

6. Павлова, Н.Г. Предотвращение гемолитической болезни плода и новорожденного путем анти-D иммунопрофилактики // Акушерство и Гинекология. – 2017. – №9. С. 138-143 [N.G. Pavlova. Prevention of hemolytic disease of the fetus and newborn by anti-D immunoprophylaxis // Obstetrics and Gynecology. - 2017. - no. 9. pp. 138-143
7. Сидельникова, В.М. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного / Сидельникова В. М., Антонов А. Г. – Москва: Триада-Х. – 2004. – С.192 [Sidelnikova V.M. Hemolytic disease of the fetus and newborn / Sidelnikova V. M., Antonov A. G. - Moscow.: Triad-X. - 2004. - p.192
8. Kaplan, M., Na'amad, M., Kenan, A., et al. Failure to predict hemolysis and hyperbilirubinemia by IgG subclass in blood group A or B infants born to group O mothers // Pediatrics. — 2009. — Vol. 123. — N 1. — e132-137
9. Woodrow, J.C., Clarke, C.A., Donohue, W.T.A., Finn, R., McConnell, R.B., Sheppard, P.M. et al. Prevention of Rh-haemolytic disease: a third report. Br. Med. J., 1965. 1(5430) – 279-83
10. Michael, Kaplan, Mira, Na'amad, Aner, Kenan, Bernard, Rudensky, Cathy, Hammerman, Hendrik, J. Vreman, Ronald, J. Wong and David, K. Stevenson / Pediatrics January 2009, 123 (1) e132-e137; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-2617>

© Веснина Н.В., Самойлова В.А., Макарова Т.А., Михайлова Л.Е., 2020

УДК 615.825

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ВРАЩАЮЩЕЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Бурматов Н.А.,

к.м.н., заведующий отделом медико-экономических экспертиз
БУ «Нижевартовская детская городская поликлиника»

Сергеев К.С.,

д.м.н., профессор, зав.кафедрой травматологии и ортопедии
ФГБОУ ВПО Тюменский ГМУ

Герасимов А.А.,

д.м.н., профессор, зав.кафедрой экстремальной медицины
ФГОУВО УГМУ Минздрава России

Шевченко Е.А.,

врач травматолог БУ «Нижевартовская городская больница №1»

Микишков К.В.,

врач травматолог БУ «Нижевартовская городская больница №1»

Копылов С.А.,

студент 3 курса Омского медицинского университета

Целью данного исследования является улучшение результатов лечения и реабилитация пациента после хирургического лечения повреждения вращающей манжеты плеча на этапе амбулаторного лечения.

Материалы и методы. В статье рассматривается опыт использования оригинальной методики диагностики и лечения дегенеративно-дистрофических, функциональных расстройств верхней конечности после выполнения артроскопической ревизии плечевого сустава. Проведена объективная оценка степени болевого синдрома с помощью измерения по методу Герасимова. Интерпретация полученных результатов выполнялась по «Персонафицированной системе оценки результатов лечения пациентов травматолого-ортопедического профиля».

Результаты. Установлено, что применение оригинального способа лечения болевого синдрома является эффективным средством реабилитации и восстановления функции конечности.

Заключение. Описана эффективная, патогенетически обоснованная методика реабилитации верхней конечности, на амбулаторном этапе восстановительного лечения.

Ключевые слова: лечение КРБС, электростимуляция по Герасимову, ВТЭС, лечебная физкультура, амбулаторный этап реабилитации

Ряд специфических осложнений нейрогенного характера, вазомоторные и двигательные нарушения, а также хронический болевой синдром, по мнению специалистов восстановительной медицины, является причинами неудовлетворительного результата лечения заболеваний и повреждений верхней конечности [4]. Несмотря на накопленные знания, опыт лечения, использование в клинической практике различных вариантов и лечебных мероприятий, количество случаев развития посттравматической дистрофии конечности довольно высоко и представляет собой серьезную проблему современной восстановительной медицины [1,3, 5,6,7,8 ,9,10,11].

Цель

Целью данной статьи является описание опыта лечения пациента со смешанной формой посттравматической дистрофии верхней конечности методом ВТЭС.

Пациент С., 45 лет поступил в клинику восстановительной медицины с диагнозом: Последствия травмы верхней конечности. Импажмент-синдром левого плечевого сустава. Частичный разрыв вращающей манжеты левого плечевого сустава. Деформирующий артроз I-II степени. Стойкий умеренный болевой синдром с НФС 2 степени.

Травма в 2017 году, бытовая, механизм травмы характерный. В августе 2020 года обратился в поликлинику по месту жительства. Через 1,5 месяца амбулаторного лечения, в травматологическом отделении Нижневартовской городской больницы №1, в плановом порядке была выполнена артроскопия левого плечевого сустава. При ревизии сустава выявлен продольный разрыв вращающей манжеты на 1/2, акромиально-бугорковый конфликт и характерные признаки дегенеративных изменений сухожильной

части двуглавой и подостной мышц умеренной степени. Выполнена частичная резекция акромиального отростка, иссечение поддельтовидной сумки. По выписке из стационара получал курсы лечебной физкультуры, медикаментозной и физиотерапии в профильных лечебных учреждениях города Нижневартовска, а так же санаторно-курортное лечение в условиях местной климатической зоны. В отделение восстановительного лечения обратился с жалобами на боль в области левого плечевого сустава, левой лопатки, ограничение объема движений в плечевом суставе, ограничение функции конечности. При осмотре пациента выявлена выраженная болевая контрактура левого плечевого сустава, объем пассивных движений резко ограничен ввиду интенсивного болевого синдрома, активные движения сохранены, кистевым динамометром зафиксировано снижение мышечной силы левой верхней конечности.

Материалы и методы

Курс лечения был разделен на 2 этапа. Задачей первого этапа являлось устранение болевого синдрома методом внутритканевой стимуляции (ВТЭС) по Герасимову. Процедуры отпускались через день, в противоболевом режиме, в течении 10 суток (всего выполнено 5 процедур). На следующем этапе лечения, после купирования болевого синдрома, для восстановления навыков владения конечностью применялся курс специализированных упражнений, направленных на мобилизацию и релаксацию мышц конечности, активные и пассивные движения в суставе, техники постизометрической релаксации с элементами массажа (проведено 3 занятия). Контрольный осмотр по окончании курса реабилитации выявил незначительное ограничение объема движений, при этом функциональная активность конечности и трудоспособность пациента восстановлены (Рис.1.)



Рис. 1. Состояние после курса лечения

Результаты и обсуждение.

Объективная оценка наличия, степени и динамики болевого синдрома выполнялась путем измерения электропотенциалов кожных покровов

по методу Герасимова [2]. Измерения проводились на протяжении всего курса лечения, перед проведением процедуры электростимуляции.

Таблица 1

Электрометрические критерии определения степени интенсивности боли (по А.А. Герасимову)

№ п.п	Интенсивность боли	Коэффициент асимметрии	Размеры участков асимметрии
1.	Здоровые лица	Менее 1,2	отсутствуют
2.	Умеренная	1,2-2,0	1-2 дерматома
3.	Средняя	2,1-4,0	2-3 дерматома
4.	Сильная	Более 4,0	Более 3-х дерматомов

Исходя из предложенных критериев (Таблица 1.), анализ значений электрометрии выявил снижение интенсивности, а затем и полную ликвидацию болевого синдрома, что

сопровождалось появлением возможности, а затем увеличением амплитуды пассивных движений в левом плечевом суставе и подтверждалось данными анамнеза

Динамика интенсивности болевого синдрома (КА\дни лечения)

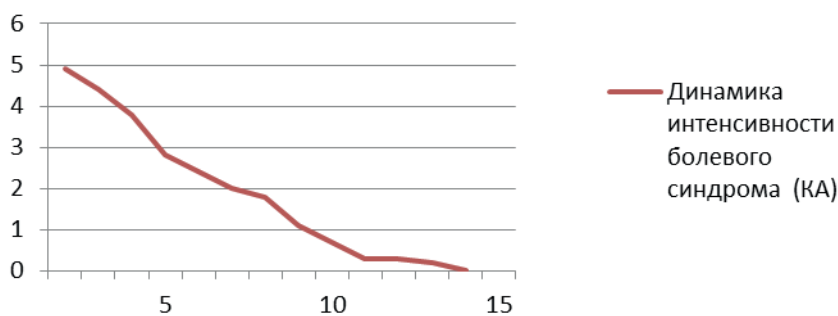


Рис. 2. Динамика интенсивности болевого синдрома

Анализ графического отображения значений коэффициента асимметрии (КА) на протяжении курса лечения изменений свидетельствует о наличии сильной боли (КА=4,7) в начале курса лечения, а тот же показатель по окончании курса составил менее 1,2, что соответствует значению «здоровые лица», что расценивалось как отсутствие болевых ощущений (Рис.2).

Заключение

Использование оригинальной методики электрометрии на поздних этапах восстановительного лечения позволяет провести объективную оценку степени болевого синдрома и функциональные особенности поврежденной конечности. Устранение же болевого синдрома значительно расширяет возможности пациента

к выполнению комплекса упражнений, направленных на ликвидацию контрактур суставов конечности, а также является эффективным способом профилактики и лечения осложнений нейро-трофического характера, позволяет раннюю активизацию пациентов. что и приводит к сокращению общих сроков лечения и сроков временной нетрудоспособности у работающих пациентов[2].

Литература

1. Баховудинов А.Х., Подолужный В.И., Панов А.А., Ланшаков В.А. Прогнозирование вероятности формирования комплексного регионарного болевого синдрома при переломе лучевой кости в типичном месте. Сибирский медицинский журнал. 2010; 25(1):51-56.
2. Бурматов Н.А., Герасимов А.А., Сергеев К.С. Комбинированная методика реабилитации пациентов зрелого и пожилого возраста с переломами плечевой кости// Медицинская наука и образование Урала 2019. № 4.С. 148-153.
3. Гунзенов В.Д. «Влияние сочетанных факторов физиотерапии на динамику клинико-функциональных показателей у больных с туннельными ишемическими нейропатиями верхней конечности. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. 14.03 11. С.Петербург, 2005. -20с.
4. Колосов В.А. Диагностика и тактика лечения больных с посттравматической рефлекторной симпатической дистрофией конечности. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. 14.00 22. Москва ,2004.-22 с.
5. Корячкин В.А. Комплексный регионарный болевой синдром. Травматология и ортопедия России. 2014;(3):147-156
6. Олькова Н.В., Болотнова Т.В. Некоторые аспекты медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации лиц пенсионного возраста в тюменской области// Медицинская наука и образование Урала 2017. № 1.С. 105-108.
7. Ягджян Г.В., Абраамян Д.О., Григорян Б.Э. Синдром Зудека. Комплексный регионарный болевой синдром I Типа. Ереван; 2004. 18 с.
8. Merskey H., Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press; 1994
9. Demir S.E., Ozaras N., Karamehmetoğlu S.S., Karacan I., Aytekin E. Risk factors for complex regional pain syndrome in patients with traumatic extremity injury. Ulus. Travma Acil. Cerrahi Derg. 2010; 16: 144-148.
10. Stengel M., Binder A., Baron R. Update on the diagnosis and management of complex regional pain syndrome. Adv. Pain Manage. 2007;(3):96-104.
© Бурматов Н.А., Сергеев К.С., Герасимов А.А., Шевченко Е.А., Микишков. К.В., Копылов С.А.,
2020