования. Оценить эффективность использования персонализированной программы комплексной МР больных, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава, с реализацией принципов 4Р-медицины.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов реабилитации 54 пациентов в возрасте от 60 до 92 лет из числа больных, перенесших эндопротезирование. Основную группу составили 27 пациентов, в реабилитации которых применялись комплексные персонализированные программы МР с применением кинезиотерапии в условиях реабилитационного стационара. В контрольную группу включены 27 пациентов, в реабилитации которых применялась стандартная схема реабилитации.

Результаты. В основной группе положительные результаты лечения получены у 22 (81,5%) человек. В контрольной группе положительные результаты лечения были у 13 (48,1%) человек. Оценка клинических результатов в основной группе по системе Harris: отличный (90—100 баллов) — 10 (37%) человек; хороший (80—89 баллов) — 12 (44,4%) человек; удовлетворительный (70—79 баллов) — 4 (14,8%) человека; неудовлетворительный (<70) 1 (3,7%) человек. Оценка клинических результатов в контрольной группе по системе Harris: отличный — 6 (22,2%) человек; хороший — 7 (23,3%) человек; удовлетворительный — 8 (29,6%) человек; неудовлетворительный — 3 (11,1%). При анализе отделенных результатов в контрольной группе положительные результаты лечения и реабилитации были получены у 13 человек

из 27, что составило 48,1% в группе и было существенно ниже, чем в основной 81,5%. По-видимому, МР по разработанной программе с реализацией принципов 4Р-медицины более эффективна за счет восстановления опороспособности на фоне проведения кинезиотерапии.

Вывод. Применение персонализированных программ МР у больных, перенесших эндопротезирование, с использованием кинезиотерапии повышает ее эффективность и качество жизни пациентов.

* * *

ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ДИНАМИКУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Каладзе Н.Н., Ющенко А.Ю.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Медицинская академия им. С.И. Георгиевского (структурное подразделение), Симферополь, Россия

Актуальность. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) представляет собой наиболее распространенный врожденный порок сердца. Важный аспект ведения пациентов после хирургической коррекции порока — это комплексная медицинская реабилитация, которая оказывает влияние на толерантность к физическим нагрузкам и качество жизни. Медицинская реабилитация детям с ДМЖП включает комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной и немедикаментозной терапии.

Цель исследования. Изучить динамику качества жизни детей, оперированных по поводу ДМЖП, в процессе санаторно-курортного лечения.

Материал и методы. Были обследованы 75 детей, оперированных по поводу ДМЖП. В зависимости от применяемых реабилитационных мероприятий, дети были разделены на 3 группы путем простой рандомизации. Пациенты 1-й группы (20 детей) получали препарат Элькар в дозе 30 мг/кг 2 раза в день в течение 1 мес. Дети 2-й группы (26 человек) занимались скандинавской ходьбой (СХ) в течение 3 мес. Занятия проводились 3 раза в неделю в течение 60 мин. Пациенты 3-й группы (20 детей) принимали Элькар в дозировке 30 мг/кг/сут в 2 приема в течение 1 мес и занимались СХ в течение 3 мес. Занятия проводились аналогично с пациентами 2-й группы. Детям 4-й группы (контрольная группа — 9 детей) медицинская реабилитация не проводилась, они были повторно анкетированы через 3—9 мес. Оценка качества жизни детей с ДМЖП проводилась с помощью русскоязычной версии кардиологического модуля опросника Pediatric Quality of Life Inventory 3.0 (PEDsQL).

Результаты. После приема кардиометаболического препарата Элькар качество жизни детей с ДМЖП