

Реабилитация больных после операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава

А.В.Скороглядов, А.Б.Бут-Гусаим, И.В.Сиротин

Российский государственный медицинский университет, кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ, Москва (зав. кафедрой – проф. А.В.Скороглядов)

Рассмотрены вопросы реабилитации больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Приведена программа реабилитации пациентов. Прооперировано 707 пациентов с травмами и заболеваниями тазобедренного сустава. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Выявлено 5 тромбозов глубоких вен, 7 вывихов головок протеза по причинам, не связанным с качеством установки.

Ключевые слова: реабилитация, эндопротезирование тазобедренного сустава, программа реабилитации

Rehabilitation of patients after total hip replacement

A.V.Skoroglyadov, A.B.But-Gusaim, I.V.Sirotnin

Russian State Medical University, Department of Traumatology and Orthopaedics and Field Surgery, Moscow (Head of the Department – Prof. A.V.Skoroglyadov)

Questions of rehabilitation of patients after total hip replacement are under consideration. The program of rehabilitation of patients is represented. 707 patients with traumas and diseases of a hip were operated. Early postoperative complications were not observed. There were revealed 5 thromboses of deep veins, 7 dislocations of heads of an artificial limb for the reasons not connected with quality of installation.

Key words: rehabilitation, total hip replacement, program of rehabilitation

Дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренных суставов (ДДЗТС) относятся к числу наиболее распространенных форм поражения опорно-двигательного аппарата; около 10–12% населения планеты имеют клинические симптомы остеоартроза [1–4]. Частота поражений тазобедренного сустава (ТБС) дегенеративно-воспалительными заболеваниями составляет 71,2%, воспалительными – 14% [5]. Наиболее тяжелой и частой формой остеоартроза является деформирующий коксартроз (КА), частота которого составляет 40–50% среди всех его вариантов [6] и достигает в России 17,8 случаев на 10 000 взрослых жителей.

На поздних стадиях заболевания деформирующий коксартроз и асептический некроз головки бедренной кости приводят к существенным нарушениям функции сустава и к значительным ограничениям жизнедеятельности пациентов; по данным А.А.Белякова и соавт. [7], связанная с этим стойкая утрата трудоспособности составляет 14,6–37,6% в структуре общей инвалидности в стране. Поэтому одной из главных проблем современной ортопедии является лечение ос-

теоартроза и, в частности, коксартроза как его частного проявления [8].

Подавляющее большинство отечественных и зарубежных ортопедов-травматологов солидарны в том, что наиболее эффективным методом медицинской и социальной реабилитации данной категории пациентов является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТБС) [2, 3, 9, 10]. Эта операция имеет значимые преимущества по сравнению с традиционными вмешательствами (корригирующая остеотомия бедра, артродез, остеосинтез и др.) и получает все большее распространение в практике. Так, по данным S.Mendenhall [11], в 6 странах мира (США, Германии, Японии, Великобритании, Италии, Франции) в течение 2002 г. были выполнены 571 700 операций ТЭТБС; есть основания полагать, что сейчас их число превышает 1,5 млн в год [3].

Актуальность вопросов реабилитации больных после операций эндопротезирования тазобедренного сустава также не вызывает сомнений и обусловлена значительно возросшим числом этих больных.

Пациенты и методы

Нами за период с 2000 по 2007 гг. выполнено 767 операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава 709 пациентам по поводу травм и заболеваний тазобедренного сустава. Однако одно лишь оперативное вмеша-

Для корреспонденции:

Сиротин Иван Владимирович, аспирант кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Российского государственного медицинского университета

Адрес: 117292, Москва, ул. Вавилова, 61, ГКБ №64

Телефон: 8 (499) 135-9164

E-mail: ivsir@mail.ru

Статья поступила 23.02.2008 г., принята к печати 30.06.2008 г.

тельство не решает все вопросы, связанные с полноценным возвращением больного к прежнему образу жизни и к труду. Достичь этого можно лишь при условии полного восстановления опорно-двигательной функции больной конечности, биомеханики ходьбы, а также адаптации пациента к изменившимся условиям опоры на пораженную конечность и приспособления его к длительным статическим и динамическим нагрузкам. Все эти вопросы решаются в ходе реабилитационного лечения в послеоперационном периоде.

Для достижения успеха необходима правильная организация и проведение восстановительного лечения в послеоперационном периоде, начало которому должно быть положено уже в период предоперационной подготовки (см. рисунок).

Программа реабилитации включает в себя несколько периодов:

1. Период предоперационной подготовки.
2. Ранний послеоперационный период (от момента операции до выписки из стационара).
3. Ближайший послеоперационный период (до 3 мес после операции).
4. Поздний послеоперационный период (до 1 года после операции).

Каждый этап выполняет свои задачи, которые лишь на первых двух этапах проходят под нашим контролем и при непосредственном участии лечащего врача.

Перед операцией все больные обучаются правильному пользованию костылями или ходунками. Занятия направлены на поддержание тонуса и силы мышц пораженной конечности. Больные с переломами шейки бедра снимаются со скелетного вытяжения, которое накладывается, как правило, дежурной бригадой. Они активизируются в пределах постели, самостоятельно садятся и ложатся. По показаниям проводится медикаментозная терапия, направленная на улучшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем. Большое внимание придаем улучшению психоэмоционального состояния больных в связи с предстоящим оперативным вмешательством.

В послеоперационном периоде все больные получают на руки «Программу реабилитации», в которой подробно расписан весь комплекс физических занятий и конкретных упражнений на последующие периоды восстановительного лечения.

К 10–12 дню практически все больные самостоятельно себя обслуживают, передвигаются на костылях или с помощью ходунков, ходят на перевязки и физиопроцедуры, удерживают поднятую ногу до 2–3 мин. Объем движений в тазобедренном суставе к моменту выписки достигает следующих показателей: сгибание – 110–120 град, отведение – 15–20 град.

Ближайший и поздний послеоперационные периоды больные проводят дома, к сожалению, без нашего участия, но эффективность правильного восстановительного лечения мы отслеживаем в период контрольных осмотров через 3, 6 и 12 мес после операции.

На контрольном осмотре придаем особое внимание рентгенограммам оперированного тазобедренного сустава, где оцениваем расположение имплантата, его центрацию и симметричность компонентов, отношения между имплантатом и костью, а также цементной мантией при цементной фикса-

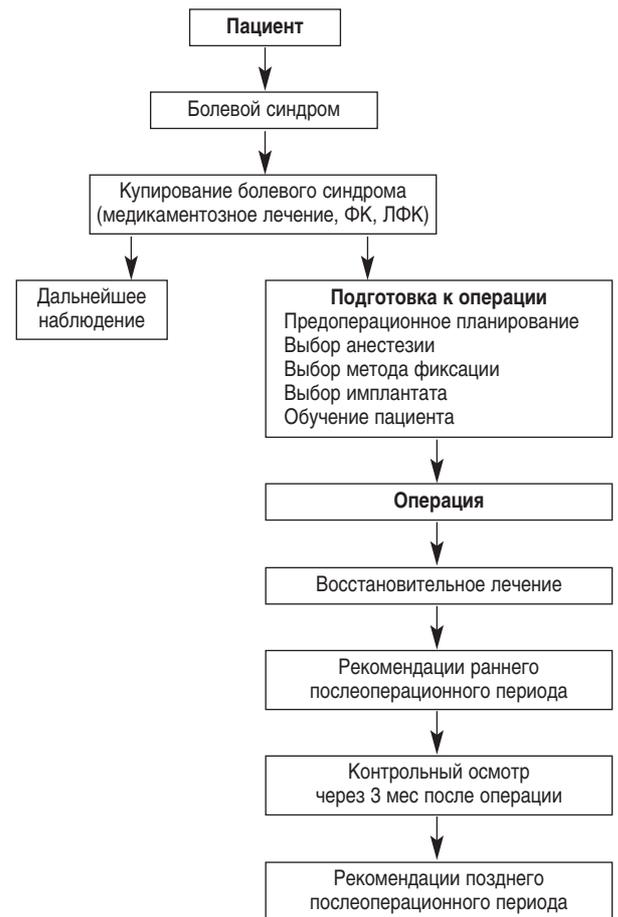


Рисунок. Реабилитационные мероприятия при эндопротезировании тазобедренного сустава.

ции эндопротеза. После бесцементного эндопротезирования на рентгенограммах важно контролировать процессы остеоинтеграции на границах соприкосновения вертлужного и бедренного компонентов с костью. Здесь же в момент осмотра уделяем большое внимание состоянию всей конечности, тонусу и силе мышц, походке, степени хромоты, объему движений в оперированном суставе, болевому синдрому как в оперированной конечности, так и в противоположном суставе при двустороннем поражении.

Через 6 мес большинство больных, особенно молодого возраста, как правило, возвращаются к труду, однако продолжают заниматься по предложенной «Программе реабилитации».

Результаты исследования и их обсуждение

За прошедший период осложнений в раннем послеоперационном периоде у нас не было. В ближайшем восстановительном периоде после выписки из стационара у 5 больных возникли осложнения сосудистого характера в виде тромбоза поверхностных вен голени, которые были купированы медикаментозными средствами в амбулаторном порядке под контролем коагулограммы с последующим ультразвуковым контролем пораженных сосудов.

У 7 больных в этот же период возникли вывихи головки эндопротеза: у 4 больных – в результате травм (падение на лед, с лестницы и т.д.), у 3 больных – в результате несоблю-

дения рекомендаций «Программы реабилитации» (глубокое приседание, резкая и значительная ротация оперированной конечности кнутри и кнаружи). У 5 больных вывихи были устранены нами консервативно под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) с последующим применением распорки под углом 30 град и постельным режимом в течение 2–3 нед. Двум больным, у которых вывих не устранялся консервативно, было произведено оперативное вправление бедренного компонента эндопротеза с последующим лечением по вышеописанной методике.

У 2 больных в раннем и у 2 больных в позднем послеоперационном периодах возникли перипротезные переломы бедра травматического генеза, как правило, в результате падения. Все больные были госпитализированы, им выполнены операции остеосинтеза с применением различных фиксаторов. В одном из этих случаев мы были вынуждены заменить ножку эндопротеза и ее фиксацию с бесцементной на цементную. В последующем все переломы срослись и функция оперированной конечности восстановлена удовлетворительно.

Кроме того, у 18 больных отмечено развитие параартикулярных оссификатов, размеры которых не превышали 1–2 класс по Брукеру и существенно не влияли на функцию оперированного сустава.

Заключение

Таким образом, после операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава больные должны находиться под динамическим наблюдением, получать комплексное восстановительное лечение, строго выполнять предложенные им рекомендации. Это позволяет быстрее восстановить функцию пораженных конечностей и предотвратить нежелательные последствия, объединенные понятием «болезнь эндопротезированного сустава».

Литература

1. Миронов С.П., Омеляненко Н.П., Орлецкий А.К. и др. Остеоартроз: современное состояние проблемы (аналитический обзор) // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н.Приорова. – 2001. – №2. – С.96–99.
2. Bozic K.J. et al. Economic of total hip arthroplasty. – In: J.J.Callaghan, A.G.Rosenberg, H.E.Rubash (eds). The Adult Hip, 2nd ed., Lippincott Williams & Wilkins, Phil. – 2007. – V.2. – P.829–836.
3. Callaghan J.J., Rosenberg A.G., Rubash H.E. (eds). The Adult Hip, 2nd ed., Lippincott Williams & Wilkins, Phil. – 2007. – V.1–2. – 1595 p.
4. Echternach J.L. Physical. Therapy of the Hip. – 1990. – New York: Churchill Livingstone. – 220 p.
5. Шапиро К.И., Москалев Г.П., Григорьев А.М. Медико-социальные проблемы эндопротезирования крупных суставов // Материалы 2-го Пленума ассоциации травматологов-ортопедов России. – Ростов-на-Дону, 1996. – С.168–169.
6. Героева И.Б. Современные средства тестирования и функционального восстановления в травматологии и ортопедии // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н.Приорова. – 1997. – №4. – С.9–12.
7. Беляков А.А., Капитанский И.С., Капитанский Л.И. Инвалидность среди больных деформирующим артрозом по данным ВТЭК Мордовской АССР. Деформирующие артрозы у взрослых и детей. – В кн.: Науч. тр. Казан. гос. мед. института им. С.В.Курашова. – 1984. – С.45–49.
8. Демина Э.Н., Перц Р.Г., Власова Е.Б., Алиев Г.А. Оценка ведущих факторов нарушения статико-динамической функции у больных после двустороннего эндопротезирования тазобедренного сустава // Травматол. и ортопед. Росии. – 1995. – №5. – С.43–45.
9. Заболотных И.И. Первичный деформирующий остеоартроз (вопросы патогенеза, клиники, диагностики, экспертизы трудоспособности и реабилитации). Автореф. дис. д.м.н. – Л., 1990. – 37 с.
10. Нурдин В.И., Троценко В.В., Ерохин П.А. и др. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у пациентов, перенесших остеотомию проксимального отдела бедренной кости // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н.Приорова. – 2007. – №3. – С.72–79.
11. Mendenhall S. 2003 hip and knee implant review // Orthopedic network News. – 2003. – №14 (3). – P.1–16.

ИЗ ЖИЗНИ УНИВЕРСИТЕТА

Учебники и монографии

Хирургические болезни: Учеб.: В 2-х томах / Под редакцией В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.

В учебнике, предназначенном для студентов медицинских вузов, изложены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения распространенных хирургических заболеваний. Отражены некоторые общие вопросы хирургии, знание которых необходимо для восприятия курса хирургических болезней. Для лучшего усвоения учебного материала приложен лазерный диск, содержащий краткий анатомический атлас, контрольные тесты и задачи, схему написания истории болезней и вариант программированного экзамена.

В томе 1 представлены исторические вехи развития хирургии, методология постановки диагноза в хирургической клинике, наиболее важные синдромы, которые встречаются в клинической практике, и принципы их лечения. Рассмотрены методы анестезиологического обеспечения операций и послеоперационного ведения больных. В нем содержатся сведения о хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Том 2 посвящен торакальной, сердечно-сосудистой и эндокринной хирургии, а также заболеваниям молочных желез.