

УДК 617.581-089.166-036.868

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВАХ

О.П. Кезля, к.м.н., доцент; И.А. Рыбин, к.м.н., доцент
БелМАПО

В двигательной реабилитации больных при реконструктивно-восстановительных операциях на тазобедренных суставах выделено четыре лечебно-восстановительных этапа: подготовительный, стационарный, амбулаторный и санаторный реабилитационный этап. Достигнутый в результате реабилитации уровень физической подготовленности способствовал быстрой адаптации к изменившимся условиям опоры, передвижения и восстановления функции оперированной конечности.

Ключевые слова: лечебная физкультура, тазобедренный сустав, реконструктивно-восстановительные операции.

There are four medical rehabilitation stages for patients who underwent reconstructive-restorative surgery on hip joints: preparatory, inpatient, outpatient, and sanatorium rehabilitation. General physical condition resulting from rehabilitation contributed to the better adaptation to the new conditions of support and movement as well as to restoring of functioning of the operated limbs.

Key words: exercise therapy, hip joint, reconstructive-restorative surgery.

Введение

Артрозы имеют значительный удельный вес в общей структуре заболеваемости населения (до 12%) и занимают первое место среди поражений суставов (до 80%) [4]. Деформирующий артроз тазобедренного сустава является наиболее распространенным и сложным для хирургического лечения дегенеративно-дистрофическим заболеванием опорно-двигательной системы [5, 7, 8, 9]. Объективной тенденцией последнего времени является уменьшение среднего возраста больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава. Заболевание наблюдается у лиц активной возрастной группы, имеет тенденцию к прогрессированию дистрофического процесса, приводит к нарушению опорной и двигательной функций нижних конечностей, значительному снижению трудоспособности и в 64% случаев к инвалидности [2, 3, 4]. В связи с этим проблема восстановительного лечения и возможного сохранения трудоспособности больных коксартрозом не только медицинская, но и социальная проблема. Основным методом лечения является хирургический. Однако после операции важнейшей задачей является восстановление функции вновь созданного звена опорно-двигательного аппарата [1, 2, 3]. Вместе с тем до настоящего времени многие вопросы реабилитации больных после реконструктивно-восстановительных операций мало изучены и не нашли действенного организационного решения.

Цель исследования - разработка и научное обоснование методики реабилитации больных при реконструктивно-восстановительных операциях тазобедренного сустава по поводу коксартроза.

Методы исследования

Обследовано 60 больных, которым были выполнены реконструктивно-восстановительные операции на тазобедренном суставе по поводу коксартроза. Контрольную группу составили 20 больных, основную - 40. По полу и возрасту существенных разли-

чий между представителями обеих групп не было. По всем основным требованиям основная и контрольная группы являлись сопоставимыми. Под нашим наблюдением находились больные с гладким послеоперационным течением. Продолжительность основного заболевания составляла от 5 до 15 лет. Учитывая длительный временной промежуток, который требует реабилитационное лечение, нами было выделено четыре основных этапа реабилитации.

1. Подготовительный лечебно-восстановительный этап
2. Стационарный лечебно-восстановительный этап
 - 2.1. Щадящий лечебно-восстановительный этап,
 - 2.2. Тонизирующий лечебно-восстановительный этап,
3. Амбулаторный реабилитационный этап
 - 3.1. Ранний амбулаторный реабилитационный этап
 - 3.2. Поздний амбулаторный реабилитационный этап
 - 3.3. Адаптационный амбулаторный реабилитационный этап
4. Санаторный реабилитационный этап

1. Подготовительный лечебно-восстановительный этап
Подготовительный этап соответствует предоперационному периоду. Он может проводиться как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Предоперационное состояние опорно-двигательного аппарата играет важную роль в успехе оперативного лечения и дальнейшей двигательной реабилитации.

Поэтому на данном этапе будет актуальным решение следующих задач:

- 1) Улучшение трофики и функционального состояния тканей в зоне предстоящего оперативного воздействия и большой конечности;
- 2) улучшение трофики и функционального состояния тканей поясничного региона;

3) подготовка к постельному режиму с освоением бытовых навыков в исходном положении «лежа»;

4) профилактика нарушений со стороны системы дыхания;

5) профилактика общей гиподинамии и повышение общей работоспособности;

6) освоение ходьбы на костылях;

7) профилактика обострений сопутствующих заболеваний;

8) профилактика психо-эмоциональных нарушений.

2. Стационарный лечебно-восстановительный этап.

В целях детализации лечебно-реабилитационных задач и мероприятий стационарный этап у больных после реконструктивно-восстановительных операций тазобедренных суставов подразделяют на следующие подэтапы:

2.1. – щадящий лечебно-восстановительный этап,

2.2. – тонизирующий лечебно-восстановительный этап,

2.1. Щадящий стационарный лечебно-восстановительный этап.

В послеоперационном периоде первые 3-5 дней больные находятся на щадящем стационарном лечебно-реабилитационном этапе. В это время у больного имеет место острое послеоперационное реактивное воспаление тканей в области оперативного вмешательства, проявляются ранние послеоперационные осложнения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта.

Поэтому на данном этапе выделены следующие задачи:

1) обеспечение покоя области послеоперационной раны (для уменьшения симптомов реактивного воспаления)

2) профилактика послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта.

2.2. Тонизирующий стационарный лечебно-восстановительный этап.

На протяжении тонизирующего этапа, который длится с 3-5-го дня до 15-го дня после операции, уменьшаются проявления послеоперационной воспалительной реакции, нормализуется температурная реакция, происходит активная репарация тканей сустава, начальная интеграция эндопротеза в статическую и динамическую функции, появление новых локомоторных паттернов, возникающих на фоне расширения двигательной активности больных.

Задачами этого этапа являются:

1) улучшение трофики тканей оперированного тазобедренного сустава;

2) стабилизация оперированного тазобедренного сустава;

3) разработка динамической функции оперированного тазобедренного сустава без осевой нагрузки;

4) формирование статической функции опери-

рованного тазобедренного сустава без осевой нагрузки;

5) формирование статической функции оперированного тазобедренного сустава при осевой нагрузке;

6) формирование динамической функции оперированного тазобедренного сустава при осевой нагрузке.

3. Амбулаторный реабилитационный этап.

При неосложненном течении послеоперационного периода больной может быть выписан из ортопедического отделения хирургического стационара. После выписки пациент может быть направлен либо в специализированное ортопедическое реабилитационное отделение реабилитационного стационара, либо для проведения дальнейшей реабилитации в амбулаторных условиях по месту жительства. В рамках этого этапа необходимо также выделять:

3.1. Ранний амбулаторный реабилитационный этап.

3.2. Поздний амбулаторный реабилитационный этап.

3.3. Адаптационный амбулаторный реабилитационный этап.

3.1. Ранний амбулаторный реабилитационный этап.

Ранний амбулаторный реабилитационный этап длится с 15-ого дня после операции до 6-8 недель. Для него характерно преобладание процессов резорбции разрушенных костных структур и рубцеванием мягких тканей.

Основными специальными задачами этого режима являлись:

1) улучшение трофики тканей тазобедренного сустава и поясничной области;

2) профилактика рубцовых контрактур в области оперированного сустава;

3) улучшение функционального состояния стоп.

3.2. Поздний амбулаторный реабилитационный этап.

Поздний амбулаторный реабилитационный этап имеет протяженность с 6-8-й недели после операции до 10-12 недель. В это время активно протекает процесс регенерации костной ткани, укрепляются мышцы оперированной конечности, возрастает функциональная готовность к осевой нагрузке оперированного сустава, закрепляются двигательные паттерны, формируется двигательный стереотип. Поэтому основными задачами этого этапа явились:

1) ускорение остеоинтеграции оперированной конечности;

2) улучшение функционального состояния мышц больной конечности;

3) обучение ходьбе с дозированной опорой на больную ногу;

4) улучшение функционального состояния мышц туловища.

3.3. Адаптационный амбулаторный реабилитационный этап.

Адаптационный амбулаторный реабилитационный этап начинается с 10-12-ой недели и оканчивается через 5-6 месяцев. На этом этапе происхо-

дят подготовка больных к бытовым нагрузкам и их социальная адаптация. Поэтому среди задач этапа были выделены:

- 1) обучение обычной ходьбе;
- 2) повышение выносливости к статическим нагрузкам оперированной конечности;
- 3) улучшение функционального состояния опорно-двигательного аппарата.

4. Санаторный реабилитационный этап.

Санаторно-курортные факторы играют большую роль для долечивания и реабилитации больных после реконструктивно-восстановительных операций. Санаторный реабилитационный этап начинается через 5-6 месяцев после операции. К этому времени пациенты способны самостоятельно передвигаться и адаптированы к физическим нагрузкам. На санаторном этапе происходит максимальное восстановление нарушенных функций, создаются условия для профилактики и устранения различных осложнений, оказывается мощное оздоровление и закаляющее влияние на организм. Кроме преформированных факторов в санаториях назначают различные виды вани, местные (на больную ногу, на поясницу, на область «штанов», позвоночник) и общие (по показаниям) грязевые аппликации. В рамках ЛФК назначают спортивно-прикладные упражнения, игры (на месте и малоподвижные), а также естественные факторы природы (инсоляция, аэрация, водные процедуры).

В Белоруссии имеются следующие местные курорты:

Курорт с радоновыми водами — Дятлово (санаторий «Радон»).

Курорты с хлоридными натриевыми водами — Ждановичи (санатории «Криница» и «Белая Русь»), Летцы (санаторий «Летцы»), Нарочь (санатории «Нарочь», «Боровое», «Сосны», «Белая Русь», «Строитель»), Рогачев (санаторий «Приднепровский»).

Курорты с грязями — Ждановичи (санатории «Криница» и «Белая Русь»), Летцы (санаторий «Летцы»), Рогачев (санаторий «Приднепровский»).

Результаты и обсуждение

После завершения курса реабилитации произошли положительные сдвиги в показателях, характеризующих функциональное состояние тазобедренного сустава (табл. 1). Так, угол сгибания в тазобедренном суставе основной группы улучшился в среднем на 25°, в контрольной - на 15°. Также улучшились показатели функций отведения и приведения в обеих группах, но более выраженное достоверное (p<0,05) улучшение наблюдалось у

Таблица 1. Динамика показателей гониометрии тазобедренного сустава у больных основной и контрольной групп, в градусах по нейтральному (ноль)-проходящему методу (6)

Показатели	Контрольная группа, n=20		Основная группа, n=40	
	21-й день после операции	4,0 месяца после операции	21-й день после операции	4,0 месяца после операции
Разгибание сгибание	0±3,0/0/45±5,0	0±5,0/0/60±5,0	0±10,0/0/55±5,0*	10±3,0/0/80±5,0**
Отведение приведение	10±5,0/0/10±5,0	20±5,0/0/20±5,0	10±8,0/0/10±5,0*	30±5,0/0/30±5,0**

Примечание ** - p 0,05 * - p 0,05

представителей основной группы. Больные основной группы были более активны в освоении ходьбы на костылях, отмечена лучшая координация движений. Все это свидетельствует о том, что достигнутый в результате реабилитации уровень физической подготовленности больных после реконструктивно-восстановительных операций способствовал приобретению более устойчивых навыков ходьбы. В целом по окончании реабилитации 36 пациентов основной группы ходили без дополнительной опоры, 4 продолжали пользоваться тростью, в контрольной группе соответственно 12 и 8 человек.

Заключение

Разработанная на четыре этапа и продолжающаяся 8-10 месяцев программа реабилитации при реконструктивно-восстановительных операциях позволяет существенно восстановить функцию сустава, однако полное восстановление сустава требует большего времени. Апробация разработанной методики позволяет рекомендовать ее для лечения и реабилитации больных после реконструктивно-восстановительных операций на тазобедренных суставах.

Литература

1. Корнилов Н.В., Войтович А.В., Машков В.М., Эпштейн Г.Г. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава. - СПб: «ЛИТО Синтез», 1997 - 292 с.
2. Героева И.Б. Реабилитация больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава // Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных с патологией спортивно-двигательной и нервной систем. Тез. 4-й науч.-практ. конф. - М.: МЦМП. 1999. с. 89-90.
3. Гращенкова Г.И. Раннее восстановительное лечение больных после реконструктивно-восстановительных операций на примере диспластического коксартроза. Автореф. канд. дис. Киев, 1993. - 21 с.
4. Гурьев В.И. Коксартроз и его оперативное лечение. - Tallinn: Вагус, 1984. - 342 с.
5. Семизарова А.Н., Любазина А.Л. Рентгенологические и биомеханические особенности костно-хрящевой аллопластики головки бедренной кости при дегенеративно-дистрофических процессах // Вестник рентгенологии и радиологии. -1992.-№1-С. 41-44
6. Маркс В.А. Ортопедическая диагностика. - Минск.1978.-511С.
7. Танькут В.А., Хвисьюк А.Н., Гращенкова Т.Н. и др. Артропластика тазобедренного сустава: (Обзор лит.) // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1989.-№8.-С. 60-64
8. Harris N.H., Enneking W.F. Characteristics of the articular cartilage formed after intertrochanteric osteotomy // J. Bone Jt. Surg. - 1995. - V.77-A, № 4. -P. 602-607.
9. Havelin L.I., Engester L.B. Cemented versus uncemented total hip replacement in young patients // 20th World congress SICOT: Abstracts. - Amsterdam, 1996 -P.2550

Resume

REHABILITATION OF PATIENTS FOLLOWING RECONSTRUCTIVE-RESTORATIVE SURGERY ON HIP JOINTS

Kezlya O.P., Rybin I.A.

The course of rehabilitation involving four main rehabilitation stages contributed to improved range of joint motions and general physical condition in 40 patients with coxarthrosis who underwent reconstructive-restorative surgery on hip joints as compared to a control group. Rehabilitation facilities of national health resorts and sanatoria for patients with coxarthrosis allow reinforcing of the obtained curative effects.