

УДК 616-001.45+616-001.515+616.003.9

ПЕРСониФИЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Т.В. Кулемзина

Описан опыт персонифицированного подхода к реабилитации пациентов с огнестрельными ранениями конечностей, переломами обеих костей голени и повреждением проводящих путей нижних конечностей с использованием комплекса рефлексотерапии, фармакопунктуры, массажных технологий, мягких мануальных техник, классической гомеотерапии, восточной фитотерапии, гирудотерапии, кинезиотейпирования, ароматерапии, аппаратной физиотерапии и метода практической психологии.

Ключевые слова: огнестрельные переломы костей голени; повреждения проводящих путей; реабилитация.

ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛУУЛАРДЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛООДО ПЕРСониФИКАЦИЯЛАШТЫРЫЛГАН МАМИЛЕ

Бул макалада колу-бутунан ок тийип жаракат алган, шыйрактын эки сөөгү тең сынган жана бутунун өткөрүү системасы бузулган оорулууларды реабилитациялоодо, рефлексотерапия, фармакопунктура, массаж технологиялары, жумшак мануалдык техника, классикалык гомеотерапия, чыгыш фитотерапиясы, гирудотерапия, кинезиотейпирлөө, ароматерапия, аппараттык физиотерапия комплексин жана практикалык психология методдорун колдонуу менен жекелештирилген мамиле кылуунун тажрыйбасы сүрөттөлгөн.

Түйүндүү сөздөр: шыйрак сөөктөрүнө ок тийип жаракат алуу; өткөрүү жолдорунун бузулушу; калыбына келтирүү.

PERSONIFIED APPROACH TO REHABILITATION OF TRAUMATOLOGICAL PATIENTS

T.V. Kulemzina

The article describes the experience of a personified approach to the rehabilitation of patients with gunshot wounds of the extremities, fractures of both bones of the shin and damage to the conductive pathways of the lower limbs, using a complex of reflexotherapy, pharmacopuncture, massage techniques, soft manual techniques, classical homeotherapy, oriental phytotherapy, hirudotherapy, kinesiotherapy, aromatherapy, hardware physiotherapy and the method of practical psychology.

Keywords: gunshot fractures of the bones of the shins; damage to the conducting paths; rehabilitation.

Введение. В структуре санитарных потерь боевые повреждения конечностей составляют 54–70 % [1–3]. Около 40 % общего числа огнестрельных ранений конечностей сочетается с переломами костей и в 10–15 % случаев сопровождается повреждениями периферических нервов, что значительно ухудшает прогноз восстановления [4–6]. Параличи отдельных мышц или их групп сопровождаются исчезновением рефлексов. Двигательные нарушения (атрофии) сочетаются с чувствительными расстройствами в виде снижения (вплоть до исчезновения) болевой, температурной, тактильной чувствительности и возникают через 1–2 недели после травмы. Лечение заболеваний и травм периферической нервной системы, приводящих к значительному уровню трудопотерь,

длительным срокам стационарного лечения и частой инвалидизации [2, 4, 7], продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной медицины.

Для медицинской службы Вооруженных сил актуальной остается проблема быстрее восстановления боевой готовности и трудоспособности раненых. Совокупность проводимых при этом мероприятий объединяется понятием “медицинская реабилитация” [8].

В условиях многопрофильного госпиталя при оказании квалифицированной и специализированной медицинской помощи особое значение должно уделяться традиционным методам лечения, которые стимулируют защитные силы организма, уменьшают воспалительные и дистрофические

изменения в пораженных тканях, оказывают местное и общее воздействие и являются универсальными в комплексном лечении раненых и больных различного профиля. Целью диагностики традиционной медицины является стремление к установлению причины дезадаптации, выявлению локализации слабого звена и компенсаторной перегрузки, клинически манифестирующей болью и ограничением движения [8]. При составлении программы медицинской реабилитации раненых с последствиями огнестрельной и минно-взрывной травмы в условиях многопрофильного реабилитационного центра рекомендуется сочетание нескольких традиционных методов, что значительно повышает эффективность медицинской реабилитации [8–10]. Многофакторность при осколочном механизме травмы также диктует необходимость комплексности применения традиционных лечебно-диагностических систем, позволяющих устранив последствия, возникшие вследствие воздействия специфических травмирующих факторов.

Цель работы – продемонстрировать опыт применения методов и средств традиционной медицины для персонифицированной реабилитации пациентов с огнестрельными ранениями конечностей, переломами обеих костей голени и повреждением проводящих путей нижних конечностей.

Материал и методы. Пациенты обоих полов (27 женщин и 100 мужчин) поступали в отделение восстановительного лечения по истечении первого месяца после этапа хирургического вмешательства с наличием аппарата внешней фиксации с осколочным сквозным полным поперечным множественным метафизарным переломом обеих костей голени с повреждением окружающих мягких тканей и нервных стволов. Средний возраст пострадавших составил $32,5 \pm 7,5$ лет.

Пациенты предъявляли жалобы на боль в месте ранения (согласно простой описательной шкале интенсивности боли 2–3 балла) и в местах расположения резбовых стержней, усиливающуюся при движении, а также отечность конечности. Отмечали нарушения чувствительности в виде парестезий (67,7 %), гипестезий либо гиперестезий (8,6 и 11,8 %), онемение в зоне иннервации поврежденного нерва, бледность (либо цианоз) кожных покровов в дистальных отделах конечностей, сухость кожных покровов (23,6 и 19,7 % соответственно) с парезами мышц иннервируемых поврежденными нервами. В 21,3 % случаев у пациентов отмечалось укорочение поврежденной конечности в сочетании с наличием костного дефекта около 2 см. У 7,8 % пострадавших наблюдались начальные признаки формирования контрактур.

Использовались диагностические методы: рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, электромиография и электронейромиография, оценка неврологического статуса. С целью унификации описания боли и объективизации переживаний пациента использовался опросник McGill Pain Questionnaire MPQ, состоящий из вербальных характеристик сенсорных, аффективных и моторно-мотивационных компонентов боли, ранжированных по категориям интенсивности.

Реабилитационный процесс осуществлялся путем комплексного применения: рефлексотерапии (классической акупунктуры и прижигания) по седативной, гармонизирующей и тонизирующей методикам; фармакопунктуры в биологически активные точки коктейлей антигемотоксических препаратов (Траумель С, Цель Т, Плацента композитум, Убихинонкомпозитум, Коэнзимкомпозитум, Галиум-Хеель, Лимфомиозот Н, Солидагокомпозитум С, Энгистол, Эскулюскомпозитум, Глиоксалькомпозитум); массажных технологий (сегментарно-рефлекторного, вакуумного и гуаша массажей); мягких мануальных техник (постизметрической релаксации); классической гомеотерапии (Аписа меллифика, Арники монтана, Кальциума флуората, Калиума хлората, Магнезиума фосфорика, Натриума хлората, Русагоксикодендрона, Симфитума оффицинале); восточной фитотерапии (содержащей дикий ямс китайский, дудник китайский, женьшень настоящий, лимонник китайский, порию кокосовидную, реманию клейкую, солодку гладкую; шалфей многокорневой); гирудотерапии (3–5 пиявок на зоны биологически активных точек); кинезиотейпирования (медицинскими тейпами различной цветовой гаммы); ароматерапии (эфирных масел базилика, бергамота, гвоздики, лаванды, лавра, мандарина, можжевельника, перечной мяты, тимьяна, черного перца); аппаратной физиотерапии (лазеропунктуры, магнитотерапии, ультразвука); методов практической психологии (холодинамики).

Результаты и обсуждение. Персонификация реабилитационного процесса для каждого пациента базировалась на учете исходного состояния и адаптационных возможностей организма (уровня физического здоровья, реабилитационного потенциала), конституциональных признаков (физических и психоэмоциональных; врожденных и сформировавшихся в результате травматического повреждения и последующего болезненного состояния с ограничением жизнедеятельности), наличия синдромов традиционной китайской диагностики. При формировании схем соблюдали принципы индивидуальности видов, количества и последовательности процедур при идентичности выставленных диагнозов.

Целью воздействия была интенсификация процесса консолидации перелома, предупреждение дистрофических и атрофических процессов в поврежденных нервных волокнах и иннервируемых ими мышцах, предупреждение развития воспалительных процессов, стимуляция защитных сил организма за счет чередования седативных и тонизирующих методик традиционной медицины.

Многоуровневые схемы применялись в течение 28 дней без перерывов, с дозированием лечебной нагрузки, предупреждением появления интенсивных лекарственных обострений и коррекцией мероприятий (после этапа комплексного контроля каждые 7 дней). В случаях возникновения обостренных реакций схемы корректировались в более короткие сроки.

Персонифицированные схемы прописывались в индивидуальных реабилитационных картах пациента с указанием времени проведения, методики и продолжительности манипуляции или процедуры, интервала между манипуляциями (процедурами), отмечались эффекты от воздействия, что было возможно вследствие личного участия врачебного персонала отделения в реализации реабилитационных мероприятий. Обязательным условием являлось наличие времени для дневного отдыха в течение двух часов (пациентам рекомендовался дневной сон).

Строгая последовательность лечебных мероприятий способствовала купированию в течение первых 7 дней у 68,5 % пациентов болевого и отеочного синдромов (возникших как вследствие травмы, так и в результате расположения резбовых стержней в зонах биологически активных точек с их постоянным раздражением). Следует отметить, что последнее вызывало не только местную реакцию, но и генерализованное воздействие на организм в целом и в некоторых случаях (11,8 %) провоцировало обострение соматических заболеваний. К двенадцатому дню требующие применения седативных методик болезненные проявления исчезли. К окончанию курса лечения значительно улучшились электромио- и электронейромиографические показатели, редуцировались вегетативно-трофические расстройства, наметились процессы консолидации переломов.

По окончании стационарного этапа пациенты продолжали в течение 180 дней (с еженедельными осмотрами строго в идентичный день недели и идентичное время) находиться под наблюдением и получали рекомендации относительно двигательного режима, применения гомеопатических и фитопрепаратов, питания и стереотипа поведения. У 7,9 % пациентов по истечении контрольного пе-

риода возникла необходимость в повторной госпитализации, обусловленная сохранением болевого синдрома и его хронизацией, имеющим психосоматическую природу. В результате проведения повторного 28-дневного курса с сохранением принципа персонификации у них отмечена 100%-ная эффективность излечения.

Таким образом, персонификация реабилитации для пациентов травматологического профиля с помощью комплекса средств и методов традиционной медицины является адекватной, востребованной и эффективной. Традиционные методы лечения значимо повышают эффективность комплексного лечения раненых и больных [8, 11].

Литература

1. Гребнев Д.Г. Характеристика огнестрельных ранений из травматического оружия, особенности диагностики и хирургического лечения: дис. ... канд. мед. наук (14.01.17) / Д.Г. Гребнев. СПб., 2011. 113 с.
2. Особенности лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей методом последовательного внутреннего остеосинтеза / В.В. Хоминец, А.В. Щукин, С.В. Михайлов, И.В. Фоос // Политравма. 2017. № 3. С. 12–22.
3. URL: <http://medbe.ru/materials/boevye-travmy-konechnostey/ognestrelnye-perelomy-kostey-konechnostey/> (дата обращения: 20.04.2018).
4. Андреева Г.О. Хронический болевой синдром при заболеваниях периферической нервной системы (клиника, психопатологические нарушения, лечение и прогноз): монография / Г.О. Андреева, А.Ю. Емельянов, В.И. Евдокимов. СПб.: Политехника сервис, 2014. 96 с.
5. Военно-полевая хирургия: учебник / под ред. Е.К. Гуманенко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 768 с.
6. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: руководство / под ред. Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 672 с.
7. Одинак М.М. Современные методы модуляции компенсаторно-восстановительных процессов при травматических невралгиях и плексопатиях / М.М. Одинак, С.А. Живолупов, И.А. Вознюк // Механизмы развития и принципы лечения заболеваний периферической нервной системы: материалы конф. М., 2007. С. 97–108.
8. Неборский С.А. Традиционные методы лечения в медицинской реабилитации пострадавших с последствиями минно-взрывных ранений: дис. ... канд. мед. наук (14.00.51) / С.А. Неборский. Тула, 2005. 184 с.

9. *Васильева Л.Ф.* Традиционная и классическая медицина. Единство и борьба противоположностей / Л.Ф. Васильева // Мануальная терапия. 2015. № 1. С. 41–50.
10. *Васильева Л.Ф.* Способ восстановления оптимального статического и динамического стереотипа пациента путем усиления афферентного потока ассоциативных связей гипотонической или гипертонической мышцы / Л.Ф. Васильева, У.Б. Берзарова // Мануальная терапия. 2016. № 1. С. 62–66.
11. *Чилилов А.М.* Сравнительная эффективность различных методик комплексного лечения раненых с огнестрельными повреждениями конечностей / А.М. Чилилов, Б.А. Ахмедов, В.К. Козлов // Политравма. 2016. № 4. С. 52–62.