Использование мобильного комплекса компьютерной оптической топографии и подоскопии для проведения экспресс-диагностики деформаций позвоночника и стоп у работников промышленных предприятий

С. В. Киричук

Четвертый факультет ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Поддержание высокой работоспособности, продление профессионального долголетия, снижение заболеваемости работников — важнейшие задачи, стоящие перед руководителями промышленных предприятий. С этой целью на одном из предприятий, расположенных на базе индустриального парка «Ворсино», проведено выездное углубленное ортопедическое обследование 594 работников.

Материалы и методы. 1. Компьютерный оптический топограф. 2. Подоскопия. Используемая методика отличается объективностью, высокой точностью и полной безвредностью, а также высокой пропускной способностью (не более пяти минут на одного пациента).

Результаты. Работники предприятия были распределены по группам здоровья. *1. По состоянию осанки:* I группа — 126 человек (21,21 %): норма 0,17 %; субнорма (слабовыраженные нарушения) 21,04 %. II группа — 353 человека (59,43 %): умеренно выраженные нарушения осанки в сагиттальной плоскости (23,72 %), функциональные (3,54 %) и компенсаторные сколиозы без признаков торсии (2,87 %), структуральный сколиоз I ст. 7–9 градусов (29,3 %). III группа — 107 человек (18,01 %): структуральные сколиозы I–II ст. 9–15 градусов (5,39 %), компенсаторный (4,03 %) и структуральные сколиозы II ст. 15–25 градусов (0,67 %), выраженные нарушения в сагиттальной и горизонтальной плоскостях (7,92 %). IV группа — 8 человек (1,35 %): сколиоз III–IV ст. 25 градусов и более (0,17 %), кифоз III ст. (1,18 %). *2. По состоянию стоп:* I группа — 248 человек (41,8 %): норма (20,9 %), снижение сводов (20,9 %). II группа — 93 человека (15,6 %): плоскостопие I ст. III группа — 171 человек (28,8 %): плоскостопие I–II ст. IV группа — 82 человека (13,8 %): плоскостопие II–III ст. (9,3 %), III ст. (4,5 %). По результатам обследования каждому работнику выданы индивидуальный ортопедический «паспорт здоровья» позвоночника и стоп, ортопедические изделия для компенсации выявленных патологий и брошюры с индивидуально подобранными комплексами упражнений. Составлен общий ортопедический «паспорт здоровья» предприятия. Руководству предоставлен комплексный анализ, и предложены варианты решения выявленных проблем: смена используемой на предприятии рабочей обуви на более функциональную, рекомендации по проведению профилактической гимнастики во время производственных перерывов и пр.

Заключение. Использование мобильных комплексов, состоящих из компьютерного оптического топографа и подоскопа, является высокоэффективным методом экспресс-диагностики заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Болевой синдром у взрослых пациентов с детским церебральным параличем

К. С. Комшина

Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии ФПКВ ФГБОУ ВО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, г. Нижний Новгород

Актуальность. Болевой синдром часто является причиной страдания пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП). Несмотря на это реабилитации взрослого человека с таким диагнозом уделяют недостаточно внимания в настоящее время. Цель предпринятого исследования — выявить распространенность, структуру и клинические особенности болевого синдрома у взрослых пациентов с ДЦП.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ НО «НОКБ им. Семашко» наблюдались 10 пациентов с диагнозом «детский церебральный паралич» в возрасте от 22 до 56 лет, средний возраст 35 лет, 5 женщин и 5 мужчин, уровни по GMFCS I–III. У шести пациентов имела место двойная гемипаретическая форма ДЦП, в трех случаях отмечался гиперкинетический вариант, у одного пациента наблюдалась смешанная форма (сочетание двойного гемипареза с оромандибулярной дистонией).

Анализировали следующие показатели. 1. Состояние двигательных функций, мышечного тонуса, наличие дистонических феноменов. 2. Выраженность болевого синдрома с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), русифицированного Мак-Гилловского болевого опросника (РМБ), оценочной шкалы невропатических симптомов и признаков. 3. Психоэмоциональный статус с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). 4. Выраженность дегенеративных изменений позвоночника с применением рентгенологического исследования. 5. Скорость проведения по периферическим нервным волокнам с помощью электронейромиографии у пациентов, имеющих признаки невропатии.

Результаты. Болевой синдром был диагностирован у девяти пациентов, при этом преобладали вертеброневрологические заболевания шейного и пояснично-крестцового уровня (у шести пациентов). У трех пациентов боль была предположительно связана с напряжением мышц при цервикальной дистонии. В трех случаях боль была симптомом кокс- и гонартроза. У одного пациента наблюдалась компрессионно-ишемическая невропатия срединного нерва и в одном случае — высокое стояние надколенника. У трех пациентов отмечена высокая степень тревоги (выше 11 баллов по шкале HADS) и в трех случаях она была выражена субклинически (выше 9 баллов по шкале HADS). Признаки депрессивных расстройств наблюдались у половины пациентов (субклинический уровень).

Заключение. Болевой синдром при ДЦП определяется в подавляющем большинстве случаев, его локализация и патогенез различны. Преобладают вертеброгенный, артрогенный варианты и боль вследствие дисбаланса мышц при дистонии.