ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕВОЧЕК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СТОП

© Евдокимова Татьяна Александровна, Соломкина Наталья Юрьевна, Заровкина Любовь Анатольевна

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

197 022 Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8. E-mail: ta-evdokimova@yandex.ru

Ключевые слова: дети, гинекологическая патология, косолапость; плоскостопие; физическая реабилитация;

Введение. Целый ряд авторов отмечают положительное влияние лечебной физкультуры на состояние здоровья детей [1]. Необходимо отметить, что недифференцированное назначение средств физического воздействия приводит, как правило, к недостаточным результатам реабилитации детей, имеющих определенную патологию[2]. Наименее изучено влияние физических методов лечения и воздействие курортных факторов на девочек с гинекологической патологией, сопровождающейся патологией костно-мышечной системы, причем деформации стоп по данным разных авторов составляют около половины.[3] В большинстве работ в качестве ведущей причины неудовлетворительной коррекции и рецидивов деформаций рассматривается дисбаланс мышц голени. Это определяет важную роль лечебной физкультуры (ЛФК) и биологической обратной связи (БОС) в реабилитации девочек с деформациями стоп[4,5]. Однако, исследования совокупного влияния курортного лечения, включающего индивидуально подобранные средства ЛФК и физиотерапии немногочисленны и разноречивы.

Цель исследования. оценить лечебные и реабилитационные мероприятия, включающие курортный фактор, лечебную физкультуру, физиотерапевтические мероприятия для повышения эффективности и сокращения сроков реабилитации деформаций стоп у девочек с гинекологической патологией.

Материалы и методы.исследования

Обследовано 117 девочек в возрасте 8–16 лет с гинекологической и сопутствующей экстрагенитальной патологией получали санаторно-курортное лечение в условиях многопрофильного детского санатория — реабилитационного центра. В структуре гинекологической патологии отмечены: **нарушения менструальной функции (80**%), маточные кровотечения пубертатного периода (9%), аменорея (6%), нарушения полового развития: задержка полового развития, раннее половое развитие, генитальный инфантилизм (5%). Кроме того выявлены единичные сочетания с другой гинекологической патологией.

В структуре экстрагенитальной патологии у 72 девочек выявлена патология стоп: косолапость и плоскостопие. 62 пациентки, имеющие сочетанную патологию, были распределены на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе на фоне курортного лечения добавлена реабилитация патологии стоп методом ЭМГ-БОС по разработанной методике. В контрольной группе девочки занимались по традиционной методике ЛФК. Состав пациенток основной и контрольной групп по возрасту и характеру патологии стоп был идентичен. Среди пациенток с патологией стоп основную группу составили 43 пациентки, контрольную — 19. Оценка эффективности реабилитации проводилась путем сопоставления результатов первичного и заключительного исследования, включавших: клиническое обследование, лабораторных данных,, менструального календаря, исследование функционального состояния нижних конечностей с помощью тестовых упражнений, плантографию,

Результаты исследования и их обсуждение. У всех наблюдавшихся пациенток выявлено длительное стабильное улучшение и выздоровление по гинекологической патологии у 72%, кратковременное улучшение у 23%, без перемен у 5%, ухудшения состояния среди наших пациенток не выявлено. У детей, не получавших указанных лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях детского санатория, выявлены более частые рецидивы гинекологической патологии (в 2 — 2,5 раза), более низкая (в 1,3 — 1,8 раза) иммунологическая реактивность.

Исследование функционального состояния мышц голени методом поверхностной ЭМГ показало улучшение в 2 раза в основной груп-

пе пациенток и отсутствие существенных изменений показателей в контрольной группе., при высокой степени достоверности ($p<0,001$). Причем наиболее выражено снижение активности мышц: при плоскостопии — внутренней головки икроножной мышцы на 55%, при косолапости пронаторов стопы — на 52%. Продолжительность занятия увеличивалась в течение курса с 15 до 45 мин.Длительность курса лечения составляла 15–25 занятий при 2–5 посещениях в неделю.

Заключение. Таким образом, проведение предложенных индивидуализированных мероприятий в рамках санаторно-курортной помощи позволяет достичь улучшения морфофункциональных и адаптационных возможностей у детей.

Курс занятий с применением метода биологической обратной связи при косолапости и плоскостопии у детей повышает эффективность лечения и сокращает сроки реабилитации по сравнению с традиционными методами.

Список литературы:

1. Потемкина Р.А. Повышение физической активности населения России: современные подходы к разработке популяционных программ //Профилактическая медицина.-2014.-17(1).-С. 6–11
2. С пирова О.И., Чернышева Н.Г., Еремина Е.А. Реабилитация детей раннего ясельного возраста. Сборник докладов Городской научно-практической конференции 16 декабря 2008 г. СПб 2008 г., с. 75–76.
3. Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 696 с.
4. Михайлин Е.С., Иванова Л.А., Савицкий А.Г., Берлев И.В. Особенности репродуктивного здоровья современных девочек-подростков (аналитический обзор) // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015. № 2 (61). С. 63–72.
5. Кузьмичева О.А. Применение метода ЭМГ-БОС для коррекции двигательных расстройств у детей-инвалидов // Человек и его здоровье: Тезисы докладов 6 Российского национального конгресса 27–30 ноября 2001 г. — СПб, — С.276–277.