

Лечебно-тренировочное протезирование конечностей у больных с облитерирующими заболеваниями сосудов

С.А. Батискин, С.Г. Королев, Д.Г. Золоев

Федеральное государственное учреждение

«Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Федерального медико-биологического агентства», г. Новокузнецк, Россия

В последние десятилетия сердечно-сосудистые заболевания занимают лидирующие положение среди причин инвалидизации населения в большинстве экономически развитых стран мира. Именно атеросклероз является главенствующим фактором и основной причиной утраты конечности при ее критической ишемии. Реабилитация данного контингента больных чрезвычайно сложна. При этом одной из важнейших проблем остается эффективное протезирование конечности.

Цель исследования: изучить особенности первичного протезирования конечности у больных с атеросклеротическим поражением сосудов после первичных и вторичных ампутаций голени или бедра.

Проведен анализ базы данных «Клиника» о выполненных ампутациях нижних конечностей в отделении сосудистой хирургии ФГУ «ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России» с 1998-2007 гг. В исследование вошли больные с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей, которым выполнены односторонние ампутации бедра или голени. Парные культи бедра и голени, а также культи голени с одной стороны и культи бедра с противоположной стороны не рассматривались. Случаи «больших» ампутаций были распределены на две группы: первичные усечения конечности (ампутации без предварительно выполненных реконструктивных вмешательств на сосудах нижних конечностей); вторичные ампутации голени или бедра (ампутации после проведенных реконструктивных операций).

За исследуемый период в отделении сосудистой хирургии ФГУ «ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России» выполнено 498 ампутаций нижних конечностей на уровне бедра или голени у больных с разной нозологической формой протекания болезни (диабетическая ангиопатия, облитерирующий тромбангиит, атеросклероз). Для проведения первичного протезирования все больные были госпитализированы в отделение сосудистой хирургии ФГУ «ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России». Применили тактику поэтапного протезирования: назначение лечебно-тренировочного протеза (ЛТП) с последующей сменой приемной гильзы. Сроки получения

протезов учитывали в период от 3 до 36 месяцев после ампутации с интервалом в 3 месяца.

Лечебно-тренировочные протезы были изготовлены 81 человеку с атеросклерозом сосудов нижних конечностей после ампутации бедра и голени. Транстибиальная ампутация выполнена 61 больному. Из них 28 усечений конечности проводилось первично. В 3-месячный период после ампутации конечности лечебно-тренировочный протез был изготовлен 1 человеку. И в последующем проведена одна смена приемной гильзы. В период до 6 месяцев первичное протезирование выполнено 8 пациентам из них у 5 больных (62,5 %) смены приемных гильз не было. У двух больных (25 %) была одна смена приемной гильзы в течение года. Проведено 3 смены приемной гильзы 1 человеку (12,5 %). В период до 9 месяцев протезирование ампутационных культей голени было выполнено 10 пациентам. Смена приемных гильз 6 больным (60 %) не проводилась. Одна смена приемной гильзы была выполнена 3 больным (30 %). Две смены приемной гильзы проведены 1 больному (10 %). Через 12 месяцев после усечения конечности ЛТП изготовлен 1 человеку. Госпитализаций на смену приемных гильз не было. Через 18 месяцев первичное протезирование было проведено 5 больным, из них у 3 человек (60 %) смен приемных гильз не было. У 2 больных (40 %) была одна смена приемной гильзы. В 24-месячный период после транстибиального усечения конечности первичное протезирование проведено 2 пациентам, где в 100 % случаев смен приемных гильз не было. В 36-месячный период только 1 больному изготовлен ЛТП. Госпитализаций на смену приемных гильз не было.

После артериальной реконструкции 33 пациентам была выполнена ампутация на уровне голени. В 3-месячный период ни одному больному этой группы первичное протезирование не проводилось. Через 6 месяцев первичное протезирование было выполнено 13 больным. У 4 больных (30,8 %) смены приемной гильзы не было. Одна смена приемной гильзы в течение года проводилась 5 больным (30,8 %). Трем больным (23,1 %) кроме изготовления ЛТП было проведено по две смены приемной гильзы. У 1 человека (7,6 %) выполнено 3 смен приемных гильз в течение года. В 9-месячный период 9 пациентам изготовлены ЛТП. У 7 человек (77,8 %) смены приемной гильзы не было. Одна смена приемной гильзы выполнена 1 больному (11,1 %) и 1 больной (11,1 %) 2 раза госпитализирован на смену приемной гильзы. В 12-месячный период протезирование конечности проведено 3 пациентам. Смены приемной гильзы не проводилось. В 18-месячный период 4 больным изготовлены ЛТП. Смены приемной гильзы не было. В 24-месячный период 2 больным выполнено первичное протезирование. Смены приемной гильзы не было. В 30-месячный период 2 пациентам изготовлены ЛТП. Смены приемной гильзы не проводилось.

Трансфеморальное усечение конечности выполнено 20 пациентам, из них 8 больным выполнена первичная ампутация бедра. В 3-месячный период протезирование конечности не проводилось. В 6-месячный период после ампутации бедра 4 больным изготовлен ЛТП, из них 2 больным (50 %) смены приемных гильз не проводилось и 2 больным (50 %) была проведена одна смена приемной гильзы. В 9-месячный период после ампутации на уровне бедра 3 пациентам проведено первичное протезирование конечности. Смены приемной гильзы у этих больных не проводилось. В 12-месячный период ЛТП изготовлен 1 человеку. Смены приемной гильзы не было.

Вторичная ампутация бедра выполнена 12 пациентам. В этой группе больных в 3-месячный период проведено протезирование конечности 1 больному и 2 смены приемной гильзы. В 6-месячный период 6 больным изготовлены лечебно-тренировочные протезы. У 2 человек (33,3 %) смены приемной гильзы не проводилось, а 4 больным была проведена одна смена приемной гильзы. В 9-месячный период 1 человеку изготовлен ЛТП и проведена одна смена приемной гильзы. В 12-месячный период 2 больным изготовлены лечебно-тренировочные протезы и проведена одна смена приемной гильзы каждому пациенту. В 18-месячный период 1 больной получил ЛТП и проведена 1 смена приемной гильзы. В 30-месячный период лечебно-тренировочный протез изготовлен 1 человеку. Смены приемной не проводилось.

Выводы:

1. Основные сроки протезирования конечности у больных с облитерирующим поражением сосудов варьирует от 6 до 9 месяцев после первичной и вторичной ампутации бедра или голени.
2. Госпитализаций пациентов после первичной ампутации конечности на смену приемной гильзы в более 50 % случаев не отмечалось.
3. Более 50% пациентам проведено поэтапное протезирование конечности, выполненное после вторичной транстибиальной или трансфеморальной ампутации.

Коррекция нарушений сна – оптимальный путь повышения качества жизни соматических больных.

В.П. Водоевич, З.П. Лемешевская

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Интерес к расстройствам сна во многом объясняется негативным влиянием, которое они оказывают на состояние здоровья,

продолжительность и качество жизни людей. Одной из наиболее важных проблем, с которой приходится сталкиваться как сомнологам, так и врачам других специальностей, является взаимосвязь расстройств сна и различных соматических и психических заболеваний [3].

Депрессия и тревожность, сопровождающиеся нарушением сна, возникают параллельно с соматическим заболеванием, однако гораздо чаще они возникают раньше и являются одной из причин многих заболеваний – артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), язвенной болезни, бронхиальной астмы (БА), сахарного диабета и т. д.

Создатель нейрогенной теории АГ Г. Ф. Ланг писал: “Это состояние (повышение АД) развивалось довольно остро после периода очень напряженной работы без передышки и без достаточного сна”[4].

И действительно, у больных АГ, как правило, нарушается сон. Бессонная ночь или постоянное недосыпание (менее 7-8 часов с сутки) могут спровоцировать гипертонический криз. В этом мы убедились при обследовании 25 больных АГ 1 ст. в возрасте от 27 до 46 лет, находящихся на амбулаторном лечении. У 14 больных АГ проявлялась нейровегетативными кризами и нарушение сна сопровождалось чувством тревоги, страха, кошмарными сновидениями, поверхностным сном (1 группа). При повышении АД появлялась дрожь в теле и частое сердцебиение. В основном, повышалось систолическое АД, наблюдалась тахикардия. У 11 больных нарушение сна сопровождалось депрессией, навязчивыми мыслями, трудным засыпанием. Повышалось в большей степени диастолическое АД (2 группа). В группе больных с нейровегетативными кризами преобладали женщины (9), а во второй группе – мужчины (7). Кроме того, во второй группе у большинства больных отмечался излишний вес – ожирение 1-2 ст.

У пациентов проводили цветовой тест Люшера. Одновременно был использован объективный метод компьютерной психоdiagностики, основанный на асимметрии мимики лица [6].

По цветовому тесту Люшера при нормальном психическом состоянии испытуемых основные цвета (синий, зеленый, красный, желтый) должны находиться на первых местах, а дополнительные (фиолетовый, коричневый, черный, серый) – на последних. Большинство больных, как из 1-ой, так и 2-ой группы не выбрали первыми основные цвета. Первыми выбирались как основные, так и дополнительные цвета. Причем в 1-ой группе расположение цветов указывало на страх, тревожную настороженность у больных, а у больных 2-ой группы – на пассивность, депрессию, разочарование.

Аналогичные данные получены и при компьютерном тестировании психологического статуса. У больных 1-ой группы больше доминировало