

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial disease (TASC II). TASC Working Group / *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2007; 33 (Suppl. 1): S1-75.
2. Zoloyev GK. Obliterative arterial disease. Surgical treatment and rehabilitation in patients with limb loss. 2nd rev. and exp. ed. M.: Litterra, 2015. 480p. Russian (Золоев Г.К. Облитерирующие заболевания артерий. Хирургическое лечение и реабилитация больных с утратой конечности. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Литтерра, 2015. 480 с.)
3. Ploeg AJ, Lardenoye JW, Vrancken Peeters MP. Contemporary series of morbidity and mortality after lower limb amputation. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 2005; 29 (6): 633-637.
4. Vasilchenko EM, Zoloyev GK. Survival rate of patients with peripheral artery disease of non-diabetic nature after lower extremity amputation. Population study. *Annals of Surgery.* 2012; (3): 48-53. Russian (Васильченко Е.М., Золоев Г.К. Показатели выживаемости пациентов с заболеваниями периферических артерий недиабетического генеза после ампутации нижней конечности. Популяционное исследование // *Анналы хирургии.* 2012. № 3. С. 48-53).

Статья поступила в редакцию 06.04.2016 г.

Ляховецкая В.В., Фроленко С.Ю., Васильченко Е.М.

Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов,
г. Новокузнецк, Россия

ДИНАМИКА ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПАЦИЕНТОВ В ПРОМЕЖУТОЧНОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СПИННОГО МОЗГА НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Предмет исследования. Двигательная активность пациентов с травматической болезнью спинного мозга в промежуточном периоде на фоне комплексного восстановительного лечения.

Цель исследования – оценить динамику двигательных функций пациентов с травматической болезнью спинного мозга в промежуточном периоде на фоне комплексного восстановительного лечения.

Методы исследования. Обследовано 133 пациента, госпитализированных в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 2013-2015 гг. Определяли: степень неврологического дефицита по шкале ASIA, двигательный, локомоторный и мануальный балл. Комплексное лечение: методы лечебной физкультуры и физиотерапии.

Основные результаты. Постуральный и двигательный стереотипы сформированы у 74 пациентов (55,6 %). В группе пациентов с повреждением шейного отдела локомоторный балл увеличился в 35,3 % случаев, двигательный балл – в 31,4 % случаев, мануальный балл – в 13,8 % случаев. В группе пациентов с повреждением грудного отдела локомоторный балл увеличился в 46,5 % случаев, двигательный балл – в 14,0 % случаев. В группе пациентов с повреждением на поясничном уровне выявлено увеличение локомоторного и двигательного балла у 32,5 % случаев.

Заключение. Проведение комплексного восстановительного лечения у пациентов с травматической болезнью спинного мозга в промежуточном периоде в условиях стационара способствует увеличению двигательной активности пациентов. Лучшие результаты реабилитационных мероприятий достигались у пациентов с повреждением позвоночника на грудном уровне.

Область применения. Медицинская реабилитация, неврология.

Ключевые слова: травматическая болезнь; реабилитация; двигательная активность; лечебная физкультура; аппаратная реабилитация; физиотерапия.

Lyakhovetskaya V.V., Frolenko S.Yu., Vasilchenko E.M.

*Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation
and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Novokuznetsk*

MOTOR FUNCTIONS DYNAMICS AMONG PATIENTS IN THE INTERIM PERIOD OF THE TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY IN THE COURSE OF A COMPLEX REHABILITATION TREATMENT

Research subject. Motor performance among patients with traumatic spinal cord injury in the interim period in the course of a complex rehabilitation treatment.

Research objective – to assess the motor functions dynamics among patients with traumatic spinal cord injury in the interim period in the course of a complex rehabilitation treatment.

Research methods. 133 patients hospitalized to the Department of Neurosurgery of the Federal State Budgetary Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia, were examined in the period of 2013-2015. The

degree of neurologic impairment on ASIA scale, motor, locomotor and manual scores were defined. Complex treatment: methods of remedial gymnastic and physiotherapy.

Main results. Postural and movement pattern are formed in 74 patients (55,6 %). In the group of patients with cervical spine injury the locomotor score increased in 35,3 % of patients, motor score – in 31,4 % of patients, manual score – in 13,8 % of patients. In the group of patients with thoracic spine injury the locomotor score increased in 46,5 % of patients, motor score – in 14,0 % of patients. In the group of patients with injury at lumbar spine level the locomotor and motor score was found to be increased in 32,5 % of patients.

Conclusions: complex rehabilitation treatment in patients with traumatic spinal cord injury in the interim period in the hospital settings promotes motor functions performance increase. Complex rehabilitation actions are more effective in patients with thoracic spine injury.

Scope: medical rehabilitation, neurology.

Key words: traumatic disease; rehabilitation; motor performance; remedial gymnastic; instrumental rehabilitation; physiotherapy.

Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) является причиной значительных нарушений основных физиологических процессов организма (двигательных функций, функции тазовых органов, функции дыхания и сердечно-сосудистой системы, защитной функции кожи), а также изменений качества жизни пациента и его семьи [1].

У пациентов с травмой спинного мозга в промежуточном периоде, как правило, очень высокий реабилитационный потенциал, что связано с пластичностью центральной нервной системы, способностью к сокращению частично денервированных мышц [2]. Пациент еще не полностью утратил прежние динамические стереотипы выполнения поструральных, локомоторных и мануальных функций. Очень важно начинать реабилитационные мероприятия именно в промежуточный период – в срок от 3-х месяцев до 1 года после травмы.

Восстановительный процесс ограничивается: наличием у пациентов «спинального шока», недавним оперативным вмешательством, недостаточной стабильностью позвоночника, возможностью развития посттромбофлебитического синдрома, наличием контрактур суставов конечностей и трофических нарушений, психоэмоциональными нарушениями. Кроме того, у пациентов с травмой на шейном уровне из-за пареза верхних конечностей ограничены движения кисти, полностью или частично затрудняется самообслуживание, бытовая деятельность [3].

Вместе с тем, эти пациенты в промежуточном периоде ТБСМ имеют хороший прогноз для восстановления утраченных функций организма [2]. Достижение этих целей возможно при комплексном подходе к реабилитации с использованием различных методов физиотерапии и лечебной физкультуры. Оптимальное сочетание этих методов лежит в основе успешной реабилитации у данного контингента больных.

Цель исследования — оценить динамику двигательных функций пациентов в промежуточном периоде травматической болезни спинного мозга на фоне комплексного восстановительного лечения.

Корреспонденцию адресовать:

ЛЯХОВЕЦКАЯ Вера Витальевна,
654055, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Малая, 7,
ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России.
Тел.: 8 (3843) 36-95-30; 8 (3843) 37-59-08.
E-mail: vera_101A@mail.ru

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 133 пациента, госпитализированных в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 2013-2015 гг. Критерии включения: наличие травматической болезни спинного мозга с повреждением позвоночника на любом уровне с наличием тетра- или парапареза; промежуточный период ТБСМ (от 3-х месяцев до 1 года после травмы); уровень спастичности от 1 до 3 баллов по шкале Ашфорт. Критерии исключения: заболевания, служащие противопоказанием к проведению занятий лечебной физкультурой; декомпенсированные или нестабильные соматические заболевания; острые инфекционные заболевания; уровень спастичности выше 3 баллов по шкале Ашфорт.

Обследование пациентов до и после курса лечения включало клиническую оценку степени неврологического дефицита по шкале ASIA [4], определение двигательного и локомоторного баллов [1, 5]. Мануальный балл определяли пациентам с шейным уровнем повреждения.

Степень нарушения функций организма у пациентов, поступивших на двигательную реабилитацию, определяли специалисты мультидисциплинарной бригады, состоящей из лечащего врача, врача-реабилитолога, методиста по ЛФК, специалиста по социально-бытовой реабилитации инвалидов, психолога. В ходе осмотра выявлялись конкретные цели физической реабилитации, оценивались двигательные возможности пациента. На основании обследования специалистов определяли интенсивность физических нагрузок, методы ЛФК, адекватные состоянию пациента. Медицинский психолог выявлял признаки тревоги и депрессии, структуру мотивации к восстановлению утраченных функций. При необходимости пациентам проводились занятия, направленные на коррекцию психоэмоционального состояния. Если пациент нуждался в медикаментозной психокоррекции, то проводили лечение у психотерапевта.

После тщательного осмотра всеми членами мультидисциплинарной бригады на каждого пациента составлялась индивидуальная реабилитационная карта, где отражались клинические критерии висцеральных и метаболических нарушений, уровни компенсации двигательных функций и неспецифической чувствительности, указывались факторы, лимитирующие двигательную реабилитацию, определялась цель реби-

литации и назначались реабилитационные мероприятия.

Все пациенты проходили стационарное консервативное лечение в течение 3-х недель. В комплекс восстановительного лечения входили следующие мероприятия: 1) физиотерапевтические методы (парафино-озокеритовые аппликации, электролечение, электростимуляция гипотрофичных мышц); 2) лечебная физкультура, направленная на улучшение трофики, увеличение силы мышц, уменьшение спастического синдрома, разработку и профилактику контрактур, улучшение координации движений; 3) ортостатическая тренировка на ортостоле (при наличии у пациентов гемодинамических нарушений); 4) аппаратная реабилитация – занятия на тренажерах с биологической обратной связью: THERA-Vital, BALANCE-trainer; занятия на тренажере «Экзарта». Часть пациентов проходили занятия на фитболе.

Пациентам с травмой спинного мозга на шейном уровне проводились занятия по социально-бытовой адаптации, включающие обучение навыкам самообслуживания, формирование захвата кистью. При необходимости пациентов обучали активному и безопасному передвижению на кресле-коляске.

Статистическая обработка. Рассчитывали среднее арифметическое (M), медиану (Me), стандартную ошибку среднего арифметического (m_x), нижний и верхний квартиль. Различия между группами до и после курса восстановительного лечения оценивались по критерию Вилкоксона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медико-демографическая характеристика обследованного контингента отражена в таблице 1.

Из общего числа пациентов мужчины составили 111 человек (83,5 %), женщины – 22 человека (16,5 %). Средний возраст больных – $33,8 \pm 1,0$ года. Основная масса пациентов (66,1 %) имела 1-ю группу инвалидности; 2-я группа определена у 5,2 % больных; 3-я группа – у 1,5 % пациентов, статус «ребенка-инвалида» имели 3,0 % пациентов. Не имели статус инвалида на момент госпитализации 24,2 % данного контингента.

Пациентов с травмой на уровне шейного отдела было 51 человек (38,4 %); с травмой на уровне грудного отдела позвоночника – 45 человек (33,8 %), с повреждением поясничного отдела с 37 человек (27,8 %).

Полное нарушение проводимости по спинному мозгу типа «А» имели 43 человека (32,3 %); больные с неврологическим дефицитом типа «В» составили 36 человек (27,1 %); неврологические наруше-

Таблица 1
Сведения о пациентах в промежуточном периоде ТБСМ, поступивших для проведения медицинской реабилитации в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 2013–2015 гг.

Table 1
Data on patients in the interim period of the traumatic spinal cord injury, who were admitted in order to undergo a medical rehabilitation in the Department of Neurosurgery of the Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, in the period of 2013–2015

	Всего	Мужчины	Женщины
Число (n) %	133 (100)	111 (83,5)	22 (16,5)
Возраст (годы)	33,8	34,9	28,4
Группа инвалидности, n (%)			
0 (не определена)	32 (24,0)	28 (25,2)	4 (18,2)
1	88 (66,1)	73 (65,7)	15 (68,2)
2	7 (5,2)	6 (5,4)	1 (4,5)
3	2 (1,5)	2 (1,8)	-
Ребенок-инвалид	4 (3,0)	2 (1,8)	2 (9,1)
Уровень спинномозговой травмы, n (%)			
Шейный	51 (38,3)	45 (40,5)	6 (27,2)
Грудной	45 (33,8)	36 (32,4)	9 (40,9)
Поясничный	37 (27,8)	30 (27,0)	7 (31,8)
Степень неврологического дефицита (шкала ASIA), n (%)			
A	43 (32,3)	33 (29,7)	10 (45,5)
B	36 (27,1)	30 (27,0)	6 (27,3)
C	32 (0,9)	30 (27,0)	2 (9,1)
D	22 (16,5)	18 (16,2)	4 (18,2)

ния типа «С» имели 32 человека (24,1 %), типа «D» – 22 человека (16,5 %).

За время лечения все пациенты были вертикализированы. Постуральный и двигательный стереотипы были сформированы у 74 пациентов (55,6 %). В результате проведенного лечения в группе пациентов с повреждением шейного отдела и, соответственно, тетрапарезом, локомоторный балл увеличился у 18 пациентов (35,3 %): с $5,1 \pm 0,8$ баллов до лечения до $5,6 \pm 0,7$ после лечения ($p = 0,0002$) (табл. 2). Повышение двигательного балла зафиксировано у 16 больных (31,4 %): от $39,4 \pm 3,7$ баллов в начале госпитализации до $40,3 \pm 3,8$ баллов после проведенного лечения ($p = 0,0004$). Также в группе пациентов с тетрапарезом достоверно увеличился и мануальный балл: от $7,7 \pm 1,0$ баллов в начале госпитализации до $7,9 \pm 0,9$ баллов после лечения ($p = 0,018$).

Установлено, что в группе пациентов с травмой спинного мозга на грудном уровне и парапарезом ло-

Сведения об авторах:

ЛЯХОВЕЦКАЯ Вера Витальевна, врач-невролог, зав. отделением медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры, ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: vera_101A@mail.ru

ФРОЛЕНКО Светлана Юрьевна, врач-невролог, отделение медико-социальной реабилитации, физиотерапии и лечебной физкультуры, ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, г. Новокузнецк, Россия.

ВАСИЛЬЧЕНКО Елена Михайловна, канд. мед. наук, зам. ген. директора по реабилитации и организационно-методической работе, ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России, г. Новокузнецк, Россия.

комоторный балл в начале курса реабилитации составил $3,4 \pm 0,5$ балла. После лечения отмечено увеличение локомоторного балла у 20 пациентов (44,4 %). В среднем величина этого показателя возросла в 1,3 раза – до $4,4 \pm 0,4$ балла ($p = 0,0003$). Двигательный балл увеличился у 6 пациентов (13,3 %, $p = 0,028$).

В группе пациентов с поражением спинного мозга на поясничном уровне и парапарезом выявлено увеличение локомоторного и двигательного баллов у 12 пациентов (32,4 %): локомоторный балл увеличился с $7,2 \pm 0,8$ баллов до $8,2 \pm 0,7$ баллов ($p = 0,002$), а двигательный балл – с $63,8 \pm 2,4$ до $64,5 \pm 2,4$ ($p = 0,001$).

Сведения о динамике локомоторного, двигательного и мануального баллов у пациентов в промежуточном периоде ТБСМ представлены в таблице 2.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных результатов показал, что проведенная комплексная реабилитация улучшила двигательные функции более чем у половины пациентов с ТБСМ. Чаще всего положительная динамика локомоторного балла отмечалась в группе пациентов

с грудным уровнем поражения. Коррекция нарушений в сфере способности пациентов поддерживать и координировать положение тела при сидении, стоянии, переворотах, ходьбе достигалась путем мероприятий, направленных на активацию работы поверхностных и глубоких мышц опорно-двигательного аппарата. Более значимое увеличение локомоторного балла у пациентов с травмой на грудном и поясничном уровнях, возможно, обусловлено сохранностью силы верхних конечностей, за счет чего пациенты быстрее адаптируются к новым условиям существования.

В группах пациентов с шейным и поясничным уровнями повреждения прослеживали положительное изменение и двигательного, и локомоторного баллов. Увеличение двигательного балла при повреждении спинного мозга на шейном уровне свидетельствует о положительной неврологической динамике у этих пациентов. В этом случае быстрее идет восстановление проводимости по спинному мозгу.

Негативные результаты, вероятнее всего, были связаны с тяжелой степенью неврологического дефицита у пациентов с полным нарушением проводимости по спинному мозгу. Такие пациенты требуют более длительного курса реабилитации.

Таблица 2
Динамика локомоторного, двигательного и мануального баллов до и после лечения у пациентов в промежуточном периоде ТБСМ, поступивших для проведения медицинской реабилитации в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период 2013–2015 гг.

Table 2
Before and after treatment locomotor, motor and manual scores dynamics among patients in the interim period of the traumatic spinal cord injury who were admitted in order to undergo a medical rehabilitation in the Department of Neurosurgery of the Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, in the period of 2013–2015

	n	Травма на шейном уровне									
		До лечения					После лечения				
		M	Me	Верхний квартиль	Нижний квартиль	m_x	M	Me	Верхний квартиль	Нижний квартиль	m_x
ЛБ	51	5,1	2,0	1,0	9,0	0,8	5,6	3,0	2,0	11,0	0,7
ДБ	51	39,4	31,0	17,0	62,0	3,7	40,3	31,0	18,0	66,0	3,8
МБ	51	7,7	6,0	2,0	12,0	1,0	7,9	6,0	2,0	12,0	0,9
Травма на грудном уровне											
ЛБ	45	3,4	3,0	1,0	4,0	0,5	4,4	4,0	3,0	5,0	0,4
ДБ	45	55,2	50,0	50,0	55,0	2,0	55,4	50,0	50,0	55,0	2,0
Травма на поясничном уровне											
ЛБ	37	7,2	6,0	4,0	11,0	0,8	8,2	8,0	5,0	12,0	0,7
ДБ	37	63,8	64,0	52,0	73,0	2,4	64,5	64,0	52,0	74,0	2,4

Примечания: ЛБ - локомоторный балл; ДБ - двигательный балл; МБ - мануальный балл; n - число случаев; M - среднее арифметическое; Me - медиана; Min - минимум; Max - максимум; m_x - стандартная ошибка средней арифметической.

Note: ЛБ - locomotor score; ДБ - motor score; МБ - manual score; n - number of cases; M - arithmetical mean; Me - median; Min - minimum; Max - maximum; m_x - standard error.

Information about authors:

LYAKHOVETSKAYA Vera, neurologist, head of the medical and social rehabilitation, physical medicine and therapy department, Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Novokuznetsk, Russia. E-mail: vera_101A@mail.ru

FROLENKO Svetlana, neurologist, department of the medical and social rehabilitation, physical medicine and therapy, Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Novokuznetsk, Russia.

VASILCHENKO Elena, PhD, deputy director general for rehabilitation and organizational and methodical work, Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Novokuznetsk, Russia.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение комплексного восстановительного лечения в промежуточном периоде травматической болезни спинного мозга в условиях стационара спо-

собствует ранней вертикализации пациента, формированию оптимальных поструральных, локомоторных стереотипов и мануальных функций, навыка удержания вертикальной позы и восстановлению координации движений.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Rehabilitation of patients with traumatic spinal cord injury / Russ. GE Ivanovoy, VV Krylova, MB Tsykunova, BA Polyayeva, editors. Moscow: OJSC «Moscow Textbooks and Cartolithography», 2010. 640p. Russian (Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. 640 с.)
2. Anokhin PK. Focal issues of the modern physiology. In: Systemogenesis structure functional regularities : the materials of reports of All-Union seminar, 21-25 December, Moscow, 1976. Russian (Анохин П.К. Узловые вопросы современной физиологии // Структурно-функциональные закономерности системогенеза : материалы докл. Всесоюзный семинар, 21-25 декабря, г. Москва, 1976.)
3. Chernikova LA. Brain plasticity and modern rehabilitation technologies. *New technologies*. 2007; 1(2): 40-47. Russian (Черникова Л.А. Пластичность мозга и современные реабилитационные технологии // Новые технологии. 2007. Т. 1, № 2. С. 40-47.)
4. Kirshblum SC, Waring W, Biering-Sorensen F, Burns S.P, Johansen M, Schmidt-Read M, Donovan W, Graves D, Jha A, Jones L, Mulcahey MJ, Krassioukov A. Reference for the 2011 revision of the International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury. *J. Spinal Cord Med*. 2011 Nov; 34(6): 547-554.
5. Barinov AN, Kondakov EN. Clinical and statistical performance of acute vertebral cerebrospinal injury. *Spine surgery*. 2010; (4): 15-18. Russian (Бариннов А.Н., Кондаков Е.Н. Клинико-статистическая характеристика острой позвоночно-спинномозговой травмы // Хирургия позвоночника. 2010. № 4. С. 15-18).



Статья поступила в редакцию 06.04.2016 г.

Батискин С.А.

Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, г. Новокузнецк

ФАКТОРЫ РИСКА УТРАТЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА

В Российской Федерации ежегодно выполняется около 30-35 тыс. «больших» ампутаций, а их частота составляет 21 случай на каждые 100 тыс. населения. Большая часть ампутаций выполняется на уровне бедра.

Предмет исследования. Проведено исследование числа ампутаций бедра и реампутаций на уровне бедра после первоначальной ампутации голени.

Цель настоящей работы – изучить влияние ряда факторов, приводящих к утрате коленного сустава.

Методы. В работе представлены данные ретроспективного анализа историй болезни пациентов, которым выполнены ампутации нижней конечности в период с 1998 по 2013 гг. в клинике ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Была сформирована группа, включающая больных, которым выполнено 764 ампутации конечности.

Основные результаты. В ходе проведенного анализа установили, что возраст не влияет на число ампутаций бедра или реампутаций на уровне бедра после первоначальной ампутации голени. При этом такие факторы, как мужской пол, атеросклероз, ишемия нижней конечности III степени, лодыжечно-артериальное давление ≤ 50 мм рт. ст., вторичные ампутации, отсутствие пульса на общей бедренной артерии и местожительство пациентов (г. Новокузнецк), могут оказывать влияние на число ампутаций бедра и реампутаций бедра.

Область применения. Хирургия.

Заключение. Результаты проведенных исследований показали, что независимыми факторами риска из числа изученных параметров являются: проксимальный уровень поражения артериального русла, исходная ишемия конечности III степени, показатели лодыжечно-артериального давления ≤ 50 мм рт. ст.

Ключевые слова: ампутация конечности; факторы риска утраты коленного сустава; сахарный диабет; облитерирующий атеросклероз; облитерирующий тромбангиит.

Batitskin S.A.

Scientific and Practical Centre for Medical and Social Evaluation and Rehabilitation of Disabled Persons in Novokuznetsk, Novokuznetsk

KNEE JOINT LOSS RISK FACTORS

The number of «major» amputations performed annually in the Russian Federation is about 30-35 thous., and their prevalence accounts for 21 case per each 100000 population. Most of the amputations are performed at hip level.

Subject. The number of hip amputations and reamputations at hip level after initial lower leg amputation was studied.

Objective – to study a range of factors leading to a knee joint loss.