

«Применение СРМ-терапии у пациентов после травм и ортопедических операций в амбулаторной практике»

Проф. Ломтатидзе Е.Ш., Мирошниченко А.П., Сараев А.В.,
Маркин А.В., Герасимов А.А..

ФГБУ РНИИТО им. Р.Р. Вредена, РУДН ФПК

Санкт-Петербург, Москва 2012

Актуальность



За последние годы качество травматологической помощи в РФ вышло на новый, более высокий уровень за счет высокотехнологичных операций, новых видов металлоконструкций и усовершенствования оперативных техник.

Все это позволяет уменьшить интраоперационную травму, увеличить стабильность остеосинтеза и более точно восстановить анатомию поврежденного сегмента. В то время, как подход к восстановительному лечению и методы реабилитации остались прежними и не отвечают требованиям современного пациента.

Актуальность



В результате увеличивается длительность восстановительного лечения, снижается психоэмоциональный статус и адаптивные возможности пациента, повышается риск развития осложнений, требующих повторного вмешательства в виде редрессаций и артролизом.

В итоге даже безупречно выполненная операция не гарантирует получения хорошего функционального результата, особенно у пациентов с сочетанной травмой, тяжелыми внутрисуставными переломами и у лиц пожилого возраста.

Метод



СРМ-терапия (**Continues Passive Motion**) – вид механотерапии, в основе которого лежат продолжительные (несколько часов в сутки), пассивные (без мышечного сокращения), движения в одном или нескольких суставах конечностей, воспроизводимые СРМ-аппаратом.



Этапы лечения



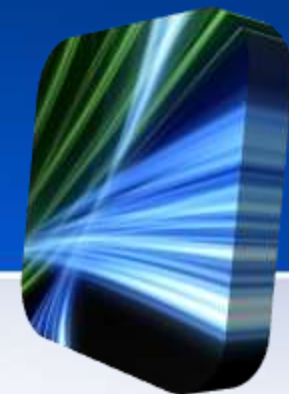
- Обработка заявки и доставка аппарата СРМ-терапии на дом пациенту.
- Определение врачом – специалистом для пациента принципов, цели и схемы лечения.
- Настройка аппарата под антропометрические особенности пациента.
- Обучение пациента программированию аппарата, объяснение принципа выбранного лечения.
- Заполнение медицинской и другой документации.

Этапы лечения



- Самостоятельное лечение по выбранной схеме, регистрация достигнутых результатов.
- Информационная поддержка специалистом в течении 24 часов.
- Выезд врача - специалиста на дома, при невозможности дистанционного решения возникших проблем пациента.
- Регистрация конечного результата, забор аппарата.

Цель исследования



Определить эффективность СРМ-терапии в восстановительном лечении пациентов после травм и ортопедических операций и возможность встраивания данной системы в реабилитационную службу Российского Здравоохранения.

Материалы



В России за 2011 более 1000 пациентов прошли курс СРМ-терапии в домашних условиях.

Распределение пациентов по группам:

- Эндопротезирование коленного сустава 30%
- Переломы проксимального отдела плечевой кости 12%
- Переломы мыщелка плечевой кости 8%
- Переломы мыщелков б/берцовой кости 7%
- Переломы локтевого отростка 6%
- Переломы лодыжек 6%
- Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости 6%
- Артроскопические операции 5%
- Другие 20%

Критерии отбора



Однородная группа состояла из 100 пациентов.

- возраст от 60 до 75 лет.
- Диагноз: гонартроз 3ст. с варусной деформацией не более 15 градусов, сгибательно-разгибательная контрактура не более 30 – 90 градусов.
- Отсутствие болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника, т/бедренных суставах и варикозной болезни вен нижних конечностей.
- Операция: первичное тотальное эндопротезирование коленного сустава.

Оценка показателей



- Срок достижения амплитуды движения в коленном суставе 0-110 градусов.
- Болевой синдром во время сеансов и после (VAS).
- WOMAC.
- KSS.
- SF - 36

Результаты

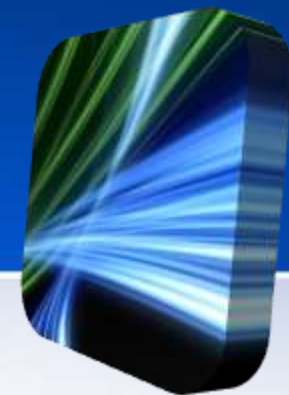


Срок достижения амплитуды движения в коленном суставе 0 – 110 градусов.

- 74% пациентов достигли к 7 суткам.
- 18% пациентов достигли к 12 суткам.
- 4% пациентов достигли к 23 суткам.
- У 4% пациентов результат не был достигнут или был достигнут более чем через 30 суток.

У последних пациентов не удалось достигнуть оптимального сгибания. При оценке рентгенограмм в боковой проекции были выявлены грубые ошибки постановки компонентов эндопротеза, которые и приводили к стойкому ограничению сгибания в коленном суставе.

Результаты VAS боль

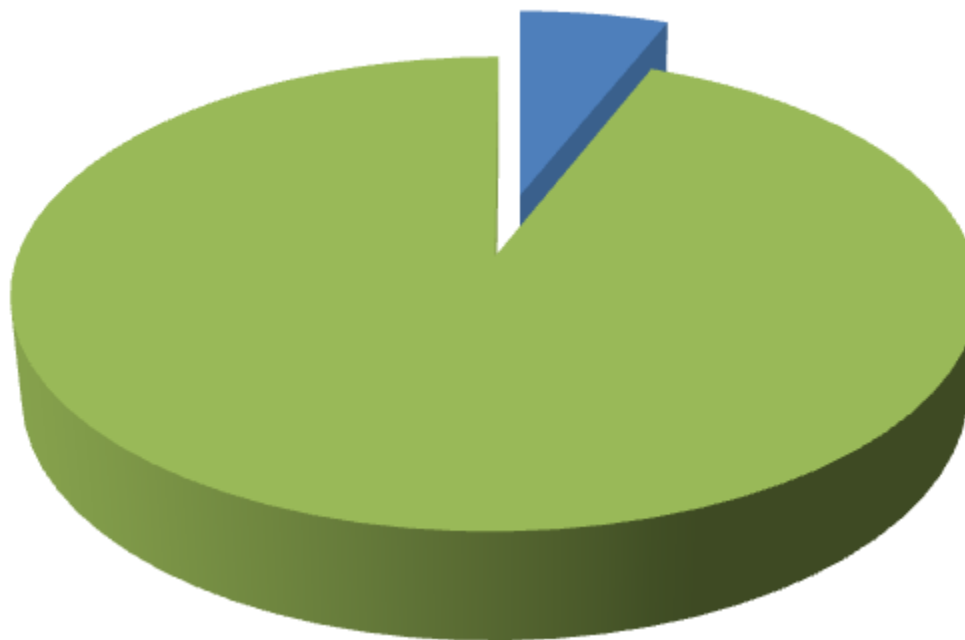


- 83% пациентов не отмечали болевого синдрома во время сеансов СРМ-терапии, из них 5% нуждалось в однократном приеме анальгетиков через час после второго сеанса в сутки.
- 11% отметили болевой синдром на уровне 1 - 3 баллов во время сеанса СРМ-терапии, но не принимали анальгетиков. Однократный прием был отмечен у всех сразу после сеанса.
- У 6% болевой синдром был больше 3х баллов. Все нуждались в регулярном приеме анальгетиков, как во время сеансов, так и между ними.

Результаты WOMAC



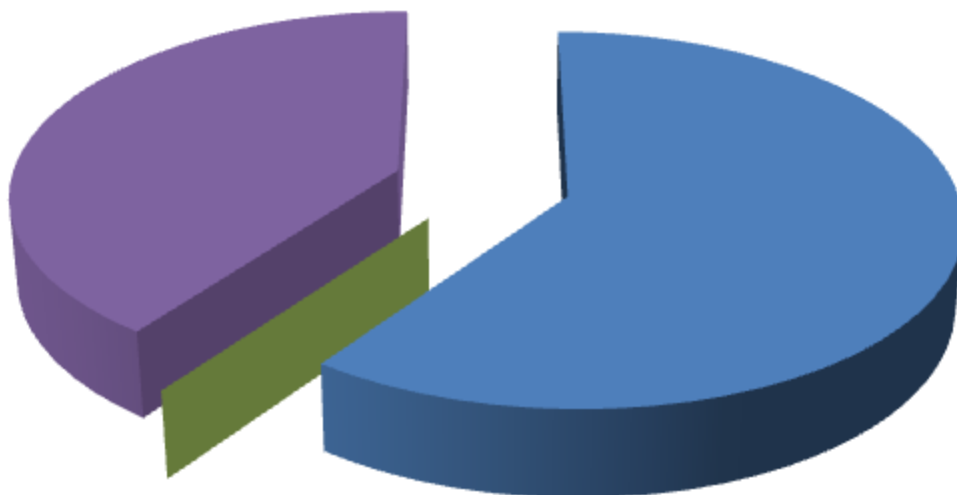
- Средние значения были у 94% пациентов.
- Низкие значения были у 6% пациентов.



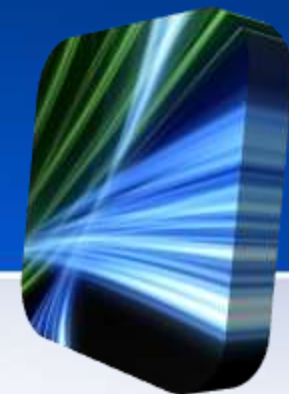
Результаты KSS



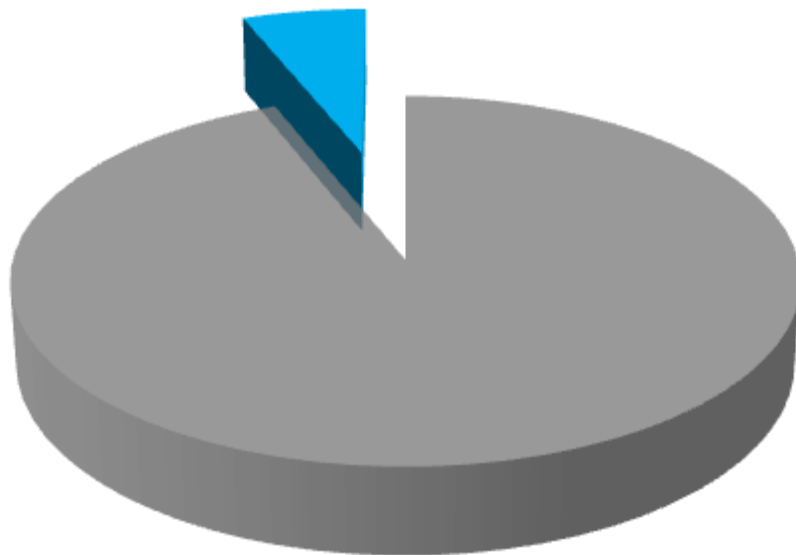
- Средние значения были у 66% пациентов.
- Низкие значения были у 44% пациентов.



Результаты SF-36



- Средние значения были у 94% пациентов.
- Низкие значения были у 6% пациентов.



Примеры



Клинические примеры



Выводы:



- Полученные результаты имеют расхождения с данными зарубежной литературы. Их показатели выше. Данные расхождения мы объясняем тем, что параллельно с СРМ-терапией в зарубежных странах пациенты получают миостимуляцию и максимальные дозы анальгетиков на протяжении месяца после операции.
- Внедрение данной схемы реабилитации в Российскую систему здравоохранения позволит повысить качество жизни наших пациентов, снизить необходимость повторных вмешательств в виде редрассаций и артролизом, повысить оборачиваемость хирургической койки, снизить нагрузку с персонала ЛФК.

Заключение



В связи с дефицитом реабилитационных центров и несостоятельностью амбулаторного звена, внедрение стационаророзамещающей системы восстановительного лечения, основанной на использовании СРМ – терапии в домашних условиях является инновационным решением проблемы своевременной реабилитации после травм и ортопедических операций.



Спасибо за внимание!