

УДК 617-089

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ХИРУРГИИ

Никитина Екатерина Геннадьевна

студент

Корякина Анастасия Игоревна

студент

Стяжкина Светлана Николаевна

доктор медицинских наук, профессор, кафедры факультетской хирургии

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Аннотация. Дисплазия соединительной ткани в последнее время встречается в хирургической практике довольно часто. В данной статье проведён сравнительный анализ процесса восстановления больных с дисплазией соединительной ткани с применением методов реабилитации и без них.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, пациенты хирургического профиля, реабилитация, хирургия.

Актуальность: Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – это наследственные нарушения соединительной ткани, объединённые в синдромы и фенотипы и характеризующиеся многообразием клинических форм от субклинических до полиорганной и полисистемной патологии с прогрессивным течением.

В современном мире дисплазия соединительной ткани является актуальной проблемой. В частности, это касается больных хирургического профиля, поскольку в связи с этим заболеванием, у них крайне распространены осложнения в виде послеоперационных грыж, келоидных рубцов, геморроя, язвенного колита и так далее. Именно поэтому таким пациентам необходима грамотная и своевременная реабилитация.

Реабилитация - это комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных или компенсацию утраченных функций поражённого органа либо систем организма, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций повреждённых органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Основные направления реабилитации больных с ДСТ:

- 1) Диетотерапия (добиться хорошего метаболического контроля, предупредить развитие поздних осложнений заболевания);
- 2) Климатотерапия (использование особенностей климата различной местности для лечения больных: стимуляция механизмов адаптации);
- 3) Аэротерапия (лечебное применение открытого воздуха: повышает терморегуляторный тонус мышц и теплопродукцию);
- 4) Гелиотерапия (лечебное воздействие солнечным излучением: активация клеточного и гуморального иммунитета);
- 5) Талассотерапия (лечебное воздействие морских купаний: лечебное действие на все системы организма, улучшение терморегуляции);
- 6) Псаммотерапия (лечение нагретым песком: активация крово- и лимфообращения);
- 7) Питьевая и наружная бальнеотерапия (применение питьевых минеральных вод: благоприятное действие на ЖКТ, повышение тонуса мышц и крово-, лимфообращения);
- 8) Гидролечение (наружное применение пресной воды);
- 9) Пелоидотерапия (грязелечение: схож с псаммотерапией);
- 10) Озокеритотерапия (применение озокеритов: действие на опорно-двигательный аппарат);
- 11) Парафинотерапия (схож с озокеритотерапией);
- 12) ЛФК (профилактика прогрессирования ДСТ, формирование "мышечного каркаса", увеличение толерантности к физическим нагрузкам, улучшение функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышение психоэмоционального состояния);
- 13) Физиотерапия (интерференцтерапия, амплипульстерапия, электросон, электрофорез, лазеротерапия, магнитотерапия);
- 14) Массаж (профилактика прогрессирования ДСТ, приведение мышц в тонус или их расслабление в зависимости от надобности).

Имеющийся арсенал различных процедур позволяет добиться положительной динамики проявлений симптоматики у больных ДСТ, в том числе и при сопутствующих заболеваниях.

Цель: выявить частоту встречаемости пациентов с ДСТ, использующих методы реабилитации.

Материалы и методы: Объектом исследования были выбраны пациенты хирургического отделения 1РКБ г. Ижевска. Метод сбора информации - осмотр и опрос. В опросе участвовало 30 человек.

Результаты и обсуждения: Для выявления частоты встречаемости диспластических синдромов мы провели обследование 30 пациентов хирургического профиля. Пациенты,

находящиеся на реабилитации и использующие несколько направлений реабилитации, встречались в 60% случаев. Мы провели закономерность и выявили, что подавляющее большинство больных, использующих вспомогательные процедуры, гораздо быстрее приходят на поправку нежели пациенты, не применяющие дополнительные реабилитационные действия.

У оставшихся 40% пациентов, не проводящих реабилитационные работы, возникло множество осложнений и срок восстановления продлился почти в два раза.

У обследованных пациентов мы выяснили, что они использовали такие методы реабилитации как:

1. Диетотерапия - 92%;
2. Питьевая бальнеотерапия - 76%;
3. Парафинотерапия - 24%;
4. ЛФК - 83%;
5. Массаж - 77%;
6. Физиотерапия - 63%.

Выводы:

Дисплазия соединительной ткани имеет прогрессирующий характер течения и не поддается лечению. В связи с этим, упор в отношении данного заболевания необходимо ставить на своевременную диагностику, тщательную профилактику и использование различных методов реабилитации. Лишь в данном случае количество пациентов хирургического профиля с осложнениями будет снижаться.

Список литературы:

1. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова. - СПб. : Элби-СПб, 2009.
2. Национальные рекомендации Российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани. Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2016.
3. Наследственные нарушения структуры и функции соединительной ткани Российские национальные рекомендации / под редакцией Э.В. Земцовского. М. 2009.