

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЮШЕННА

Абдусаломова М.А.¹, Мавлянова З.Ф.², Махмудов С.М.³

¹Абдусаломова Мафтуна Акбаровна – ассистент;

²Мавлянова Зилола Фархадовна – заведующая кафедрой;

³Махмудов Сардор Мамашиарифович – ассистент,
кафедра медицинской реабилитации, физиотерапии и спортивной медицины,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в данной статье приведены наиболее актуальные методы, используемые в медико-социальной реабилитации детей с болезнью Дюшенна. Также представлены данные авторов о влиянии реабилитации на данное заболевание. Для осуществления полноценной социальной реабилитации больным необходим комплексный подход специалистов разного профиля: невролога, физиотерапевта, врача ЛФК, массажиста, трудотерапевта, ортопеда, психотерапевта при обязательном участии членов семьи и друзей.

Ключевые слова: медико-социальная реабилитация, прогрессирующая мышечная дистрофия, болезнь Дюшенна, физиотерапия.

Актуальность. Прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД) – группа наследственных заболеваний, начинающихся в большинстве случаев в детстве (реже – позже) и характеризующаяся мышечной слабостью, атрофиями мышц и прогрессирующим течением вследствие прогрессирующей дегенерации мышечных волокон. Мышечные дистрофии полностью не вылечиваются, назначают только симптоматическую терапию [19-25]. Мышечная дистрофия Дюшенна (МДД) – это летальное рецессивное нервно-мышечное расстройство, связанное с X-хромосомой и вызванное мутациями в гене дистрофина, приводящими к отсутствию или недостаточности функционального дистрофина – белка цитоскелета, который обеспечивает силу, стабильность и функциональность миофибрилл. Популяционная частота данного заболевания: 1:3500 мальчиков и 21,7 на 100 000 живорожденных мальчиков [12-17]. Прогрессирующее мышечное повреждение и дегенерация возникают у людей с МДД, что приводит к мышечной слабости, связанной с этой двигательной задержкой, потере передвижения, дыхательным нарушениям и кардиомиопатии [2-11]. Хотя клиническое течение поражения скелетных мышц и сердца может быть переменным, смерть обычно происходит в результате нарушения работы сердца или функции дыхания.

Цель исследования. Оптимизация медико-социальной реабилитации при болезни Дюшенна.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 30 больных детей, среди которых 10 девочек и 20 мальчиков с синдромом Дюшенна. Все больные были разделены в зависимости от стадии заболевания: 9 (30%) больных с начальной стадией, 16 (53,3%) больных на стадии умеренно выраженных двигательных нарушений, 5 (16,7%) больных с выраженными двигательными расстройствами. Всем больным проводили базисную терапию, а также назначался комплекс реабилитационных мероприятий: лечебная и дыхательная гимнастика, лечебный массаж, электромиостимуляция, трудотерапия, аутогенная тренировка, психотерапия. Реабилитационные мероприятия при наследственных заболеваниях нервной системы должны основываться на комплексном дозированном применении современных методик, включающих сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов (физиопроцедуры и лечебная гимнастика) [3]. Интенсивные физические нагрузки детям с ПМД противопоказаны, так как это может приводить к повреждению мышечных волокон, но в то же время умеренная физическая деятельность им необходима [1]. В этой связи актуальна проблема разработки новых реабилитационных технологий для этой категории детей. Для больных с выраженными двигательными нарушениями длительность занятия подбиралась индивидуально. Стимуляцию мышц проводили с помощью аппарата «Миоритм 040». При экваториальной установке стоп рекомендовали больным ношение ортопедической обуви и корригирующих корсетов. Даны рекомендации для приспособления в среде их обитания. Утратившим способность к самостоятельному передвижению рекомендовали использовать костыли, ходунки и кресло-каталку. У некоторых больных наблюдались личностные нарушения. Для устранения этих проблем одновременно с транквилизаторами и антидепрессантами использовали ролевые игры, рисование, чтение и занятия на компьютере. Психологи использовали индивидуальную личностно ориентированную психотерапию. С помощью аутогенной терапии стимулировали внутренние механизмы психической и вегетативной сфере больных. В качестве трудотерапии применяли тренировку элементарных бытовых навыков и обучали пользованию инвалидной коляской. Эффективность методов медико-социальной реабилитации оценивали посредством неврологического осмотра и опросника SF-36 [7].

Результаты исследования. После лечения у больных наблюдались улучшения двигательных функций и функция самообслуживания. Отмечали снижение паттернов прогрессирующей мышечной дегенерации и слабости, постуральной компенсации, риска прогрессирующей контрактуры и деформации, а также функциональных потерь в результате дефицита дистрофина. Полученные результаты показали, что реабилитационные мероприятия должны осуществляться слаженной работой неврологов, врачей-

физиотерапевтов, специалистов по трудотерапии, логопедов - дефектологов, ортопедов и поставщиков медицинского оборудования длительного пользования.

Следует отметить, что при работе с больными МДД крайне важно учитывать основные принципы медико-социальной реабилитации: комплексность, поэтапность и непрерывность, индивидуализация реабилитационных мероприятий, необходимость активного участия больных в реабилитационных программах. Социальная реабилитация должна включать снабжение бытовыми приспособлениями с учетом характера двигательного дефекта и обучение навыкам самообслуживания. А самому пациенту необходимо понимание того, что он способен выполнять сам хотя бы самые простые элементы самообслуживания: самостоятельно передвигаться с помощью различных приспособлений, есть, соблюдать личную гигиену и пр. Если для больных, лишенных возможности передвигаться, в настоящее время есть множество внедренных средств (коляски, ходунки и пр.), то для больных, не имеющих такой возможности, такие средства пока не внедрены в практику социальной реабилитации.

Выводы. Медико-социальная реабилитация у детей с синдромом Дюшенна замедляет прогрессирование болезни, сохраняет способность к самообслуживанию, активные и пассивные движения, обеспечивает профилактику осложнений, оказывает психологическую поддержку, а также позволяет возобновить социально – бытовую активность. Для осуществления полноценной медико-социальной реабилитации необходим комплексный подход специалистов разного профиля: невролога, физиотерапевта, врача ЛФК, массажиста, трудотерапевта, ортопеда, психотерапевта при обязательном участии членов семьи, родственников и друзей. Необходимо дальнейшее изучение реабилитационных методов, особенно по параметрам интенсивности, частоты, времени и типу упражнений, так как в настоящее время не существует медикаментозной терапии, способствующей полному излечению детей с мышечной дистрофией Дюшенна [4].

Список литературы

1. *Абдусаматова Б.Э. и др.* Частота выполнения утренней гимнастики и закаливающих процедур среди учащихся //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2015. – № 4.
2. *Абдуллаева Н.Н.* Клинический анализ эпилептических припадков у лиц пожилого возраста //Проблемы биологии и медицины. , 2012. Т. 1. С. 9.
3. *Абдуллаева Н.Н.* Постинсультная эпилепсия у пожилых //Аспирант и соискатель, 2011. № 3. – С. 94-95.
4. *Ахмедова Д.А., Хакимова С.З., Джурабекова А.Т.* Особенности постинсультной депрессии в раннем и позднем восстановительном периодах //Инновационная наука, 2015. № 6-2.
5. *Баратова С.С., Мавлянова З.Ф., Шарафова И.А.* Индивидуально-типологические особенности, обуславливающие выбор вида спортивной деятельности //Современные проблемы психологии и образования в контексте работы с различными категориями детей и молодежи, 2016. С. 190-191.
6. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
7. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. 160 с.
8. *Джурабекова А.Т., Хамркулова Ф.М., Юлдашева З.Т.* Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна, новый подход к лечению //Умумий амалиёт доктори ахборотномаси, 2006. № 1-2. С. 59-61.
9. *Камилова Р.Т. и др.* Влияние систематических занятий спортом на функциональное состояние юных спортсменов //Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2016. № 4.
10. *Камалова Ё.А., Умирова С.М., Наимова Х.А.* Влияние различных способов дозирования на физическую работоспособность детей города Самарканда //Материалы XXIII съезда Физиологического общества им. ИП Павлова с международным участием, 2017. С. 2248-2250.
11. *Очилов Х.М., Джурабекова А.Т., Усмонова Ш.* Синдромальная и назологическая структура болей в спине у детей // Проблемы биологии и медицины. С. 96.
12. *Пак Е.А., Мавлянова З.Ф., Ким О.А.* Показатели состояния сердечно-сосудистой системы у детей, занимающихся каратэ //Спортивная медицина: наука и практика 2016. Т. 6. № 1. С. 21-25.
13. *Салохиддинова Ш.Ш., Юсупова Н.Н., Джурабекова А.Т.* Современный подход к диагностике когнитивных нарушений у больных с дисциркуляторной энцефалопатией //Инновационная наука, 2015. № 6-2.
14. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсупов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей.//Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
15. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста //Ташкент: Изд-во «Ибн-Сино, 2001.
16. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. Ташкент: Изд-во O'qituvchi, 2006.
17. *Шмырина К.В. и др.* Роль среднего медицинского персонала в реабилитации пациентов с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов, 2017. № 4. С. 21-24.

18. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver //World journal of surgery, 2017. T. 41. № 12. C. 3218-3223.
19. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia //The International Journal of Artificial Organs, 2013. T. 36. № 8.
20. *Kasymov S.Z., Davlatov S.S.* Hemoperfusion as a method of homeostasis protection in multiple organ failure syndrome // Akademicheskiy zhurnal Zapadnoy Sibiri, 2013. T. 9. № 1. C. 31-32.
21. *Slepov V.P. et al.* Use of ethonium in the combined treatment of suppurative and inflammatory diseases in children //Klinicheskaya khirurgiya, 1981. № 6. C. 78.
22. *Sayit I.* Damages to hypothalamus vessels in various types of blood loss on the background of acute alcohol intoxication //European science review, 2016. № 7-8.
23. *Zayniev S.S.* Ultrastructure of the Bone Tissue in Chronic Recurrent Hematogenous Osteomyelitis in Children //Journal of Experimental and Clinical Surgery, 2016. T. 9. № 1. C. 53-57.
24. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. C. 249-252.
25. *Shamsiyev A., Davlatov S.* A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis //International Journal of Medical and Health Research, 2017. C. 80-83.