

ВЫВОДЫ

Наши наблюдения позволяют сделать вывод о целесообразности применения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение нарушений и восстановление двигательных функций у больных после тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

В.И. Айдаров, И.О. Панков, И.В. Рябчиков

НАШ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

*ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» Научно-практический центр
Министерства здравоохранения Республики Татарстан (Казань)*

ВВЕДЕНИЕ

Принимая во внимание особенности пациентов с двигательными нарушениями, возникшими вследствие реконструктивно-восстановительных операций области коленного сустава, мы решили не только расширить комплекс консервативных методов лечения, но и пересмотреть саму концепцию реабилитации травматологических больных.

Цель исследования: создание алгоритма реабилитационной программы, включающей комплекс мероприятий (преимущественно немедикаментозных), направленных на создание максимальных условий для регенеративных процессов в месте перелома и на предупреждение и лечение осложнений.

МАТЕРИАЛЫ

Исследование проводилось в период с 2005 по 2010 гг. в условиях Научно-практического центра травмы Государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан. Объект исследования – 40 пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные операции на коленном суставе.

МЕТОДЫ

Применялись следующие немедикаментозные методы реабилитационного кластера и оснащение: мануальная терапия; механотерапия; хладотерапия; электромиостимуляция (патент РФ № 2154506); рефлексотерапия; массаж ручной; пневмомассаж; психотерапия (соматосенсорный тренинг «Адаптивная методика. Универсальные технологии»), выборочное психологическое тестирование; средства лечебной физкультуры; столик медицинский прикроватный (патент РФ № 2321384).

Реабилитация больных после операции проводилась соответственно принципу «ранняя функция, поздняя нагрузка» по отработанной в клинике схеме, включающей пассивные и активные движения в оперированной конечности, подъем и спуск по лестнице, правила пользования костылями, сидение в кресле, кровати, дозированной нагрузке на оперированную конечность и т.д.

С целью профилактики ранних послеоперационных осложнений, с 1–2-го дня после операции осуществлялась электростимуляция синусоидально-модулированными токами по разработанной нами методике (патент РФ № 2154506).

Неинвазивная терапия, направленная в первую очередь на нормализацию функционального состояния ЦНС, снижение активности симпатoadренальной системы позволяет воздействовать на нейротрофические процессы и оказывать влияние на вегетативно-ирритационный синдром.

Для облегчения обслуживания пациентов, особенно с тяжелыми множественными повреждениями костей конечностей нами разработано устройство (патент РФ № 2321384 «Столик медицинский прикроватный»). Конструктивные особенности «Столика медицинского прикроватного» учитывают большую часть потребностей пациента и здорового человека в самообслуживании с целью достижения максимального комфорта и повышения уровня качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдения пациентов на отдаленных сроках – 4 года и более – убедительно свидетельствуют об отличных (56,3 %) и хороших (32 %) результатах лечения.

ВЫВОДЫ

Наши наблюдения позволяют сделать заключение о целесообразности созданного алгоритма реабилитационной программы, включающей комплекс мероприятий, направленных на создание

максимальных условий для репаративных процессов в месте оперативного вмешательства, на предупреждение и лечение осложнений в рамках индивидуализированной программы реабилитации.

В.В. Алексеевнина, А.А. Лебедь, О.С. Олифирова, В.А. Фигурнов, А.А. Брегадзе, Е.В. Фигурнова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕТЕРОГЕННОГО ФИБРИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩИХ РАН И ЯЗВ

Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)

Цель исследования — оценить результаты использования гетерогенного фибрина в лечении больных с длительно существующими ранами и язвами мягких тканей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Порошок нативного фибрина, выделенный из сгустка крови домашней свиньи (патент № 201619), применяли в фазу регенерации после очищения ран и язв от некротических тканей. На раневую поверхность после обработки антисептиком наносили слой порошка гетерогенного фибрина слоем 2–3 мм, поверх которого накладывали марлевую салфетку. Перевязки выполняли через 1–2 дня.

Проведен анализ лечения 16 больных с длительно существующими ранами кожи и подкожной клетчатки в результате термического поражения (9), заболеваний вен (4) и артерий (3). Из них — 6 женщин и 10 мужчин в возрасте от 45 до 65 лет. Длительность течения раневого процесса была от 1 до 14 месяцев. В среднем площадь раневой поверхности составляла $136,3 \pm 1,3$ см². Результаты применения гетерогенного фибрина оценивали в основной группе из 16 больных и 10 больных из группы клинического сравнения, которым проводилось традиционное лечение (мазь Левомеколь). В качестве критериев течения раневого процесса использовали клинический, планиметрический, бактериологический, цитологический методы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Гетерогенный фибрин использовали для самостоятельной эпителизации длительно существующих ран и язв (7); подготовки к аутодермопластике (6); лечения остаточных ран после аутодермопластики (3). После применения гетерогенного фибрина все пациенты чувствовали себя удовлетворительно. Каких-либо неприятных ощущений, связанных с использованием гетерогенного фибрина, больные основной группы не испытывали. Температура тела не повышалась. В клинических анализах крови воспалительных изменений не отмечено. Исходно микробная обсемененность длительно незаживающих ран у больных основной группы и группы клинического сравнения была примерно одинаковой и не превышала 10^5 м.т. на 1 см² раневой поверхности. В обеих группах монокультура составляла 47–48 % преимущественно в виде *S. aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus vulgaris*, *P. Aeruginosa*. После использования гетерогенного фибрина у больных основной группы наблюдалась более активная краевая и островковая эпителизация ран, чем в группе клинического сравнения. К 7–9-м суткам применения гетерогенного фибрина у всех больных основной группы отмечен регенераторный тип цитограмм, что сопровождалось снижением количества нейтрофилов и ростом числа зрелых фибробластов по сравнению с группой клинического сравнения. В то время как у больных группы клинического сравнения сохранялся воспалительно-регенераторный тип цитограмм. На 12-е сутки раневая поверхность у пациентов основной группы уменьшилась на 63,4 % от исходной, а в группе клинического сравнения — только на 37,8 %. Эпителизация раневой поверхности в основной группе (7) произошла на $17,2 \pm 2,2$ сут., а в группе клинического сравнения — $28,7 \pm 1,7$ сут. Применение гетерогенного фибрина у 6 больных позволило сократить раневую поверхность на 31,3 % и за счет этого уменьшить размеры кожного трансплантата для аутодермопластики. У трех больных гетерогенный фибрин был использован для эпителизации остаточных ран после аутодермопластики. Сроки лечения больных основной группы уменьшились в 1,5 раза по сравнению с группой клинического сравнения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опыт применения гетерогенного фибрина в местном лечении длительно существующих ран и язв разного генеза в фазе регенерации показал эффективность и перспективность гетерогенного фибрина для дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику.