

И.В. РЯБЧИКОВ, И.О. ПАНКОВ, В.И. АЙДАРОВ
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

УДК 616-001.513

Восстановительное лечение пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава на стационарном этапе

Рябчиков Илья Владимирович

кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отдела
420087, г. Казань, ул. Даурская, д. 9, кв. 53. тел. (843) 298-52-65, e-mail: healthbringer@gmail.com

Проведена оценка качества восстановительного лечения 30 пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава, прошедших оперативное и восстановительное лечение. Комплекс реабилитационных мероприятий подбирался индивидуально и состоял из физиотерапевтического лечения, лечебной физической культуры, массажа и фармакологического сопровождения. Показана эффективность предложенного оптимизированного комплекса мероприятий восстановительного лечения.

Ключевые слова: внутрисуставной перелом, коленный сустав, чрескостный остеосинтез, восстановительное лечение, качество жизни.

I.V. RYABCHIKOV, I.O. PANKOV, V.I. AIDAROV

Republican clinical hospital at the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan

Rehabilitative treatment of patients with intraarticular fractures of the knee joint at the stationary stage

The evaluation of the quality of restorative treatment of 30 patients with intraarticular fractures of the knee joint, past surgical and restorative treatment was conducted. The complex of rehabilitation measures were selected individually and consisted of physiotherapy therapy, therapeutic physical culture, massage and pharmacological support. The efficiency of the optimized set of measures proposed rehabilitation was shown.

Keywords: intra-articular fracture, knee, transosseous fixation, rehabilitation treatment, quality of life.

Переломы области коленного сустава занимают особое место в ряду около- и внутрисуставных переломов костей конечностей и относятся к одним из наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата. Частота таких переломов составляет от 4,0 до 6,1% всех переломов костей нижних конечностей [1] и от 4,0 до 12,0% по отношению ко всем внутрисуставным переломам [2].

Различного рода осложнения и неудовлетворительные исходы лечения переломов области коленного сустава достигают 50% и выше. Выход на инвалидность, по данным различных авторов, составляет 34,8%. Наиболее частыми осложнениями таких переломов является развитие контрактур и деформирую-

щего артроза суставов поврежденных сегментов конечностей. 57% переломов мыщелков бедра и большеберцовой кости осложняются развитием деформирующего артроза коленного сустава [3].

Неудовлетворительные результаты лечения переломов области коленного сустава имеют место от 6 — 14% случаев [4, 5] до 6,1 — 34,9% [6]. Деформирующий артроз коленного сустава является наиболее частым осложнением переломов области коленного сустава [7].

На основании накопленного клинического опыта и имеющихся в отечественной и зарубежной медицинской литературе данных [4, 5, 9] авторами была выявлена потребность в оценке



Таблица 1.

Качество жизни пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава после оперативного и восстановительного лечения

Шкалы SF-36	Пациенты до восстановительного лечения и тренинга			Пациенты после восстановительного лечения и тренинга			t	P****
	M*	s**	m***	M*	s**	m***		
(GH)	76,6	18,2	3,3	78,7	11,6	2,1	0,53	<0,05
(PF)	96,2	6,1	1,1	97,5	3,7	0,7	1	<0,05
(RP)	82,5	27,2	5	85	16,9	3,1	0,42	<0,05
(RE)	76,9	17,7	3,2	78,3	28,4	5,2	0,23	<0,05
(SF)	48,9	13,2	2,4	52,2	8,2	1,5	1,17	<0,05
(BP)	79,7	19,8	3,6	82,5	11,7	2,1	0,67	<0,05
(VT)	68,5	12,9	2,4	71,7	15,5	2,8	0,87	<0,05
(MH)	71,7	11,2	2	72,4	17,7	3,2	0,19	<0,05

Примечание: Уровень значимости $\alpha=0,05$. Число степеней свободы $\nu=30$. * Среднее. ** Стандартное отклонение. *** Стандартная ошибка. **** Вероятность б-ошибки

качества восстановительного лечения пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава на стационарном этапе.

Цель исследования

Оценить качество восстановительного лечения 30 пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава, прошедших оперативное и восстановительное лечение.

Материал и методы

Обследованы 30 пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава, прошедшие оперативное и восстановительное лечение. Переломы дистального суставного конца бедренной кости были у 12, переломы проксимального суставного конца большеберцовой кости — 18 больных. Пациентам был применен чрескостный остеосинтез спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации (типы переломов B_1 , C_1 , C_2 и C_3 по Международной классификации переломов). Восстановительное лечение получили все 30 пациентов, из них мужчин — 13, женщин — 17. Средний возраст составил 44,5 года.

Для оценки качества проведенного нами комплексного восстановительного лечения использовался общий опросник MOS 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36) [8]. Этот опросник широко используется для оценки качества жизни, связанного со здоровьем, в различных популяциях [9]. Опросник включает в себя 36 вопросов, которые сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие [10]. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием пакета программ Microsoft Office Excel 2003 SP2. Достоверность различий определялась по параметрическому t-критерию Стьюдента при уровне значимости менее 0,05 ($p<0,05$).

Комплекс реабилитационных мероприятий подбирался как с учетом индивидуальных характеристик пациента, так и особенностей самой операции чрескостного остеосинтеза внутрисуставных переломов коленного сустава. Он состоял из физио-

терапевтического лечения, лечебной физической культуры, массажа и фармакологического сопровождения.

Реабилитация пациентов начиналась с предоперационной подготовки. Она включала в себя: обучение дыхательной гимнастике, рефлексотерапию, кинезитерапию, обучение некоторым бытовым навыкам, позволяющим после операции облегчить работу среднего и младшего медицинского персонала.

Физиотерапевтическое лечение включало следующие методы: анальгетический — использовался аппарат «Амплипульс-5», миостимулирующий — использовался аппарат «Стимул-1», сосудорасширяющий — использовался аппарат ПОЛЮС-1, ионотимулирующий — использовался аппарат Биоптрон 2.

Занятия лечебной физической культурой в послеоперационном периоде на стационарном этапе имели ряд особенностей. Первые 1-2 дня пациенты выполняли идеомоторные упражнения и изометрические напряжения мышц оперированной и здоровой нижней конечности. Последующие 10 дней пациенты выполняли движения в суставах здоровой конечности и в смежных суставах оперированной конечности. Длительность занятий составляла 30 мин., курсом 10 занятий.

Массаж, который проводился пациентам с внутрисуставными переломами коленного сустава в послеоперационном периоде, подразделялся на два этапа: подготовительный и основной. Подготовительный массаж (3-5 сеансов) проводился на смежных сегментах оперированной конечности: стопа, голеностопный сустав, голень, тазобедренный сустав и ягодичные мышцы. Основной массаж (5-7 сеансов) выполнялся в области коленного сустава. Продолжительность процедуры — 15 минут ежедневно, курс лечения — 10 процедур.

Основные задачи фармакологического сопровождения реабилитационного процесса пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава в послеоперационном периоде заключались в следующем: нормализация сосудистых расстройств, коррекция неврологических нарушений, купирование болевого синдрома, антибиотикопрофилактика воспалительных процессов, профилактика развития гетеротопических оссификатов, коррекция психосоматических изменений.

Результаты

Результаты исследования качества жизни представлены в таблице 1.



Выводы

В результате анализа и статистической обработки полученных данных установлено, что качество жизни 30 пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава повышается после полученного лечения. Это подтверждается результатами по всем 8 шкалам опросника MOS SF-36. Показана эффективность предложенного оптимизированного комплекса мероприятий восстановительного лечения для этих пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ledaye J., Lokietek W., Geclodet Ph., Delefortrie G., De Nayer P., Rombouts J.J., Vinsent A. Quatre annees d'application de la technique d'llizarov // Acta orthopaed, belg. — 2002, 54, № 3. — P. 335-347.

2. Соколов В.А. Оперативное лечение переломов дистального отдела бедра у пострадавших с сочетанной и множественной травмой / В.А. Соколов, Е.И. Бялик, А.Т. Такиев, О.И. Бояршинова // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2004. — № 1. — С. 20-26.

3. Витюгов И.А. Оперативное лечение посттравматического деформирующего артроза коленного сустава / И.А. Витюгов, В.С. Степанов // Ортопед. травматол. — 1979. — № 7. — С. 7-12.

4. Шелухин Н.И. Особенности дифференциальной диагностики и тактики лечения больных с переломами мыщелков бедренной и большеберцовой костей / Н.И. Шелухин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1998. — № 6. — С. 63-65.

5. Шелухин Н.И. Сравнительная оценка результатов лечения переломов мыщелков бедренной и большеберцовой костей различными способами / Н.И. Шелухин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 1992. — № 4-6. — С. 202-206.

6. Нигматуллин К.К. Чрескостный остеосинтез при лечении переломов в области коленного сустава / К.К. Нигматуллин // Гений ортопедии. — 1996. — № 1. — С. 71-73.

7. Volpin G. Degenerative Arthritis after Intra-Articular Fractures of the Knee. Long-Term Results / G. Volpin, G.S.E. Dowd, A. Stein // J. Bone Joint Surg. — 1990. — V. 72B (4). — P. 634-638.

8. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994.

9. McHorney C.A., Ware J.E. Jr., Lu J.F.R. et al. The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling.

10. Stewart A.L., Greenfield S., Hays R.D. et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. JAMA 1989; 262:907-913.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Перед тем как отправить статью в редакцию журнала «Практическая медицина», проверьте:

- Направляете ли Вы отсканированное рекомендательное письмо учреждения, заверенное ответственным лицом (проректор, зав. кафедрой, научный руководитель).
- Текст статьи должен быть в формате .doc, но не .docx.
- Резюме 8-10 строк на русском и английском языках должно отражать полученные результаты, но не актуальность проблемы.
- Рисунки должны быть черно-белыми, цифры и текст на рисунках не менее 12-го кегля, в таблицах не должны дублироваться данные, приводимые в тексте статьи.
- Цитирование литературных источников в статье и оформление списка литературы должно соответствовать требованиям редакции.

Журнал «Практическая медицина» включен Президиумом ВАК в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук.