

тель смертности в ДТП в Ивановской области на треть ниже, чем в РФ, однако значительно превышает аналогичный показатель ряда зарубежных стран.

#### Список литературы

1. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Динамика основных показателей дорожно-транспортных происшествий с пострадавшими в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №12-5. – С. 643-644.
2. Базанов С.В. Социально-экономический ущерб от гибели пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №11-5. – С. 649.
3. Белоусов А.И., Базанов С.В., Потапенко Л.В. Опыт работы Территориального центра медицины катастроф Ивановской области // Медицина катастроф. – 2006. – № 1-2. – С. 12–13.
4. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Трехуровневая система оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП на территории Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – №12. – С. 42.
5. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Совершенствование трехуровневой системы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №11-5. – С. 696.
6. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Организация оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях в Ивановской области // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №11-5. – С. 653-654.
7. Базанов С.В., Потапенко Л.В. Участие Территориального центра медицины катастроф Ивановской области в выполнении мероприятий подпрограммы «Повышение безопасности дорожного движения в Ивановской области на 2014–2017 годы» // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – №11. – С.47.

#### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА У ПАЦИЕНТОВ ЦЕНТРА РЕАБИЛИТАЦИИ «ТИНАКИ»

Брынцева И.А., Тимошин С.А.,  
Трубникова Т.В., Петелина Е.В.,  
Кравченко Л.В., Хаджаева Р.Ф.,  
Самотруева М.А.

ФБУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки»,  
Астрахань, e-mail: ms1506@mail.ru

Актуальной медицинской проблемой, обусловленной не только высокой частотой встречаемости среди взрослого трудоспособного населения, но и многообразием клинических проявлений, является остеоартроз, в частности гонартроз. Несмотря на наличие широкого арсенала современных лекарственных средств, предназначенных для фармакотерапии остеоартроза, специалисту нередко приходится сталкиваться с проблемой ее неэффективности, что подчеркивает актуальность внедрения инновационных лечебных мероприятий, в том числе и физиотерапевтической направленности [3].

Одним из эффективных современных методов физиотерапии, применяемых при широком спектре заболеваний с лечебной и профилактической целями, является ударно-волновая

терапия (УВТ). Ударно-волновая терапия представляет собой неинвазивный метод лечения, основанный на преобразовании электромагнитных колебаний в акустические волны инфразвукового диапазона [4]. В последние годы доказаны основные клинические эффекты УВТ: анальгетический, метаболический, противовоспалительный, направленные на активизацию микроциркуляции и неоваскуляризации, а также уменьшение выраженности фиброзных изменений. Данный метод лечения находит все большее и большее число сторонников в клинической медицине, что обусловлено высокой эффективностью и практикой применения процедуры.

В ФБУ Центре реабилитации Фонда Социального страхования Российской Федерации «Тинаки» под наблюдением находилось 40 человек с гонартрозом (15 – с I и 25 – со II рентгенологическими стадиями по Келлгрэну-Лоуренсу), получавших процедуру УВТ. Критериями исключения были наличие у пациента других ревматических заболеваний, тяжелых заболеваний печени, почек, сердечно-сосудистой системы, выраженной эндокринной патологии, астмы, хронических обструктивных болезней дыхательных путей, онкологический анамнез.

УВТ проводили на формирующем ударную волну на основе пьезоэлектрического принципа аппарате Piezo Wave (Richard Wolf, Австрия) с использованием чашеобразного аппликатора F10G4, фокусная зона насадки 10 мм–2,5 мм–2,5 мм. Процедуры проводили 1 раз в 5-7 дней при уровне энергии до 0,822 мДж/мм<sup>2</sup>, частоте воздействия 4 Гц, интенсивности до 3000 импульсов/сеанс. Курс лечения составлял 5 процедур. Протокол процедуры следующий: 1) выбор гелевой «подушки» толщиной 5–15 мм; 2) нанесение геля для физиотерапевтического воздействия; 3) регуляция частоты и интенсивности; 4) воздействие в точке наибольшей болезненности. Всем пациентам была дана рекомендация по ограничению физических нагрузок в течение всего курса физиотерапии и на протяжении 4-х недель после окончания лечения.

Эффективность ударно-волновой терапии оценивали на основании результатов Мак-Гилловского болевого опросника, а также визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) боли в покое и при ходьбе [1, 2]. Кроме того, с целью определения возможного восстановления жизнедеятельности использовали опросники, отражающие в определенной степени качество жизни пациентов. Так, исследование проводили на основании оценки функционального индекса Лекена и результатов теста «Самочувствие, активность и настроение» [5]. Результаты оценивали как выздоровление, улучшение и без эффекта.

Результаты исследования подтвердили высокую эффективность ударно-волновой терапии у пациентов с гонартрозом: выздоровление с рентгенологическим подтверждением достиг-

нуто у 6 пациентов с I стадией (40%), остальные закончили лечение с клиническим улучшением. Начиная со 2-ой процедуры, больные отмечали уменьшение боли и других клинических признаков заболевания. Достоверно снизилась интенсивность болевого синдрома, определяемая по ВАШ и опроснику Мак-Гилла ( $p < 0.05$ ). Статистически значимое улучшение функционального индекса Лекена и результатов теста «Самочувствие, активность и настроение» отмечалось уже к 3-й процедуре. Следует отметить, что все пациенты подтверждали «хорошую» переносимость ударно-волновой терапии.

В качестве примера приведем клиническое наблюдение.

Большая Л., 57 лет.

Жалобы на боли в правом коленном суставе, возникающие при движении, боль, ощущение распирания при статической нагрузке, некоторое ограничение объема движений из-за боли. Больной считает себя в течение года, начало заболевания связывает с травмой. При рентгенографии выявлены признаки субхондрального остеосклероза, незначительные краевые костные разрастания

Диагноз: Остеоартроз правого коленного сустава I степени.

Для лечения использовали чашеобразный аппликатор с гелевой подушкой 10 мм.

Процедуры проводили 1 раз в 5 дней, курс лечения состоял из 5 сеансов. Параметры воздействия: частота 4-5 Гц, 1000-3000 импульсов за сеанс, интенсивность постепенно возрастающая до 048 мДж/мм<sup>2</sup> с четким ощущением пациенткой ударных волн.

Положительная динамика была отмечена уже в начале лечения, после проведения пяти сеансов исчезли боли, восстановился объем движений в суставе. Через месяц после окончания лечения стойкий терапевтический эффект сохранился.

Таким образом, в нашем исследовании были получены данные, которые свидетельствуют об эффективности ударно-волновой терапии при гонартрозе, что проявляется в уменьшении болевого синдрома и улучшении качества жизни пациентов. Отмечены хорошая переносимость и быстрое наступление эффекта (по окончании 3-5 процедур), что согласуется с данными других работ [4].

#### Список литературы

1. Григорьева В.Н. Психосоматические аспекты нейро-реабилитации. Хронические боли. – Н.Новгород, издательство НГМА, 2004. – 420 с.
2. Крыжановский Г.Н. Центральные патофизиологические механизмы боли // Боль и ее лечение. – 2000. – № 12. – С. 2–4.
3. Михайлова А.С. Прединдикторы эффективности локальной терапии гонартроза препаратами гиалуроновой кислоты: автореферат дисс. ... канд.мед.наук. – Оренбург, 2012. – 21 с.
4. Шевелева Н.И., Минбаева Л.С. Ударно-волновая терапия в программах реабилитации // Advances in current natural sciences. – 2014. – № 12. – С. 352-357.

5. Lequesne M.G. The algofunctional indices for hip and knee osteoarthritis // J. Rheumatol. – 1997. – Vol. 24. – P. 779-781.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ И КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Гиниятов А.Р., Доники А.Д.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: addonika@yandex.ru

**Актуальность.** Переломы проксимально-отдела бедренной кости составляют от 15 до 55% от всех переломов. Из них переломы шейки бедра встречаются в 50-55% случаев, в 30-40% регистрируются переломы вертельной области, на подвертельный массив приходится около 32-40%. Переломы вертельной области бедра происходят намного чаще в старческом возрасте – около 60% [1].

Цель работы: Сравнительная оценка летальности при оперативном и консервативном лечении чрезвертельных переломов бедренной кости (далее ЧПБК).

**Материал и методы.** Эмпирическую базу исследования составили результаты обследования и лечения 105 пациентов с ЧПБК, находившихся на лечении в отделении травматологии и ортопедии ГУЗКБ №12 города Волгограда в период с 2012 г. по 2014 г.

Результаты: В основной группе (N=76) проведено оперативное лечение в объеме БИОС, процент летальности до 1 года после операции составил 5 пациентов (7,3%). Летальность в промежутке от 1-2 лет после операции составила 2 пациента (2,8%), после 2 лет после БИОС – 2 пациента (2,8%). Общая летальность за весь промежуток времени составила 9 пациентов (11,8%). Различия достоверности  $F < 0,01$ . В контрольной группе (N=29) проведено консервативное лечение посредством наложения системы скелетного вытяжения, деротационного сапожка, ортезов и т.д. Процент летальности в данной группе до 1 года составил 6 пациентов (19,4%), в период от 1-2 лет – 1 пациент (2,8%), а после 2х лет – 1 пациент (3,7%). Общая летальность за весь промежуток времени в данной группе составила 8 человек (27,6%). Различия достоверности  $F < 0,01$ .

**Вывод.** Оперативное лечение ЧПБК на ранних сроках после полученной травмы в значительной степени снижает процент летальности пациентов, чем отсроченное консервативное лечение.

#### Список литературы

1. Маланин Д.А. Область большеберцового прикрепления передней крестообразной связки с позиции хирургической анатомии // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – № 1. – С. 53.