

Кафедра травматологии и ортопедии ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации успешно и плодотворно работает под руководством профессора А.И. Городниченко с 1994 года. Базами кафедры являются Центральная клиническая больница с поликлиникой и Городская клиническая больница № 71 города Москвы. На кафедре проводится подготовка клинических ординаторов и аспирантов по специальности травматология и ортопедия, практических врачей на циклах усовершенствования. Приоритетным направлением кафедры является проблема лечения переломов длинных костей различного характера и локализации методом чрескостного остеосинтеза. В 1997 году был создан универсальный репозиционный аппарат внешней фиксации для чрескостного остеосинтеза длинных костей, который стал лучшей альтернативой средствам внутренней фиксации и другим спицевым аппаратам. Ведущими направлениями кафедры являются проблемы лечения травматолого-ортопедических пациентов пожилого и старческого возраста, пострадавших с политравмой, применения интерактивной электростимуляции в отношении уменьшения болевого синдрома, отечности и восстановления функции поврежденной конечности после оперативного лечения.

Ключевые слова: травматология, ортопедия.

Кафедра травматологии и ортопедии ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации успешно и плодотворно работает под бессменным руководством доктора медицинских наук, профессора Анатолия Ивановича Городниченко с 1994 года на базе Городской клинической больницы № 71 города Москвы, а с 2000 года базой кафедры также является Центральная клиническая больница с поликлиникой. На кафедре проводится подготовка клинических ординаторов и аспирантов по специальности травматология и ортопедия, практических врачей на циклах усовершенствования. Многие из наших выпускников продолжают успешно работать в лечебно-диагностических учреждениях ГМУ Управления делами Президента Российской Федерации, а также трудятся в системе городского здравоохранения. Сотрудники кафедры плодотворно взаимодействуют с практическими врачами, благодаря чему стало возможным бурное развитие травматологической службы клинических баз в последние годы.

Приоритетным направлением кафедры является проблема лечения переломов длинных костей различного характера и локализации методом чрескостного остеосинтеза. В 1997 году заведующим кафедры профессором А.И. Городниченко был создан универсальный репозиционный аппарат внешней фиксации для чрескостного остеосинтеза длинных костей, в котором держатели стержней свободно перемещались и самоустанавливались в процессе репозиции, не препятствуя устранять все виды смещений костных отломков, поэтому они были названы «плавающими» [1]. На основании нашего опыта лечения пациентов с полифокальными и многооскольчатыми переломами, а также переломами с обширным повреждением мягких тканей наиболее предпочтительным методом фиксации является метод чрескостного остеосинтеза. Преимуществами метода являются простота хирургической методики, безопасность и минимальная травматизация мягких тканей, проведение фиксаторов вне области повреждения костей и мягких тканей, предотвращающее дополнительное нарушение кровообращения и развитие инфекционных осложнений. Поскольку доказано, что ранний закрытый чрескостный остеосинтез переломов позволяет значительно снизить сроки лечения и реабилитации, а также является способом профилактики жировой и тромбоэмболии, его преимуще-

ства неоспоримы. Все узлы и детали аппарата многоразового использования, что значительно увеличивает экономический эффект от применения данного устройства. На основании полученных результатов можно говорить об убедительном преимуществе применения закрытого чрескостного остеосинтеза для лечения сложных переломов длинных костей и о значительном превосходстве по многим параметрам нового репозиционного стержневого аппарата с «плавающими» фиксаторами стержней, позволяющего улучшить результаты хирургического лечения и повысить качество жизни пациентов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Минимальная травматизация мягких тканей и практическое отсутствие кровопотери в ходе операции являются ощутимыми преимуществами перед средствами внутренней фиксации. Простота и безопасность аппарата, а также одностороннее расположение, дающее свободный доступ к поврежденному сегменту, положительно отличают его от широко распространенных спицевых аппаратов. Значительная жесткость фиксации, превосходящая все известные стержневые аппараты, рентгенпрозрачность наиболее крупных компонентов, а также возможность проведения и фиксации спиц с упорной площадкой позволяют считать его наиболее совершенным из стержневых аппаратов внешней фиксации. Мы считаем, что данный стержневой аппарат — лучшая альтернатива средствам внутренней фиксации и другим спицевым и стержневым аппаратам для чрескостного остеосинтеза, а также является универсальным аппаратом для лечения переломов любой локализации и характера.

Аппарат внешней фиксации и канюлированный стержень на 48-й Всемирной выставке изобретений «Эврика 1999» в Брюсселе удостоены золотой медали с отличием и серебряной медали, а на 8-й Международной выставке изобретений «Восток-запад евро интеллект 2000» в Софии — трех золотых медалей и почетного кубка президента выставки профессора Делюша.

Одним из ведущих направлений кафедры является проблема лечения травматолого-ортопедических пациентов пожилого и старческого возраста. В последние годы сотрудниками кафедры активно внедряются в повседневное использование самые современные методы лечения: эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов лучшими зарубежными эндопротезами, остеосинтез перело-

мов внутренними фиксаторами (системы DHS, DCS, PFN, PHN, UTN, LISS, LCP). У лиц пожилого и старческого возраста оперативное вмешательство должно проводиться в экстренном порядке и создавать стабильный остеосинтез костных отломков в анатомически правильном положении. Применение современных фиксаторов позволяет получить у подавляющего большинства пациентов хорошие результаты при неукоснительном соблюдении методик операции и проведении восстановительного лечения. Использование современных малотравматичных фиксаторов сокращает сроки стационарного лечения, период реабилитации и временной нетрудоспособности пациентов, улучшая качество их жизни и возвращая их к активной жизнедеятельности.

Наш опыт лечения пациентов пожилого и старческого возраста с переломами вертельной области бедренной кости позволяет утверждать, что метод интрамедуллярного остеосинтеза фиксаторами PFN, и особенно PFNA, характеризуется минимальным повреждением мягких тканей и кости во время хирургического вмешательства, незначительной кровопотерей и созданием стабильной фиксации костных отломков на протяжении всего периода лечения. Способ может быть применен у пострадавших различного возраста с чрез-, меж- и подвертельными переломами бедренной кости, но особенно показан пациентам пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и выраженным остеопорозом. Применение аппарата конструкции А.И.Городниченко сочетает в себе все преимущества фиксатора PFN, а также позволяет получить экономический эффект от многократного применения конструкции [4]. Стабильный остеосинтез вертельных переломов бедренной кости современными фиксаторами позволил сократить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшить период реабилитации и повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде. Результаты исследований позволяют рекомендовать фиксаторы PFN, PFNA и аппарат конструкции А.И.Городниченко для лечения пациентов с переломами вертельной области бедренной кости, особенно у пострадавших пожилого и старческого возраста с сопутствующим остеопорозом.

На основании нашего опыта комплексного лечения больных старческого возраста с переломами шейки бедренной кости можно заключить, что операция эндопротезирования тазобедренного сустава дает возможность избавить пациентов от боли, вернуть нормальную походку, и полностью восстановить функцию оперированной конечности при хорошем исходе. В старческом возрасте имеет неоспоримые преимущества эндопротезирование конструкцией «double cup», которое позволяет сократить травматичность и продолжительность оперативного вмешательства, значительно уменьшить интраоперационную кровопотерю, снизить число послеоперационных осложнений и вернуть пациентов к их прежнему образу жизни [3]. Комплексное лечение пациентов старческого возраста с сопутствующим остеопорозом должно включать применение препаратов кальция, витамина D3 и группы бисфосфонатов, что способствует не только увеличению продолжительности функционирования эндопротеза, но и профилактике возникновения новых переломов другой локализации [5]. Разработанная в клинике специальная программа физических упражнений направленная на ускоренную реабилитацию пациентов старческого возраста после операции первичного эндопротезирования тазобедренного сустава позволила сократить сроки восстановления, улучшить качество жи-

ни больных в послеоперационном периоде и вернуть их к прежней жизнедеятельности.

Лечение пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями является чрезвычайно актуальной проблемой в современной травматологии, необходимость решения которой особенно остро обозначилась перед врачами травматологами в последние годы в связи с увеличением частоты и тяжести подобных повреждений, вызванным ростом числа дорожно-транспортных происшествий, техногенных катастроф, очагов военных конфликтов. Анализ нашего опыта лечения переломов длинных костей у пострадавших с политравмой позволяет утверждать, что применение стабильного раннего остеосинтеза длинных костей при политравме позволило добиться скорейшей консолидации переломов, уменьшить сроки стационарного лечения и реабилитации больных, снизить их инвалидизацию. Оперативную стабилизацию перелома осуществляли в качестве одной из первоочередных мер в комплексе противошоковых мероприятий и производили в первые часы после травмы одновременно с оперативными вмешательствами на других полостях и сегментах. При остеосинтезе в связи с высокой стабильностью и наименьшей травматичностью мы отдавали предпочтение закрытому чрескостному остеосинтезу стержневыми аппаратами с «плавающими» фиксаторами стержней, не умаляя достоинств закрытого интрамедуллярного остеосинтеза штифтами, поскольку подход к решению вопроса о способе стабилизации переломов длинных костей конечностей являлся сугубо индивидуальным [2].

В последние годы сотрудниками кафедры проводились работы по изучению клинической эффективности применения интерактивной электростимуляции в комплексных стандартных методах лечения переломов в отношении уменьшения болевого синдрома, отечности и восстановления функции поврежденной нижней конечности у пациентов с переломами после оперативного лечения. Методика интерактивной электростимуляции была реализована с применением прибора интерактивного электростимулирующего «InterX 5000» [6]. Анализ полученных результатов показал, что применение «InterX 5000»-терапии позволило ускорить купирование болевого синдрома у послеоперационных больных, снизить дозировки анальгетических препаратов. Был отмечен положительный эффект «InterX 5000»-терапии на уменьшение отечности оперированной нижней конечности, что позволяло увеличить средний объем движений в оперированном суставе. Применение «InterX 5000»-терапии позволило быстрее восстановить функцию оперированной конечности и сократить время реабилитации пациентов. Неблагоприятные эффекты от проводимой «InterX 5000»-терапии отсутствовали.

Под руководством профессора А.И.Городниченко сотрудниками кафедры ведется активная научно-исследовательская работа по разработке и внедрению в практическое здравоохранение новых аппаратов для чрескостного остеосинтеза длинных костей, методов и способов лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. С 1994 по 2008 год сотрудниками кафедры получено 11 патентов Российской Федерации на изобретения, защищены 3 диссертации, опубликовано 5 методических рекомендаций для врачей и более 200 печатных работ в журналах, материалах съездов, конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций.

В XXI веке мы особенно отчетливо осознаем необходимость повышения качества оказываемой травматологической помощи, которая определяется не только своевременной диагностикой, высоким уровнем лечения, достижениями медицинской техники, но и самым главным — наличием высококвалифицированных специалистов, преданных своему делу и желающих добиться наилучших результатов. Именно подготовка таких специалистов является основной целью нашей работы, позволяя решить приоритетные задачи оказания квалифицированной медицинской помощи, снижения отрицательных последствий травматизма, и в первую очередь, смертности и инвалидности, улучшения результатов лечения и качества жизни пострадавших.

Литература

1. *Городниченко А.И. Основные направления создания и внедрения в России аппаратов внешней фиксации в травматологии и ортопедии на рубеже 2000 года// Авторский проект. — 1999. — М. — 10с.*
2. *Городниченко А.И., Усков О.Н. Чрескостный остеосинтез аппаратами конструкции Городниченко в лечении пострадавших с политравмой// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — М. — Издательство «Медиа Сфера». — 2004. — №9. — С.50–54.*

3. *Городниченко А.И., Усков О.Н., Горбатов В.И., Драгунас А.Ю. Комплексное лечение пациентов пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости// Кремлевская медицина. Клинический вестник. — М. — Филиал ФГУП Издательство «Известия» УДП РФ. — 2007. — №3. — С. 76–77.*

4. *Миронов С.П., Городниченко А.И., Усков О.Н., Сорокин Г.В. Чрескостный остеосинтез при переломах вертельной области бедренной кости// Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова — М. — Медицина. — 2002. — №4. — С. 13–17.*

5. *Миронов С.П., Родионова С.С., Колондаев А.Ф. и др. Схемы назначения препаратов, регулирующих интенсивность стрессового ремоделирования вокруг имплантата, при эндопротезировании тазобедренного сустава// Пособие для врачей. — 2002. — М. — 14 С.*

6. *Gorodetskiy I.G., Gorodnichenko A.I., Tursin P.S., Reshetnyak V.K., Uskov O.N.// Non-invasive interactive neurostimulation in the post-operative recovery of patients with a trochanteric fracture of the femur / Journal of Bone and Joint Surgery — British Volume, 2007; Vol 89-B, Issue 11, 1488–1494.*

Восстановительная медицина и реабилитация

В.Ф. Казаков, И.Н. Макарова, Г.В. Ускова, А.Н. Шеина, Н.Ф. Шимук, И.А. Жук
Кафедра восстановительной медицины и курортологии ФГУ «УНМЦ» УД Президента РФ

Статья посвящена историческим аспектам развития клинической реабилитации, ее роли в профилактике и лечении. Немедикаментозные методы лечения истари входят в комплексные программы лечения больных различными заболеваниями и травмами. Все они: рациональное сбалансированное питание, физиотерапия, психотерапия, кинезотерапия — составляют основу медицинской реабилитации и восстановительного лечения. Основными направлениями реабилитационной и восстановительной медицины являются профилактика заболеваний, восстановительное лечение больных непосредственно в острый и хронический период заболеваний, травм и ранений, а также медицинская реабилитация больных и инвалидов с последствиями травм, операций и заболеваний. Кафедра восстановительной медицины и курортологии занимается изучением, созданием, совершенствованием и внедрением в лечебную практику программ восстановительного лечения, а также обучением и совершенствованием знаний в этой области врачей.

Ключевые слова: немедикаментозные методы лечения, медицинская реабилитация, восстановительное лечение, рациональное питание, физиотерапия, психотерапия, двигательная терапия.

Современная восстановительная медицина все больше внимания уделяет не только лечению пациентов с использованием лекарственных средств, но и лечению с помощью немедикаментозных методов, которые также популярны при первичной и вторичной профилактике заболеваний и клинической реабилитации. Значимость применяемых немедикаментозных методов, как правило, нарастает по мере отдаления от острого периода: в стационаре они используются в меньшем объеме, в реабилитационном центре, поликлинике и санатории — значительно больше.

При первичной профилактике речь идет прежде всего о пропаганде и внедрении здорового образа жизни; при вторичной профилактике — о том же самом и некоторых дополнительных немедикаментозных методах, способствующих сокращению сроков болезни, повышению эффективности лечения, предотвращению осложнений и обострений.

Реабилитация зародилась в недрах военной медицины. Она, прежде всего, использовалась при протезировании ампутированных конечностей, главным образом, у раненых на войне. С совершенствованием конструкции протезов росла и необходимость в обучении пользователей ими и

в физической тренировке пациентов. Возникли и хирургические методы реабилитации, способствующие более эффективному протезированию, начало которым положили костно-пластические операции Н.И. Пирогова.

Современные принципы реабилитации в странах Европы и в России были сформулированы в 1919 г. в связи с лечением раненых во время первой мировой войны. Обособление реабилитации началось в 20-е годы XX столетия, но особенно оно было стимулировано опытом лечения раненых во время второй мировой войны.

По данным статистики, в период Великой Отечественной войны из общего числа санитарных потерь около 70% было возвращено в строй, что явилось достижением и реабилитационных служб, в которых все большее участие в этот период стали принимать терапевты.

В 1947 г. реабилитация официально объявлена Американской комиссией по медицинским специальностям самостоятельной дисциплиной.

Охрана и восстановление нарушенного здоровья, т.е. медицинская реабилитация, — одна из важнейших задач государства не только в военное, но и в мирное время. По