

выполнение корригирующих остеотомий, что позволяет улучшить возможность самообслуживания больного, а также предотвратить рецидив деформации лучезапястного сустава после ранее проведенного оперативного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Раннее начало консервативного лечения деформаций верхних конечностей у больных с артрогрипозом позволяет уменьшить объем, а в ряде случаев и необходимость выполнения операций. При лечении данного контингента больных необходимо оценивать функцию всей конечности в целом, а не каждого сегмента в отдельности, а также учитывать компенсаторно-приспособительные механизмы больного при совершении того или иного движения. Своевременное начало оперативного лечения, рациональное планирование этапности и тактики хирургических вмешательств, грамотное ортезирование и последующее диспансерное наблюдение, позволяют восстановить возможность самообслуживания больных и улучшить косметический вид конечности.

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

УСТРОЙСТВО ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ УКОРОЧЕНИЯ И УДЕРЖАНИЯ СТОПЫ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

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

ВВЕДЕНИЕ

Одним из частых осложнений после наложения спице-стержневых аппаратов внешней фиксации при различных травмах и заболеваниях нижней конечности (в частности, при укорочении сегмента нижней конечности) является развитие эквинусной деформации стопы.

Цель: разработка устройства для компенсации укорочения конечности и удержания стопы в правильном положении, используемого начиная с раннего послеоперационного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было предложено устройство, позволяющее добиться улучшения исходов лечения, сокращения его сроков, повышения комфортности для больного и уменьшения осложнений: посттравматического плоскостопия, перекоса таза, развития компенсаторного сколиоза (патент РФ № 2294178).

Устройство содержит основание, супинационную стельку и эластичные тяги для крепления к аппарату внешней фиксации. На основании установлены вертикально и жестко закреплены в нем, резьбовые направляющие штыри, один из которых расположен у края посередине короткой стороны основания, а два других — по углам вдоль второй короткой стороны. На штырях размещены распорки, количество которых подбирается таким образом, чтобы суммарная высота соответствовала величине компенсируемого укорочения конечности. Блок чувствительного элемента состоит из подложки, по центру которой закреплен тензодатчик, и пластинчатой пружины изгиба прямоугольной формы. Тензодатчик и пластинчатая пружина соединены между собой отогнутыми лапками подложки. Супинационная стелька состоит из жесткой пластины с элементами крепления к ноге и тремя вертикальными выступами по трем сторонам для крепления эластичных тяг, и собственно супинационной стельки. При этом супинационная стелька зафиксирована на штырях гайками, с возможностью возвратно-поступательных движений, без напряжения пружины изгиба. Пластинчатые пружины имеют по своим коротким сторонам овальные пазы под направляющие штыри, ориентированные вдоль их длинных сторон, обеспечивающие полное распрямление пружины под нагрузкой.

Стоподержатель имеет набор тарированных пластинчатых пружин, рассчитанных для использования в различные послеоперационные периоды. Тензодатчик посредством преобразователя сигнала соединен с наушником. Наборные распорки устанавливаются на штырях, устраняют перекос таза, а высота их подбирается и соответствует величине компенсируемого укорочения конечности. Наличие блока чувствительного элемента, позволяет дозировать нагрузку на конечность подбором соответствующей пружины и извещать больного о превышении нагрузки на оперированную конечность.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Данное устройство, выполненное в единственном пилотном экземпляре, успешно использовалось в отделениях травматологии и ортопедии при различных травмах и заболеваниях нижней конечности после чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации в течение двух лет.

ВЫВОДЫ

В результате использования предложенного стоподержателя улучшаются исходы лечения, сокращаются его сроки более чем на 20 %, уменьшаются осложнения, повышается комфортность, что приводит к улучшению качества жизни оперируемых пациентов.

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

НАШ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

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

ВВЕДЕНИЕ

Эндопротезирование на данном этапе развития травматологии и ортопедии является, бесспорно, самым эффективным способом восстановления функции крупных суставов конечностей. Однако в послеоперационном периоде все чаще приходится сталкиваться с досадной, но ожидаемой задержкой реабилитации пациента. Причиной задержки является постоянный спутник хирургической интервенции — боль. Несмотря на то, что основной источник боли — пораженный сустав — удален, патологически измененные параартикулярные ткани формируют устойчивый болевой синдром.

Цель: внедрение комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение нарушений и восстановление двигательных функций у больных после тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

ЗАДАЧИ

1. Разработка содержания предоперационной подготовки пациента к послеоперационным занятиям.
2. Восстановление динамических (сила, выносливость) и кинематических (пространственно-временных) характеристик, двигательной функции оперированной конечности и других звеньев единой кинематической цепи организма.

МАТЕРИАЛЫ

Объект исследования — 588 пациентов, планируемых на операцию тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов в ГАОУЗ «Республиканская клиническая больница» Научно-практическом центре Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Исследование проводилось в период с 2005 по 2010 гг. Средний возраст пациентов составил 56,3 года. В исследуемой группе было 192 мужчины, 398 женщин.

МЕТОДЫ

Использовались следующие методы: мануальная терапия; механотерапия; хладотерапия; электромиостимуляция (патент РФ № 2154506); рефлексотерапия; массаж ручной; пневмобаромассаж; психотерапия; фонофорез лидазы (патент РФ № 2131280); лечебная физкультура.

В Государственном автономном учреждении здравоохранения «Республиканская клиническая больница» Научно-практическом центре Министерства здравоохранения Республики Татарстан разработан и применяется комплексный подход реабилитационного ведения пациентов, включающий предоперационную подготовку, операционное анестезиологическое обеспечение, а также послеоперационное ведение пациентов с продолжением элементов анестезии.

Нами применяется комбинированная спинально перидуральная анестезия, обеспечивающая адекватную анестезию в сочетании с минимальным воздействием на организм. Пункция субарахноидального пространства и катетеризация эпидурального пространства проводится по общепринятой методике с использованием одноразового оборудования AESPOCAN (B. BRAUN).

Операция проводится под спинальным обезболиванием с использованием *Sol. Marcaini 0,5% spinal* в возрастной дозировке. В раннем послеоперационном периоде проводится эпидуральное обезбоживание с использованием *Sol. Naropini 0,5%*, что дает возможность врачу-реабилитологу успешно вести пациента в раннем послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдения пациентов на отдаленных сроках — 5 лет и более — убедительно свидетельствуют об отличных (76 %) и хороших (20 %) результатах лечения.