

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПОЛИСТРУКТУРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Полиструктурные повреждения верхних конечностей, относятся к тяжелым травмам, преимущественно людей молодого возраста от 20 до 40 лет, которые в 45,9% случаях приводят к инвалидности, и требуют длительного, дифференцированного подхода к лечению.

Целью исследования было повышение эффективности медицинской реабилитации, снижение уровня инвалидности больных с полиструктурными повреждениями верхних конечностей.

Под наблюдением находились 107 больных и инвалидов с последствиями полиструктурных повреждений предплечья и кисти. Преобладали мужчины – 96 (89,7%). Производственные травмы имели место у 33 человек (30,8%), бытовые – у 74 (69,2%). Причинами травм в 26 случаях (24,3%) явились порезы стеклом или ножом, у 35 (32,7%) – повреждения возникли при работе с электроинструментами, у 7 (6,5%) вследствие сдавления и у 39 (36,5%) при других обстоятельствах. Инвалидами были признаны 57 (53,3%) пострадавших, из них II группа определена – 6 (5,6%) больным, III группа – 51 (47,7%).

Медицинская реабилитация (МР) исследуемой группы больных основывалась на следующих принципах: раннем начале, непрерывности, комплексности и формировании индивидуальных программ реабилитации.

Согласно этим принципам, она включала в себя следующие этапы: стационарный, амбулаторный, санаторно-курортный и домашний.

Стационарный этап проводился в отделении травматологии и ортопедии УкрГосНИИМСПИ и заключался в проведении реконструктивно-восстановительных вмешательств (корректирующая остеотомия, артрорезирующая резекция, артролиз, костная пластика; нейро-, тенорафия; тенолиз, невролиз; нейро- и тенопластика; сухожильно-мышечные транспозиции; дерматоластика), медикаментозной и физиофункциональной терапии. Физиофункциональная терапия проводилась до и после операции и включала в себя лечебную физкультуру, физиотерапию,

механотерапию. Механотерапия проводилась с помощью аппаратов для пассивной разработки конечностей Ortho-Motion Inc. (Канада) с электроотягой и программным обеспечением с целью устранения контрактур плечевого, локтевого, лучезапястного суставов и суставов кисти. Для каждой локализации использовались соответствующие аппараты.

Амбулаторный этап включал проведение медикаментозной, физиофункциональной, психотерапии, а также подготовку больных для проведения домашнего этапа реабилитации. Их обучали методам ЛФК, трудотерапии, разъясняли особенности лечебно-реабилитационного процесса.

Домашний этап заключался в восстановлении бытовых навыков, он являлся связующим звеном в комплексе восстановительных мероприятий.

Санаторно-курортный этап проводился преимущественно в условиях грязелечебниц.

Продолжительность МР, последовательность этапов, их частота зависела от степени выраженности функциональных нарушений.

При легких и умеренных функциональных нарушениях общий срок МР занимал около 4 месяцев.

При выраженных – срок МР занимал 4-8 месяцев.

При резко выраженных – 8-12 месяцев и более, пока не было достигнуто максимально возможное функциональное восстановление.

Проведение дифференцированной медицинской реабилитации больных и инвалидов с последствиями полиструктурных повреждений верхних конечностей позволило получить у 79,9% пострадавших положительные результаты.

Показатели инвалидности после проведенного лечения снизились на 42%.

Таким образом, комплексный подход к медицинской реабилитации позволяет снизить уровень инвалидности, улучшить функциональные результаты лечения и качество жизни больных с последствиями полиструктурных повреждений верхних конечностей.