

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ НДІ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ПРОБЛЕМ ІНВАЛІДНОСТІ

ІННОВАЦІЙНІ ДІАГНОСТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІЙ ЕКСПЕРТИЗИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ



2020.02.28 09:14

manufacture in view of anatomical and functional features of foot stumps depending on a level of amputation. Results of a prosthetic management were evaluated on a clinical condition of a stump, biomechanical indexes of statics and walking, comfort, physical activity of patients.

УДК 616-007.286.7:616-08-039.73

Ю.О. Безсмертний

Український державний НДІ реабілітації інвалідів, м. Вінниця

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З МІСЦЕВИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ В АМПУТАЦІЙНИХ КУКСАХ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Біль є одним із найрозповсюджениших клінічних симптомів, який значно утруднює медичну реабілітацію хворих з ампутаційними куксами нижніх кінцівок. У численних роботах (В.Г. Санін, Н.Г. Никоненко, 1971; М.И. Хохол, 1972; В.А. Кудряцев, 1984; О.М. Головчанський, 1998) наводяться класифікації больового синдрому, його патогенез, клініка, методи консервативного та хірургічного лікування. Однак, якщо походження фантомного больового синдрому в основному вивчено, то відносно місцевого болю такої ясності немає. В основному його розвиток пов'язують з кінцевою невромою, висхідним невритом, місцевим запальним процесом. Як свідчить клінічна практика, перераховані фактори відіграють певну роль у розвитку місцевого больового синдрому, але вони не завжди можуть пояснити походження деяких маловідомих і невідомих його форм.

Мета дослідження – на основі аналізу причин розвитку деяких форм місцевого больового синдрому вивчити напрямки медичної реабілітації хворих з ампутаційними куксами нижніх кінцівок.

Обстеження 795 хворих з ампутаційними куксами нижніх кінцівок, дозволило виявити нам, крім відомих форм, чотири раніше не описані форми місцевого болю: остеоміодистрофічний синдром, синдром кукси малогомілкової кістки, хронічний компартмент синдром, тунельні нейропатії кукс нижніх кінцівок. Всім хворим крім клінічного обстеження визначали інтенсивність больового синдрому за ВАШ та показниками баростезіометрії, оцінювали атрофію м'яких тканин, вимірювали внутрішньокістковий та підфасціальний тиск, напругу кисню в м'яких тканинах, проводили неінвазивну спектрофотометрію, рентгенографію та морфологічне дослідження тканин кукс після реампутації.

Остеоміодистрофічний синдром діагностовано у 89 (11,2%) хворих. Він характеризувався як тупий, ниючий, викручуючий, холодний біль, що поглиблювався при фізичному навантаженні та зміні атмосферного тиску, без чіткої локалізації, але здебільшого охоплює ділянку торця кукси. Він супроводжувався вираженими дистрофічними змінами шкіри, м'яких тканин та

кістки. Остання характеризується витонченістю, патологічною перебудовою з незавершеним репаративним остеогенезом.

У 45 хворих (5,66%) з надмірною рухливістю залишку малогомілкової кістки, больовий синдром був обумовлений синдромом, названий нами синдромом кукси малогомілкової кістки. Суть його полягає в тому, що при пошкодженні міжкісткової мембрани виникає гіпермобільність кукси малогомілкової кістки, яка спричиняє порушення репаративної регенерації на її кінці, у вигляді дистрофії та патологічної перебудови, неврит малогомілкового нерва, бурсит на кінці кукси. Клінічно симптом проявляється болем та порушенням чутливості по зовнішній поверхні кукси, неможливістю користування протезом.

У 23 хворих (2,9%) із холодним розпираючим болем у куксі, який посилювався при помірному навантаженні чи користуванні протезом, діагностовано хронічний компартмент синдром. Різко підвищений підфасціальний тиск у фасціальном'язових футлярах гомілки обумовлював інтенсивний больовий синдром у куксі і сприяв розвитку локальних судинних та трофічних розладів.

Тунельні нейропатії кукс нижніх кінцівок діагностовано у 40 хворих (5,03%). Біль у цієї категорії хворих був пекучим, пронизуючим, супроводжувався парестезіями та іррадіював у зони іннервації ураженого нерва. Останні обумовлені безпосереднім стискуванням нервів у місцях їх поверхневого розташування або розтягуванням чи зацмеленням їх між щільними анатомічними утвореннями (м'язом, фасцією, кісткою). Одним із причинних факторів такого враження нервових стовбурів є травматизація їх внаслідок нераціонального протезування.

Хірургічне лікування, якому передувало тривале, безуспішне консервативне лікування, проведено 102 хворим. Обсяг оперативного втручання і його характер залежали від причини больового синдрому.

При стійкому остеоміодистрофічному синдромі проводили економну реампутацію з видаленням кінців дистрофічно змінених кісток та м'язів. Для профілактики рецидиву больового синдрому виконували щільне закриття отвору кістковомозкового каналу тонким кортикальним ауто трансплантатом і м'язову пластику з фізіологічним патягом м'язів. Чотирьом хворим зі значно підвищеним рівнем ВКТ проведено декомпресивну остеотрєпанацию кінця кукси, суть якої полягає в формуванні каналів у кортикальній пластинці кістки до кістковомозкового каналу.

Хворим з синдромом кукси малогомілкової кістки проводили стабілізацію попередньо вкороченої малогомілкової кістки шляхом вільної кісткової пластики з формуванням синостозу, або м'язової пластинки довгим малогомілковим м'язом.

При хронічному компартмент синдромі проводили реампутацію з фасціотомією, або фасціотомією з реваскуляризуючою остеотрєпанациєю.

При тунельних нейропатіях усували вадне положення кукси стопи й звільнення нерва від здавлення.

При лікуванні больового синдрому викликаного іншими причинами

(трофічні виразки, кістково-хрящові екзостози, бурсити, остеомієліт, болючі неврони) проводили загальноприйняті оперативні втручання.

Таким чином, проведені дослідження виявили неоднорідність у походженні та структурі місцевого болювого синдрому. Поглиблене вивчення його генезу дозволило виділити раніше не описані форми болю (остеоімодистрофічний синдром, синдром кукси малоомілкової кістки, тунельні нейропатії, хронічний компартмент синдром) та розробити напрямки медичної реабілітації.

SUMMARY

On examined 795 patients with lower extremity amputation stumps four new forms of the local pain were found and described: ostcomyodystrophic syndrome, chronic compartment syndrome, fibula stump syndrome, tunnel neuropathy. Based on the origin of clinical functional change cause medical rehabilitation trends accoeling to forms of local pain were elaborated.

УДК 616-036.867

Е.А. Пащенко, Е.В. Веснина

*Український НІІ протезування, протезостроєння і встановлення
трудоcпособности, г. Харків*

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА СОСТОЯНИЕ ИНВАЛИДОВ С ДЕФЕКТАМИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА МЕТОДАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

В последнее время в Украине регистрируется увеличение количества людей с патологией опорно-двигательного аппарата вследствие сосудистых заболеваний, бытового и производственного травматизма. Комплексная реабилитация больных с дефектами нижних конечностей – сложный и многоступенчатый процесс, состоящий из следующих компонентов: физиотерапевтического лечения, индивидуальных программ ЛФК, медикаментозного лечения (в случае необходимости). Достижение оптимальной эффективности реабилитационных мероприятий может быть осуществлено при всесторонней оценке имеющихся в организме функциональных резервов и определении способов полной их мобилизации.

За период с 2003 по 2004 год для 100 пациентов с дефектами нижних конечностей были разработаны индивидуальные реабилитационные программы, где ведущая роль принадлежала ЛФК. Планирование нагрузок при занятиях ЛФК сочеталось с исследованием механизмов адаптации больных к нагрузкам и их переносимости. Для рационального подбора комплексов ЛФК перед их назначением больных обследовали с помощью следующих функциональных методов: ЭКГ, велоэргометрия, реокардиография, реовазография, спирометрия. Физические упражнения были направлены на