

пассивным движением (аппараты ARTROMOT®) в сочетании с местным накожным применением препарата «Ревма-гель». Результаты оценивались по шкале KOOS (The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score). Оценивались показатели: боль (P), симптомы (S), ежедневная активность (A), спортивная активность (SP), качество жизни (LQ), общий нормализованный показатель.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентов в основной группе изначальный диапазон движений от 11 до 52° постепенно увеличивался отрезками по 5—7°. Курс восстановительного лечения в отделении восстановительного лечения составил 17 дней — объем движения в 90° полностью достигнут у 10 пациентов. 5 пациентов прошли дополнительный курс восстановительного лечения в отделении амбулаторного восстановительного лечения. Пациенты контрольной группы достигли объема движений в 90° в течение 2—2,5 месяцев. По шкале KOOS (The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) пациенты в основной группе показали лучшие результаты по показателям P, S и A по сравнению с контрольной группой.

ВЫВОДЫ

Препарат «Ревма-гель» может использоваться в качестве одного из компонентов медикаментозного сопровождения реабилитационного процесса пациентов с сочетанной травмой — переломы области коленного сустава и травмы головного мозга — в восстановительном периоде. Ведется дальнейшая работа на данном научно-исследовательском направлении.

Е.Н. Рябчикова, И.В. Рябчиков, И.О. Панков, В.И. Айдаров

СОМАТОСЕНСОРНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

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

ВВЕДЕНИЕ

На основании имеющихся в мировой литературе данных авторами была выявлена потребность в создании комплекса мероприятий, включающего в себя элементы превентивной медицины: лечебная гимнастика, кинезитерапия, механотерапия, физиотерапевтические мероприятия, а также элементы социальной и психологической реабилитации.

Цель: определить качество жизни, обусловленное здоровьем, пациентов с сочетанной травмой — переломы области коленного сустава и травмы головного мозга — в восстановительном периоде до и после курса комплексного восстановительного лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В лаборатории реабилитации ГУ Научно-исследовательский центр Татарстана «Восстановительная травматология и ортопедия» с 1996 г. разрабатывался и был внедрен в 2001 г. тренинг «Адаптивная методика. Универсальные технологии» по комплексному психотерапевтическому сопровождению пациента до и после операции чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации переломов области коленного сустава. Целью данной технологии является психофизиологическая коррекция, социальная реабилитация, а также повышение нервно-психической устойчивости и мотивации к самооздоровлению. Объект исследования — 20 пациентов с внутрисуставными переломами области коленного сустава, прошедших оперативное лечение в НПЦТ ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ. Исследование проводилось в 2009—2011 гг. Предмет исследования — качество жизни пациентов, обусловленное здоровьем. Все 20 пациентов прошли курс тренинга «Адаптивная методика. Универсальные технологии» по комплексному психотерапевтическому сопровождению пациента до и после операции чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации переломов области коленного сустава.

В качестве инструмента для оценки качества жизни нами использовался общий опросник MOS 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36), разработанный A.L. Stewart, R. Hays, J.E. Ware and RAND Corporation.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные данные свидетельствуют о том ($p < 0,05$), что общее состояние здоровья (General Health 77,3), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-physical Functioning 87,5), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-emotional Func-

tioning 80,2), жизненная активность (Vitalty 72) и психическое здоровье (Mental Health 78,4) пациентов после курса восстановительного лечения достоверно выше изначальных показателей (General Health 66,7, Role-physical Functioning 70, Role-emotional Functioning 71,8, Vitalty 67,8, Mental Health 74,8).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что качество жизни, обусловленное здоровьем, 20 пациентов с внутрисуставными переломами области коленного сустава, прошедших оперативное лечение в НПЦТ ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ и курс тренинга «Адаптивная методика. Универсальные технологии», повышается после курса восстановительного лечения, несмотря на то, что статистически значимые результаты ($p < 0,05$) получены только по шести из восьми шкал опросника. Авторами показана целесообразность дальнейшей разработки и внедрения комплекса лечебных, реабилитационных и организационно-методических мероприятий, проводимых для улучшения качества жизни, обусловленного здоровьем, пациентов с внутрисуставными переломами области коленного сустава.

В.И. Семенников, М. Тактак, Н.В. Семенникова

КЛИНИКО-БИОМЕХАНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФИКСАЦИИ СПИЦЕЙ КИРШНЕРА ПО В.В. ДОНСКОМУ

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

Цель работы — оптимизация фиксации отломков нижней челюсти ортопедо-хирургического способа спицей Киршнера.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ фиксирующих качеств спицы Киршнера с использованием механико-математического метода, электротезометрии, конечных элементов. В клинике определены технические особенности методики применения с использованием анатомии нижней челюсти, рентгенографии, показателях осложнений 179 пациентов с переломами нижней челюсти в области угла и тела.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные биомеханических исследований показали, что прочность и стабильность фиксации возрастает с увеличением площади контакта фиксатора и кости, жесткости самой спицы и величины изгибных напряжений, развивающихся в плоскости перелома при функциональной нагрузке. Поэтому, рациональным является улучшение фиксации за счет введения спицы в компактный слой кости на глубину до 2 см, устранение вращающего и растягивающего моментов по предложенной нами методике (патент РФ № 29461). Результаты исследования на скелетированных челюстях с частичной адентией показали, что средние размеры толщины компактной пластинки в области угла и тела нижней челюсти до уровня первого моляра равны $3,5 \pm 0,3$ мм. Нижнечелюстной канал располагается ближе к язычной поверхности. Расстояние от края альвеолярного отростка до канала — $1,5 \pm 0,3$ см. В области ментального отдела происходит уменьшение толщины компактной пластинки, а расстояние до нижнечелюстного канала снижается до 2–3 мм. При диаметре спиц 1,5 мм толщина вестибулярной компактной пластинки челюсти позволяет без осложнений закрепить фиксатор в кости, вводя его на глубину до 2 см. На рентгенограммах нижней челюсти в прямой проекции спица располагается в костном отломке, изгибаясь в вертикальном и горизонтальном направлениях. Первый изгиб образуется при введении спицы в кость под углом $35-60^\circ$, по выходе из компактной пластинки с вестибулярной стороны спица изгибается по горизонтали для закрепления ее к зубам. Это позволяет обеспечить компрессию отломков и фиксацию их во всех плоскостях. При анализе рентгенограмм, выполненных в боковых проекциях при переломах в ментальном отделе, в 15 случаях спица располагалась ниже уровня нижнечелюстного канала, что создавало впечатление повреждения нижнечелюстного нерва. Поэтому для уточнения локализации спицы относительно нижнечелюстного канала была применена рентгенография в прикус. Установлено, что спица располагалась в наружной компактной пластинке. С целью избегания дополнительного инфицирования щели перелома в отличие от автора мы вводим спицу, отступая от края отломка на 1–1,5 см.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложенные варианты техники выполнения остеосинтеза обеспечивает условия функциональной стабильности отломков на весь период консолидации отломков.