



№ 2 (44) 2011

ВЕСТНИК

ВСЕРОССИЙСКОЙ ГИЛЬДИИ ПРОТЕЗИСТОВ-ОРТОПЕДОВ

ALL-RUSSIAN PROSTHETISTS & ORTHOPAEDISTS GUILD BULLETIN

ТЕМА НОМЕРА

ЛЕЧИМ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА: ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ И ЗАРУБЕЖНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ

4

НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ И ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Андриевская А.О.

9

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Гришаева Л.В., Буянков С.А., Алехина С.В.

18

БЛИЖАЙШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ДЦП

Корюков А.А., Ефремов А.М., Соболев А.В.

20

АБИЛИТАЦИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕФЕКТАМИ КИСТИ

Климон Н.Л., Корюков А.А., Лосева Н.Л., Старобина Е.М.

23

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ТРАВМОИДЫ. ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Соколов К.В., Берман А.М., Масленникова В.Г., Овчинников О.Д.

30

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАДИКУЛЯРНОГО СИНДРОМА, ВЫЗВАННОГО ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Игнатьев Е.И., Курченко С.Н., Мазуркевич Е.А., Нетелько Г.И., Шашко А.А., Дудин М.Г.

33

МЕТОД ОРТОТРАКЦИОННОЙ РЕЛАКСАЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

Умеренков В.А., Ступин Ф.П.

35

ОСТРЫЕ ПРОБЛЕМЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гуторов В.С., Никитина Е.В.

38

ИЗ ПРАКТИКИ

ОРТОПЕДО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В ЛПУ - ПОТРЕБНОСТЬ, ПРОДИКТОВАННАЯ ВРЕМЕНЕМ

Паршиков М.В., Горбунов В.И., Стеклов А.А., Мельник М.В., Никитин С.Е.

43

ОСОБЕННОСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОБУВИ ПРИ ЛИМФЕДЕМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Корюков А.А., Андриевская А.О., Яковлева О.С., Арафаилов В.Д.

51

ЕСЛИ СЛОМАЛСЯ ПРОТЕЗ

Арафаилов В.Д., Корюков А.А.

55



МЕЖДУНАРОДНЫЕ КОНТАКТЫ

СОВМЕСТНЫЕ СЕМИНАРЫ КОМПАНИЙ БЕТА (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ) И JOS AMERICA (ГОЛЛАНДИЯ) Дмитриев И.Э.	57
--	----

ДОСТУПНАЯ СРЕДА

РОЛЛОПАНДУС ОБЛЕГЧАЕТ ЖИЗНЬ ИНВАЛИДОВ	59
СТИЛЬНАЯ ОДЕЖДА И ОБУВЬ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ	60

ОБУЧЕНИЕ

ВНИМАНИЮ ДИРЕКТОРОВ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ	61
ОБЪЯВЛЕНИЕ ЦДПО	63
ФГУ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ЭКСПЕРТОВ ФМБА РОССИИ НА КАФЕДРЕ «ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, МСЭ, ПРОТЕЗИРОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ» 2011-2012 ГГ.	64

ОБМЕН МНЕНИЯМИ

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПРЕГОВ: КТО ПЕРВЫЙ? Дискуссия по поводу одной статьи	66
---	----

CONTENTS

	67
--	----

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ИМЕЮЩИХ ТРАВМОИДЫ. ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

К.В. Соколов, А.М. Берман, В.Г. Масленникова, О.Д. Овчинников

ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов
ФМБА России», Новокузнецк

В Российской Федерации ежегодно выполняется, в среднем, 28 ампутаций нижних конечностей на 100 тыс. населения в связи с травмами и заболеваниями периферических сосудов [1]. Реабилитация данной категории пациентов имеет важное социально-экономическое значение. Несмотря на постоянное совершенствование методов протезирования, культя нижней конечности как орган передвижения не может нести полноценную нагрузку, вследствие чего возникают новые патологические состояния, характерные только для культы. Среди пациентов после ампутации нижних конечностей 36% имеют проблемы с кожными покровами [6], в том числе это могут быть травмоиды или epidermoids cysts. Проблема известна давно. S.W. Levy [7] ссылается на источники, описывающие травмоиды: zur Verth, K.H. Vohwinkel (1927), Makai, Endre (1930), Yong (1951). Из отечественных авторов данный вопрос детально изучен А.С. Трубиным (1966) [5]. После ампутации бедра травмоиды встречаются в 10% случаев [4].

Основной причиной возникновения травмоида считают нерационально построенный протез или недостаточно подогнанную гильзу протеза [2, 3, 4]. Морфологическим субстратом травмоида является киста, образовавшаяся из эпидермиса и состоящая из гигантских клеток типа инородных тел [2, 4], осаднение и заращение устьев сальных и потовых желез [3]. S.W. Levy предполагает инвагинацию фрагментов кератина эпидермиса в глуболежащие слои кожи [7]. Вследствие постоянной травматизации кожи посадочным кольцом протеза количество кист увеличивается, возможно присоединение вторичной инфекции. Длительное воздействие травмирующего агента (посадочное кольцо протеза) ведет к атрофии всех элементов кожи [2, 3, 4]. К развитию травмоидов predisполагают: контрактура смежного сустава, мягкотканый валик над посадочным кольцом [4].

На современном этапе тактика лечения предусматривает: режим покоя, подгонку приемной гильзы [2, 3, 4], купирование воспалительного процесса [2, 4]. При рецидиве показано хирургическое вмешательство. Возможно как вскрытие [7], так и иссечение травмоида [2, 3, 4, 7]. После оперативного лечения следует изготовление нового протеза.

В настоящее время отсутствуют данные о распространенности травмоидов, эффективности консервативного и оперативного лечения у данной группы пациентов; существующую тактику лечения трудно считать оптимальной.

Цели и задачи. Изучить результаты консервативного и оперативного лечения у пациентов после ампутации нижних конечностей, имеющих травмоиды. Обосновать тактику лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с культями нижних конечностей вследствие травм, получавших лечение в клинике ФГУ «ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России» за период 2001-2009 гг. Пациенты разделены на 2 группы. В первую вошли больные, пролеченные консервативно, во вторую – получившие оперативное лечение.

При статистической обработке для показателей, характеризующих качественные признаки, указывались абсолютное число и относительная величина в процентах. Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот в двух независимых выборках использовался критерий χ^2 Пирсона с поправкой на малочисленность групп. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. За период 2001-2009 гг. в клинике проведено 2749 госпитализаций пациентов после ампутации нижних конечностей, получили лечение 1140 больных; из них мужчин – 80,3%, женщин – 19,7%. Средний возраст – 43 года (от 22 до 45). Количество больных после ампутации бедра было 355 (31%), голени – 363 (32%), голеней – 207 (18%). Травмоиды встретились в группах больных бедра – у 47 (4,1%) пациентов, голени – у 49 больных (4,2%), с культями двух голеней – у 1 больного. Всего 97 (8,5%) пациентов имели травмоиды. Все пациенты были мужского пола. Средний возраст пациентов составил 38 (от 22 до 45) лет. Средняя давность ампутации составила 6 (от 3 до 9) лет. Все пациенты работали и пользовались протезом в течение дня непрерывно или с перерывом 1-2 раза в день.

Характерна локализация травмоидов в области паховой складки, над местом прикрепления к тазу мышц приводящей группы. У пациентов после ампутации голени наиболее часто поражались наружная и внутренняя части подколенной области (в проекции сухожилий двуглавой мышцы бедра, полусухожильной и полуперепончатой мышц). Несколько реже страдали область внутренней поверхности мышечка большеберцовой кости, кожные покровы медиальнее и латеральнее надколенника. Большинство пациентов поступило в клинику с количеством узлов более трех, умеренно выраженными воспалительными явлениями и нагноением.

Консервативное лечение проведено 59 пациентам, что предусматривало отказ от пользования

Таблица 1
Результаты консервативного лечения пациентов с культи конечности, имеющих травмоиды

Исходы лечения	Единичный травмоид (число пациентов, %)	Множественные травмоиды: 3 и более (число пациентов, %)
Выздоровело	24 (100)	12 (34,3)
Рецидивы	0	23 (65,7)
Всего	24 (100)	35

Таблица 2
Результаты консервативного и оперативного лечения пациентов с культи конечностей, имеющих множественные травмоиды

Исходы лечения	Консервативное лечение (число пациентов, %)	Оперативное лечение (число пациентов, %)
Выздоровело	12 (34,3)	37 (66,1)
Рецидивы	23 (65,7)	19 (33,9)
Всего	35	56

протезно-ортопедическим изделием, последующее рациональное протезирование, физиотерапию, курс антибиотикотерапии. В данную группу вошли 24 человека, имеющие 1 травмоид и 35 человек с количеством элементов 3 и более. При наличии одного очага было достаточно проведенного курса консервативного лечения. При количестве травмоидов 3 и более рецидив возник у 23 человек (65,7%) (Табл. 1). Необходимо отметить, что рецидив возникал в течение недели после начала пользования протезом. Результаты консервативного лечения в сравниваемых группах различались статистически ($\chi^2 = 23,16$, $p < 0,001$).

Оперативное лечение проведено у 56 пациентов. В эту группу вошли больные после консервативного лечения – 23 человека, первично взятые для оперативного лечения – 33 человека. При выраженном воспалительном процессе осуществляли предоперационную подготовку, направленную на уменьшение воспаления (перевязки, физиопроцедуры, противовоспалительные препараты, антибиотики). Доступ планировали с учетом площади поражения кожных покровов, проекции посадочного кольца протеза. Потребность в широком иссечении кожи вызвала определенные трудности со сшиванием краев раны, менее выраженные в области паховой складки. Значительные трудности возникали при поражении задних отделов области коленного сустава. Тонкие кожные покровы, плотные фасциальные футляры не позволяли широко мобилизовать местные ткани. В связи с этим у 7 пациентов кожные покровы с поражением нескольких областей иссекали поэтапно, с интервалом 1-2 мес. Уменьшение натяжения добивались, используя положение сгибания в коленном суставе. Иммобилизацию коленного

сустава проводили до 3 недель. В течение второго полугодия после оперативного вмешательства у 19 пациентов возник рецидив. Всем 19 пациентам выполнено повторное иссечение травмоидов. Во всех случаях гнойный процесс был купирован. Результаты консервативного и оперативного лечения пациентов с множественными травмоидами статистически значимо различались ($p = 0,006$) (Табл. 2).

Клинический пример. Пациенту Ф. по поводу остеомиелита костей левой голени и стопы в 2005 году выполнена ампутация. В 2005-2006 гг. прошел этапы первичного протезирования. С 2007 года пользуется постоянным протезом. Постоянно нарушал режим пользования протезом (ходил на протезе в течение дня, не снимая). С августа 2008 года по задней поверхности культи над сухожилиями задней группы мышц бедра, медиально и латерально, а также по центру возникли множественные травмоиды, которые в результате воспалились. Длительное консервативное лечение неэффективно (Рис. 1). Учитывая множественность очагов, принято решение о поэтапном иссечении пораженных участков кожных покровов. Имелись очаги с наружного и внутреннего краев подколенной области, что не позволяло одновременно иссечь травмоиды (Рис. 2). 01.10.09 г. выполнена операция иссечения травмоидов задне-наружной поверхности области левого коленного сустава. В результате иссечен пораженный участок кожного покрова и образовался дефект 23 x 8 см. Для закрытия дефекта потребовалась широкая мобилизация краев раны. Натяжение краев раны после ушивания устранено путем иммобилизации коленного сустава в положении сгибания. Рана зажила первичным натяжением (Рис. 3). 10.12.09 г. выполнена операция иссечения травмоидов задне-внутренней



Рис. 1. Вид культи после длительного консервативного лечения



Рис. 2. Вид культи до оперативного лечения



Рис. 3. Первый этап оперативного лечения

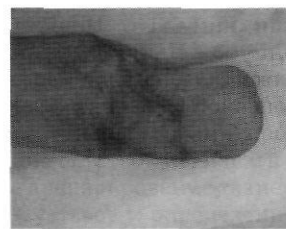


Рис. 4. Вид культи после третьего этапа оперативного лечения

поверхности области левого коленного сустава, пластика дефекта кожи 11*6 см местными тканями. Рана зажила первичным натяжением. 11.02.10 г. выполнена операция иссечения травмоида задней поверхности области левого коленного сустава. Рана зажила первичным натяжением (Рис. 4). Впоследствии конструкция протеза изменена, уменьшено давление посадочного кольца протеза на области операционных рубцов. Пациент пользуется протезом (Рис. 5). Режим пользования предусматривает двухчасовой перерыв ходьбы на протезе в дневное время.

Выводы.

1. Травмоиды одинаково часто встречаются после ампутации голени и бедра.

2. Фактором, провоцирующим формирование травмоидов, является нарушение режима использования протезно-ортопедического изделия.

3. Страдают люди социально активные, занятые в трудовой деятельности, связанной с передвижением.

4. Вероятно, следует ожидать увеличения данного контингента больных при большей занятости инвалидов 3 группы в производственной деятельности.

5. Множественные очаги являются показанием к оперативному лечению.

6. Большое количество рецидивов требует совершенствования тактики лечения данной группы больных.



Рис. 5. Пациент после третьего этапа оперативного лечения пользуется протезом

Литература

1. Васильченко, Е.М. Анализ динамики ампутаций конечностей в г. Новокузнецке / Е.М. Васильченко, Г.К. Золотов, Г.И. Чеченин / Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов. – 2004. – № 2. – С. 45-48.
2. Руководство по протезированию / В.И. Виноградов и др.; под ред. Н.И. Кондрашина. – М.: Медицина, 1988. – С. 192-193.
3. Кейер, А.Н. Руководство по протезированию и ортезированию / под ред. А.Н. Кейера, А.В. Рожкова. – СПб, 1999. – С. 184.
4. Руководство по протезированию / Н.И. Кондрашин, В.Г. Санин и др.; под ред. Н.И. Кондрашина. – М.: Медицина, 1976. – С. 171-172.
5. Трубин, А.С. Травмоиды культи бедра, их лечение и профилактика: Автореф. дисс. канд. мед. наук / А.С. Трубин. – М., 1966.
6. Meulenbelt, H.E.J. Skin Problems of the Stump in Lower Limb Amputees: 1. A Clinical Study / H.E.J. Meulenbelt, J.H.B. Geertzen, M.F. Jonkman et al. // Acta Dermato-Venereologica. – 2011. – V. 91, № 2. – P. 173-177.
7. Levy, S.W. Skin problems of the leg amputee / S.W. Levy // Prosthetics and Orthotics International. – 1980. – V.4, № 1. – P. 37-44.