

# КЛИНИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК



---

4

МОСКВА - 1996

# Первый опыт применения "Детензор-метода" в комплексном лечении в условиях поликлиники детей с патологией опорно-двигательного аппарата

Л. К. Михайлова, Т. Н. Смирнова, Л. В. Тошкова, К. Кинляйн, О. В. Балакирева, В. Е. Поляков

**Ф**ункциональные нарушения позвоночника (нефиксированный кифоз, "вялая осанка", "плоская спина", нарушение осанки) и заболевания позвоночника (юношеский кифоз, ювенильный остеохондроз, диспластический сколиоз) занимают первое место в структуре ортопедической патологии детского и подросткового возраста [1, 3, 4, 5].

По нашим данным, из 320 детей, обследованных ортопедом в детской поликлинике за 6 месяцев, выявлено 27 больных с диспластическим сколиозом, 48 детей с нарушением осанки и 142 ребенка с вялой осанкой (табл. 1).

Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что уровень истинного диспластического сколиоза (8,4% в наших наблюдениях) соответствует данным других авторов (от 9 до 17%) [1, 3, 4, 5, 8]. Однако большое число среди наблюдавшихся нами детей с так называемой "вялой осанкой" (142 ребенка — 41,3%) свидетельствует об увеличении числа детей с нарушенной осанкой в сравнении с наблюдениями других авторов 20-летней давности [1, 3]. Следует отметить, что число детей с диспластическим сколиозом остается неизменным. Современные городские дети страдают от гиподинамии, что приводит к формированию порочной осанки. Вследствие слабости мышц ребенок не владеет координацией движений, не имеет рациональной позы ни в движении, ни в покое.

Особенности строения позвоночника человека непосредственно связаны с прямохождением и прямохождением. С переходом к прямохождению общий центр тяжести человека поднялся высоко над землей, а площадь опоры резко уменьшилась, появилась необходи-

мость удерживать верхнюю часть тела относительно таза, таз относительно нижних конечностей [2, 8]. Привычная осанка принимается человеком автоматически, без активного усиленного сокращения мышц. При правильной осанке парциальные центры масс туловища приближаются к опорной оси тела, вертикально проходящей через теменную область, плечевой таз, тазовый пояс и коленные суставы [2].

В норме позвоночник новорожденного имеет прямую ось, с началом осевого ребенка положений "сидя" и "стоя" появляются физиологические изгибы. В 5—7 лет меняются пропорции тела и физиологические изгибы позвоночника (грудной кифоз и поясничный лордоз) усиливаются. В 7—11 лет обычно наблюдается стабилизация осанки, ребенок овладевает основными навыками удержания центров тяжести тела в вертикальном положении. Однако в этот же возрастной период с началом школьных занятий увеличивается нагрузка на позвоночник в положении "сидя", т. е. дети проводят в этом положении по 7—8 часов, что не соответствует функциональным возможностям детского опорно-двигательного аппарата.

Лечение функциональных изменений в позвоночнике и его заболеваний — многоплановая проблема [6, 8]. Основным условием успешного лечения заболеваний позвоночника является методичность выполнения всех элементов комплексной терапии: разгрузка позвоночника путем уменьшения положения "сидя" в режиме дня, исключение поднятия тяжестей, ежедневные занятия корригирующей гимнастикой в домашних условиях, повторные курсы (2—3 раза в течение учебного года) массажа мышц спины, занятия некоторыми видами спорта (плавание, лыжи, элементы баскетбола, волейбола) в зависимости от степени изменения опорно-двигательного аппарата, оптимальный режим питания соответственно возрасту и сопутствующим заболеваниям. Если методики лечебной корригирующей гимнастики для детей с нарушением осанки и деформацией позвоночника отработывались годами [4, 6, 8], то метод вытяжения слабой или средней силы в амбулаторной практике применяется редко.

## Материалы и методы

С января 1996 г. в Детской поликлинике Медицинского центра Управления делами Президента РФ начали применять "Детензор-метод" (ДМ) у детей с заболеваниями нервной системы и опорно-двигательного аппарата.

В настоящем сообщении мы хотим поделиться первыми результатами лечения в амбулаторных условиях детей с заболеваниями и функциональными

нарушениями позвоночника. В литературе мы встретили единичные описания успешного лечения разнообразной патологии у детей ДМ [7, 9]. Расслабление, психофизическая релаксация — необходимый компонент в комплексном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, снимающий мышечную скованность, снижающий утомляемость, восстанавливающий правильное дыхание. Нами использовались детензорные маты двух типов жесткости. Тип мата подбирался в зависимости от веса и роста пациента. На курс лечения проводилось 10 процедур. ДМ применяли в комплексе с лечебной корригирующей гимнастикой и массажем. В неделю проводили 2 процедуры ДМ от 30—40 минут до 50 минут. Некоторые пациенты засыпали во время проведения сеанса, в этом случае сеанс продлевался до 60 минут и по окончании релаксации массаж не проводился. Методика проведения процедуры подробно описана авторами метода [7, 9]. Всего прошли полный курс лечения ДМ 36 детей в возрасте 7—14 лет с различной патологией. Из них у 16 детей (12 девочек и 4 мальчика) выявлены заболевания и функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата: у 8 детей диагностирован диспластический сколиоз, у 9 — нарушения осанки, у 1 — компрессионный перелом VII — VIII грудных позвонков. Двое детей 7 и 8 лет с нарушением осанки после проведения одного сеанса ДТ отказались от дальнейшего лечения на детензоре. Дети пожаловались на головную боль в конце сеанса. Однако мы не рассматриваем это как осложнение после лечения ДМ, так как боли купировались самостоятельно через 30 минут. В дальнейшем этих детей в связи с началом каникул родители отвезли загород. Двум пациентам 12 и 13 лет проведено 2 курса ДМ с перерывом в 2 месяца (табл. 2).

Всем детям измеряли артериальное давление и частоту сердечных сокращений до и после проведения "Детензор-терапии".

## Результаты и их обсуждение

Комплексное лечение, направленное на максимальную нормализацию нарушенных функций и увеличение выносливости к статическим и динамическим нагрузкам, проведено 16 детям (см. табл. 2). При проведении процедуры 11 детей засыпали во время сеанса от 1 до 4 раз. 3 детей засыпали во время сеанса ДМ.

Измерение частоты сердечных сокращений выявило увеличение этих показателей перед проведением процедуры до 106—111 ударов в минуту и нормализацию показателей после завершения сеанса — от 94—91 до 76 в 1 минуту. Аналогичные изменения на-

Таблица 1  
Распределение детей по нозологическим формам

Нозологические формы	Число детей	%
Диспластический сколиоз	27	8,4
Нарушение осанки	48	15
Компрессионный перелом	1	0,3
Вялая осанка	142	41,3
Здоров	102	35
Всего ...	320	100

Распределение детей с функциональными нарушениями и заболеваниями позвоночника, лечившихся "Детензор-методом" в амбулаторных условиях, и эффективность проведенного лечения

Таблица 2

Ф.И.	Пол	Возраст	Диагноз	Лечение				Эффективность лечения		
				ДМ	ЛФК	Массаж	Сон	Снятие мышечного напряжения	Восстановление осанки	Нормализация АД
В.Н.	ж	13	Нарушение осанки	+	+	-	+10	+	+	+
Г.П.	ж	12	Диспластический сколиоз I степени	+	+	+	+3	+	+	+
Г.С.	м	9	Диспластический сколиоз I степени	+	+	+	+1	+	+	+
К.М.	м	8	Нарушение осанки	+	+	+	+1	+	+	+
К.А.	ж	7	Нарушение осанки	+	+	+	+1	+	+	+
М.М.	ж	14	Сколиоз I-II степени (боявой синдром)	+	+	+	-	+	+	+
О.И.	ж	13	Сколиоз I степени	+	+	+	+2	+	+	+
С.О.	м	13	Нарушение осанки	+	+	-	+10	+	+	+
С.А.	ж	12	Сколиоз I степени	+	+	+	+4	+	+	+
Т.Т.	ж	8	Нарушение осанки	+	+	+	-	+	+	+
Т.С.	ж	13	Сколиоз I-II степени груднопоясничный	+	+	+	+3	+	+	+
Ф.Л.	ж	13.5	Нарушение осанки	+	+	+	-	+	+	+
Х.С.	м	13	Нарушение осанки	+	+	+	-	+	+	+
Ч.И.	ж	9	Сколиоз I степени правосторонний грудной	+	+	+	-	+	+	+
Ш.В.	ж	9	Компрессионный перелом T <sub>VII-VIII</sub>	+	+	+	+10	+	+	+
Ш.И.	ж	10	Нарушение осанки	+	+	-	+10	+	+	+

Примечание. Цифра в графе "сон" означает количество сеансов "Детензор-метода", во время которых психофизическая релаксация детей сопровождалась их засыпанием.

блюдались и со стороны артериально-го давления. До процедуры АД — 101/70, 102/56, а в конце — 99/70, 85/59, причем к концу курса лечения различие этих показателей до и после процедуры уменьшилось.

Все 16 пациентов субъективно отнеслись к ДМ весьма положительно и от повторных курсов не отказывались, в отличие от электростимуляции прямых мышц спины (электростимуляция мышц спины применяется при лечении диспластического сколиоза). У всех 16 детей уменьшились жалобы на утомляемость в школе. Болевой синдром нехарактерен для детей с функциональными нарушениями и заболеваниями позвоночника. У нас с подобной жалобой был всего один ребенок 14 лет и после двух процедур ДМ (естественно в комплексе с корригирующей гимнастикой и массажем) боли исчезли и при дальнейшем наблюдении мальчик жалоб не предъявлял. После проведенного курса ДМ дети овладели саморелаксацией в положении на спине и дома могли отдыхать в физиологически правильной позе без элементов растяжения, т. е. эффект растяжения позвоночника в положении лежа может быть достигнут только на детензорном мате.

Процесс лечения детей с нарушением осанки и сколиозом длится годами, до окончания роста ребенка (в 15—20 лет). В процессе лечения мы прививаем навыки систематических занятий

лечебной гимнастикой в домашних условиях, однако метод вытяжения позвоночника не входит в этот комплекс. "Детензор-метод" позволил нам снять напряжение мышц шеи, плечевого пояса, грудного и поясничного отдела позвоночника у детей с вялой осанкой, с нарушением осанки. Статические мышечные напряжения развиваются у всех детей во время занятий в школе, но не все умеют снимать эти напряжения самостоятельно. "Детензор-метод" помог нашим пациентам восстановить правильное положение центра тяжести по одной осевой линии.

Таким образом, первый опыт применения "Детензор-метода" в комплексном лечении детей с патологией опорно-двигательного аппарата в условиях поликлиники позволяет нам оценить его положительно.

### Выводы

У детей функциональные нарушения и заболевания позвоночника занимают первое место в структуре патологии опорно-двигательного аппарата.

В комплексном лечении сколиоза и нарушений осанки у детей основное место отводится ежедневным занятиям корригирующей гимнастикой с целью создания тренировочного мышечного корсета. Однако в период школьных занятий происходит накопление

мышечной скованности, напряжения мышц сгибателей, что требует релаксирующих, расслабляющих, растягивающих процедур. Оптимальным методом релаксации и щадящего растяжения позвоночника у детей является метод "Детензор-терапии".

У всех 16 детей, лечившихся в поликлинике ДМ, получен положительный клинический эффект в самые ближайшие сроки (после 3—5 процедур ДМ в сочетании с корригирующей гимнастикой и массажем).

В связи с большой практической и научной значимостью объективной оценки отдаленных результатов и с целью закрепления достигнутого эффекта в амбулаторных условиях необходимо продолжить наблюдения. Имеют значение непосредственная и отсроченная эффективность лечения, закрепление достигнутого эффекта, разработка тактики циклового и курсового лечения ДМ и сочетания его с корригирующей гимнастикой и массажем.

### Литература

1. Абальмасова Е. А., Лузина Е. В. Врожденные деформации опорно-двигательного аппарата и причины их происхождения. — Ташкент: Медицина, 1976. — С. 178.
2. Бельский В. Е., Куропаткин Г. В. Диалог травматолога и ортопеда с биомехаником. — М.: Солид, 1996. — С. 103.
3. Волков М. В., Дедова В. Д. Детская ортопедия. — М.: Медицина, 1972. — С. 238.
4. Волков М. В., Тер-Егизаров Г. М. Ортопедия и травматология детского возраста. — М.: Медицина, 1983. — С. 463.
5. Казьмин А. И., Кон И. И., Бельский В. Е. Сколиоз. — М.: Медицина, 1981. — С. 267.
6. Каптелин А. Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. — М.: Медицина, 1969. — С. 399.
7. Капустин А. В., Балакирева О. В., Кикляйн К. и др. // Клин. вестн. — 1996. — № 3. — С. 36—38.
8. Кон И. И., Бельский В. Е., Назарова Р. Д. Диспластический сколиоз (механогенез, диагностика, лечение). Метод. реком. — М., 1994. — С. 22.
9. Штраус И., Кикляйн К., Балакирева О. В., Ромаков А. И. // Клин. вестн. — 1996. — № 1. — С. 64—65.