

М.М. Тайлашев, И.Г. Моторина, Ю.В. Мигалкин, Т.Ф. Варнакова

**К СОЗДАНИЮ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА***Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)
ГОУ ДПО Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

Исходя из эпидемиологических показателей, касающихся эндопротезирования тазобедренного сустава, в послеоперационной реабилитации нуждаются 100 % больных (Корнилов Н.В., 1997; Москалев В.П., 2001; Надеев А.А., 2004). В то же время при анализе источников информации установлено отсутствие приемлемой системы, «методологической базы», позволяющей добиться желаемого восстановления функциональных возможностей оперированного тазобедренного сустава (Беленький В.Е., Куропаткин Г.В., 1995). В связи с этим была поставлена цель — предложить соответствующую программу мероприятий в составе системы реабилитации.

На базе отделения травматологии и ортопедии было выполнено 45 операций эндопротезирования тазобедренного сустава, из них 37 операций тотального эндопротезирования сустава конструкциями фирмы Zimmer (США), 7 операций с использованием конструкций Мура-ЦИТО, 1 операция по биполярному эндопротезированию. Распределение пациентов по полу и возрасту было следующим: мужчин — 47,8 %, женщин — 52,2 %; возраст — от 33 до 72 лет. Средний возраст составил 54,3 года.

Предложенные нами реабилитационные мероприятия разделились на местные, направленные на восстановление работы конечности, и общесоматические, а также по срокам госпитализации: 1 — 12 суток после операции — ранний восстановительный период, 2 — 3 месяца — поздний, через 6 месяцев и до года — отдаленный реабилитационный период.

Решаемые задачи раннего периода реабилитации:

- профилактика ранних послеоперационных осложнений, включающих дыхательную гимнастику, щелочные ингаляции аппаратом «Небулайзер», эластичное бинтование нижних конечностей от стоп до средней трети бедра на срок до трех недель;
- формирование в ЦНС доминанты «нового» стереотипа ходьбы методом позиционного укладывания на кровати, постепенного расширения двигательного режима;
- подбор индивидуальных комплексов лечебной физкультуры от изометрической гимнастики на 2 — 3-е сутки с добавлением упражнений на отведение и напряжение мышц голени и бедра, обучение ходьбе на костылях к 5 — 6 дню;
- выписка из стационара на 18 — 21-е сутки с рекомендациями соответствующего ортопедического режима в течение 2 — 3 месяцев. Местные физиотерапевтические процедуры в этот период не проводим, поскольку в палате имеется возможность воздействия только портативной аппаратурой. Использование методов УВЧ, УФО, магнитотерапии считаем нецелесообразными из-за дополнительного транспортирования больного до стационарных аппаратов, а также из-за существенного местного гипокоагулирующего эффекта этих физических факторов.

Поздний период реабилитации предполагает:

- формирование мышечного корсета, стабилизирующего движения оперированного сустава с помощью методов АФК, где акцент направлен на количество и на время удержания конечности в отведенном состоянии, ходьба с дозированной опорой на оперированную конечность, перевод на трость, которой больной пользуется в течение 1 — 1,5 месяцев;
- ликвидация сохраняющихся явлений лимфостаза в виде уплотнения мягких тканей бедра, сопровождающихся неприятными ощущениями тянущего характера в области хирургического доступа с помощью воздействия знакопеременным электростатическим полем высокого напряжения (аппарат «Хивамат-200», который позволяет производить мягкую ритмичную фибрилляцию миофибрилл в режиме рассасывания и дренажа, а также препятствует формированию грубых келлоидных рубцов);
- коррекция стереотипа ходьбы с помощью проведения электростимуляции аппаратами амплипульстерапии. Цель этого метода заключается в уменьшении асимметрии ходьбы, достигаемой путем дополнения сегментарной афферентации за счет повышения его потока со стимулируемых мышц и устранения «дефицита мышечной функции» (Витензон А.С., 1982; Надеев А.А., 2004);
- низкочастотная магнитотерапия аппаратом «Алимп» на зону оперативного вмешательства дает несколько научно обоснованных лечебных эффектов: улучшение трофики тканей тазобедренного сустава за счет ускорения реакций окислительного фосфорилирования, стимуляции пластических процессов, противовоспалительного действия за счет торможения синтеза простагландинов, а также влияния на кровообращение в виде увеличения фагоцитарной функции и содержания в крови лизоцима (Абрамович С.Г., 1999), противоотечного действия, основанного на активации К-Na-зависимой АТФа-

зы, выводящей из клетки Na и воду (Пономаренко Г.П., 1999), гипокоагулирующего эффекта (Ушаков А.А., 1999). Проводим курс 7 – 10 процедур;

- из общесоматических мероприятий в этот же период пациенты получают курс гипербарической оксигенации (ГБО) – 5–7 сеансов, целью которого является оптимизация трофических процессов, ускорение остеointеграции оперированной конечности, благодаря способности гипербарического кислорода устранять гипоксию, уменьшать спазм сосудов в зоне ишемии, улучшать капиллярный кровоток;

- выписывается больной из стационара на 12-е сутки под наблюдение хирурга поликлиники с рекомендациями ежемесячного массажа, занятий ЛФК, электростимуляции каждые 3 месяца.

Отдаленный период реабилитации подразумевает коррекцию координации двигательного акта посредством расширенных комплексов лечебной физкультуры, массажа, электростимуляции, «Хивамат»-терапии, общесоматической биостимуляции.

По нашим данным, послеоперационная активизация на костыли проходила в сроки от 3 до 7 дней, причем мужчины были активизированы в более ранние сроки. Послеоперационное течение осложнилось у трех пациентов вывихом эндопротезов. Все вывихи успешно вправлены, пациенты получили курс реабилитации в поздние и отдаленные сроки. Указанные осложнения связаны во всех случаях с нарушением ортопедического режима больных в ранний послеоперационный период.

Таким образом, после эндопротезирования тазобедренного сустава реабилитационный период направлен на восстановление такой жизненно важной функции, как ходьба больного, продолжается до 1 – 1,5 лет и проходит этапы от постепенного расширения двигательного режима до коррекции симметричности походки. Очевидна необходимость создания программы медицинской реабилитации в разные периоды после эндопротезирования тазобедренного сустава с повторяющимися курсами и преемственностью отдельных ее этапов.

Л.В. Тараданова, Т.В. Кузнецова, В.Н. Ломиворотов

ЭТАПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

ФГУ «ННИИПК Росмедтехнологии» (Новосибирск)

Целью исследования является обоснование и внедрение программ иммунореабилитации кардиохирургических пациентов на клиническом и амбулаторно-поликлиническом этапах реабилитации.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективно проанализированы истории болезней и амбулаторно-поликлинические карты пациентов за 2002 – 2006 годы, получивших оперативное лечение по поводу ишемической болезни сердца и врожденных и приобретенных пороков сердца. Тестами первого уровня определялся тип дисфункций иммунной системы (популяционный состав Т-клеток, количественное содержание иммуноглобулинов сыворотки крови, оценка системы нейтрофильных гранулоцитов по НСТ-тесту).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделены варианты дисфункций иммунной системы у кардиохирургических пациентов. Так, пациенты с ишемической болезнью и сопутствующими заболеваниями (псориаз, ревматоидный артрит, сахарный диабет 1 типа, аутоиммунный тиреоидит), перенесшие операцию коронарного шунтирования, характеризуются структурным иммунодефицитом с аутоиммунным вариантом течения: активацией гуморального звена, дефицитом Т-клеточного звена и системы нейтрофильных гранулоцитов. В группе пациентов с врожденными и приобретенными пороками сердца с сопутствующим инфекционным синдромом в послеоперационном периоде (операция коррекции порока) наблюдался структурный вариант вторичного иммунодефицита с выраженной степенью дисфункции клеточного и гуморального звена иммунной системы.

Основным компонентом иммунореабилитации после хирургического лечения пациентов является восстановление функциональной способности иммунной системы до физиологической нормы под воздействием комплекса лечебно-профилактических мероприятий для достижения полного выздоровления пациента или стойкой клинико-иммунологической ремиссии при исчезновении или минимализации рецидивов (Сепиашвили Р.И., 1998). Учитывая особенности клинического течения и