

пострадавшего с сочетанными повреждениями, а у 25 % стационарных пациентов с этой патологией допускаются серьезные диагностические и тактические ошибки.

В нашем исследовании проведен анализ данных историй болезни 183 пострадавших с политравмами, поступивших в клинику с 2004 по 2007 гг. Средний возраст составил $42,4 \pm 1,2$ года. Средний срок поступления в клинику — $65,7 \pm 1,8$ мин. Тяжесть повреждений была $9,6 \pm 0,5$ балла по шкале ВПХ-П, тяжесть состояния $27,4 \pm 0,7$ балла по шкале ВПХ-СП. Повреждение двух областей тела встречалось в 25,1 % случаев; трех — в 33,3 %, четырех — в 26,5 %, пяти — в 11,9 %, шести — в 3,2 %. Тяжелая травма груди, как ведущее повреждение, встречалась в 26,9 %. Летальность по массиву составила 32,8 %.

Пострадавшим исследуемого массива было выполнено 632 оперативных вмешательства. На груди выполнено 88 (13,8 %) операций. Из них по неотложным показаниям произведено 32 оперативных вмешательства (29,0 % от всех неотложных операций): при напряженном пневмотораксе (24) и напряженной эмфиземе средостения (1), большом гемотораксе (5) и продолжающемся внутриплевральном кровотечении (1). В срочном порядке выполнено 26 (33,8 %), из них — операций при закрытом пневмотораксе (17) и среднем гемотораксе (9). Большой удельный вес составили различные отсроченные оперативные вмешательства, выполненные для стабилизации реберного клапана (10), для устранения рецидивирующего пневмоторакса и гемоторакса (15), для удаления свернувшегося гемоторакса (5 — все видеоторакоскопии). В структуре всех отсроченных операций операции на груди выполнялись в 10,2 %. Плановые оперативные вмешательства при повреждениях груди не выполнялись.

При одновременном возникновении показаний к выполнению нескольких неотложных операций у одного пострадавшего — сначала выполнялось дренирование плевральных полостей при напряженном пневмотораксе или большом гемотораксе на фоне подготовки к лапаротомии и временной остановки наружного кровотечения из поврежденных областей тела. При одновременном возникновении показаний к выполнению нескольких срочных операций у одного пострадавшего — сначала выполняется дренирование плевральных полостей при закрытом пневмотораксе или среднем гемотораксе (это важно для предупреждения рецидива пневмоторакса при повышении альвеолярного давления в легких на фоне ИВЛ). При одновременном возникновении показаний к выполнению нескольких отсроченных операций сначала выполнялась фиксация реберного клапана при выраженной нестабильности грудной стенки, не устраняемой ИВЛ.

С.О. Давыдов, О.А. Кошкин, Е.Б. Кожина, Т.Л. Боровская

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА КИНЕЗИТЕРАПИИ КАК МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Медицинский центр «Академия Здоровья» (Чита)

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника относятся к хроническим заболеваниям, часто ведущим к ограничению активности лиц трудоспособного возраста. В современном мире данная патология является наиболее частым заболеванием, поражающим до 90 — 97 % взрослого населения. По данным ряда исследователей, до 90 % радикулопатий обусловлено грыжами межпозвонковых дисков. Поэтому, одним из наиболее значимых проявлений процесса дегенерации является формирование грыжи межпозвонкового диска, и более чем в 80 % случаев патология выявляется в поясничном отделе. Как правило, пациенты, страдающие болями в спине — это активно работающие люди. Значительная продолжительность заболевания, клинические проявления в виде невозможности трудиться, обслуживать себя, невысокая эффективность существующих методов лечения — все это ведет к колоссальным затратам на лечение данной патологии и порой заканчивается инвалидизацией.

Цель лучевых диагностических исследований: оценить преимущества раннего реабилитационного лечения пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника методом кинезитерапии. За время работы, обследуя больных перед началом курса реабилитации и после прохождения нескольких курсов, мы пришли к выводу, что методика кинезитерапии является альтернативной для восстановления трудоспособности.

Нами обследовано с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии 53 пациента. Исследование проводилось с помощью магнитно-резонансного томографа I-Open 0,36 Тсл (Китай), мультиспирального компьютерного томографа (Aquilion-32 Toshiba Япония). Установлено что преимущественное поражение, приводящее к утрате трудоспособности и причиняющее страдание больным, было поражение поясничного отдела позвоночника у 35 человек, шейного отдела позвоночника — у 18 человек. У 5 человек были выявлены секвестрирующие грыжи, пролабирующие в просвет

позвоночного канала с компрессией корешков и выраженной потерей гидрофильности межпозвоночных дисков. У 29 пациентов выявленные экструзии межпозвоночных дисков были парамедианными и фораминальными.

В ходе реабилитационных курсов, после прохождения 12–36 сеансов кинезотерапии, секвестрирующие фрагменты грыж поясничного отдела позвоночника лизировались у 3 человек, размеры экструзий уменьшились на 2–3 мм. При проведении компьютерной томографии и измерении плотности межпозвоночных дисков отмечалось повышение их гидрофильности на 10–20 %. При обследовании пациентов с поражением шейного отдела позвоночника выявлено, что размеры экструзий уменьшились на 10 %, что привело к уменьшению клинических проявлений (корешковых симптомов). Болевой синдром исчез у 91 % пациентов.

Таким образом, метод реабилитации кинезотерапией позволяет ускорить восстановление трудоспособности пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника без применения оперативного вмешательства и предотвращает инвалидизацию.

С.О. Давыдов, О.А. Кошкин, А.С. Брянцев, Е.Б. Кожина

АКТИВНАЯ КИНЕЗИТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Медицинский центр «Академия Здоровья» (Чита)

Известно, что эндопротезирование тазобедренного, коленного суставов по поводу заболеваний и последствий травм является одной из наиболее успешных и экономически эффективных операций, улучшающих качество жизни пациентов. Этот метод широко распространен и в России. Однако в силу организационных причин, большинство хирургических стационаров, занимающихся эндопротезированием, не имеют возможности для проведения полноценных послеоперационных реабилитационных мероприятий. Как правило, больные вынуждены самостоятельно восстанавливать функцию проблемного сустава, руководствуясь лишь рекомендациями лечащего врача при выписке.

Цель исследования: оценить преимущества раннего реабилитационного лечения пациентов методом кинезотерапии при эндопротезировании крупных суставов.

Открытый в 2009 г. в г. Чите реабилитационный центр кинезотерапии взял на себя организацию реабилитации пациентов после эндопротезирования коленного, тазобедренного суставов в Забайкальском крае. Мы пришли к выводу, что реабилитация пациентов должна начинаться в предоперационном периоде методом кинезотерапии, так как за время развития заболевания, помимо разрушения костно-хрящевых элементов сустава, происходит изменение окружающих его мышц. За 1 месяц до операции пациенты начинают лечение активной кинезотерапией. Лечение проводится в лечебно-тренажерном зале, зале суставной гимнастики, с применением сауны по индивидуальной программе. Учитывается физическое состояние каждого пациента, наличие сопутствующих заболеваний, производится коррекция программы в сторону ее упрощения или усложнения. Используются специальные тренажеры узлокального и многофункционального действия с обязательным применением ряда вспомогательных естественных процедур — криотерапии, гидротермотерапии, диафрагмального дыхания и партерной гимнастики. Предоперационный этап кинезотерапии позволяет быстро и безболезненно адаптировать пациента к послеоперационному периоду. Реабилитация после операции начинается с момента появления чувствительности в конечностях (операция проводится под спинномозговой, спиноэпидуральной анестезией) при адекватном обезболивании. Назначается изометрическая гимнастика конечностей (сгибание-разгибание стоп, последовательное напряжение мышц голени, бедер, ягодиц), дыхательная гимнастика. На 2-е сутки пациенты обучаются правильно садиться в постели, опуская ноги на пол, и, если позволяет самочувствие, передвигаться с помощью костылей. Как правило, на 3-и сутки все пациенты самостоятельно обслуживают себя. На 10-е сутки после снятия операционных швов пациенты выписываются на реабилитационное лечение в центр кинезотерапии.

Учитывая предоперационную подготовку в лечебно-тренажерном зале, пациентов не пугает работа на тренажерах. Выполнение реабилитационной программы на многофункциональном тренажере С.М. Бубновского и современных тренажерах узлокального действия позволяет проводить тонкую дозировку и дифференцирование мышечных сокращений с последующим обязательным расслаблением. Простые движения ногами, так называемые облегченные или щадящие, к сожалению, не вызывают механизма сокращения, а способствуют лишь общей нагрузке на связочный аппарат оперированной конечности, что с нашей точки зрения, не может привести к нужным опорно-двигательным результатам. Это, безусловно, лучше, чем ничего, но задача реабилитации после тотального эндопротезирования