

УДК 616.72-002.77-089-036.82

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Ж.Ж. Картанбаев

Изложены общие положения по реабилитации больных ревматическими заболеваниями после эндопротезирования тазобедренных и коленных суставов во взаимосвязи с особенностями течения. При разработке реабилитационной программы принимались во внимание факторы риска, характерные для ревматических заболеваний – остеопороз, повышенная кровоточивость, сниженная сопротивляемость к инфекции, поражение сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Ключевые слова: ревматические заболевания; реабилитация; эндопротезирование.

FEATURES OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES AFTER REPLACEMENT OF LARGE JOINTS

Zh.Zh. Kartanbaev

It describes the general provisions for the rehabilitation of patients with rheumatic diseases (RA) after hip and knee joints in conjunction with the characteristics of the course. When designing rehabilitation programs are taken into account such risk factors characteristic of rheumatic diseases, such as osteoporosis, increased bleeding, reduced resistance to infection, damage to cardiovascular and endocrine systems.

Key words: rheumatic diseases; rehabilitation; replacement.

Актуальность. Значительная распространенность заболеваний и травм тазобедренного и коленного суставов, стойкость нарушений функций суставов, сопровождающиеся длительной утратой трудоспособности, превращает медицинскую реабилитацию при этой патологии в важнейшую проблему здравоохранения. Несмотря на значительные достижения современной фармакологии и консервативной реабилитации, контингент ревматических больных, нуждающихся в ортопедическом восстановительном лечении, не уменьшается [1].

Одним из современных и эффективных методов лечения больных с ревматическими заболеваниями (РЗ), позволяющих избавить пациентов от болей и обеспечить высокий уровень качества жизни, на сегодняшний день является тотальное эндопротезирование.

Однако, несмотря на постоянное совершенствование конструкций и техники их имплантации, функциональные исходы эндопротезирования не всегда удовлетворяют пациента и хирурга [2]. Причина заключается в том, что развитие дегенеративно-дистрофического процесса приводит к суще-

ственным нарушениям статики и локомоции, выраженность которых зависит от давности и тяжести заболевания [3]. Вследствие длительности заболевания в этот процесс вовлекаются и другие звенья опорно-двигательной системы с формированием сложных адаптационно-компенсаторных перестроек не только функций, но и анатомических взаимоотношений [4].

Таким образом, к моменту операции у больного имеется длительно существующий комплекс костно-мышечной патологии. Отсюда следует, что реабилитация больного, перенесшего операцию тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов, превращается в непростую задачу.

Только своевременно начатая и настойчиво проводимая восстановительная терапия позволяет закрепить результаты операции, которая является лишь этапом длительного процесса лечения [3].

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в клинической практике Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии с 2011 по 2014 г. находи-

лось 64 больных РЗ: ревматоидным артритом (РА) и болезнью Бехтерева (ББ) в возрасте от 18 до 77 лет. Соотношение женщин и мужчин – 2:1. Этим больным произведено 60 операций эндопротезирования тазобедренного и 39 коленных суставов (99 операций). 30 больным произведено полисегментарное эндопротезирование крупных суставов.

В основу реабилитации больных РЗ после тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов положены принципы и методы, принятые в ортопедической практике с учетом некоторых особенностей до и после операционного периода. Предоперационная подготовка, сама операция и послеоперационное ведение больных РЗ зависят от нозологической формы, активности патологического процесса, давности и степени поражения сустава, подлежащего операции, а также эффективности медикаментозного лечения конкретного заболевания.

Реабилитационная программа, начавшаяся в дооперационном периоде, продолжается уже с первых суток после операции, когда больной находится в реанимационном отделении. Для профилактики осложнений со стороны дыхательной системы приподнимается головной конец кровати пациента, производится дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки. На вторые сутки больной переводится в общую палату. При необходимости он может оставаться в реанимации до полной стабилизации функций жизненно важных органов и систем.

Очень важным является правильное положение оперированной конечности. Для предотвращения наружной ротации оперированной ноги мы используем деротационный сапожок. Для отведения конечности после эндопротезирования тазобедренного сустава между ног укладывается подушка. После эндопротезирования коленного сустава нога укладывается на шину Белера. На 2-й день после операции больной начинает тренировать четырехглавую мышцу бедра, напрягать надколенник и осуществлять движения в голеностопном суставе. Указанные физические упражнения должны проводиться без боли. Эти упражнения чрезвычайно важны после эндопротезирования коленного сустава, так как после операции иногда страдает экстензорный механизм и восстановление его напрямую зависит от активности самого больного. В среднем больной после эндопротезирования тазобедренного сустава начинает ходить на 3–4-е сутки после операции, так как у пациента с системным РЗ длительное пребывание в постели чревато развитием сосудистых и легочных осложнений, в частности тромбозов. После эндопротезирования коленного сустава больных активизируем на 2–3-и сутки. Поскольку у больных

могут иметь место васкулиты, васкулопатии, истончение кожных покровов, у них легко образуются пролежни, которые плохо заживают. При длительной неподвижности быстро образуются контрактуры в других суставах. Учитывая наличие практически у всех наших больных выраженного сопутствующего остеопороза, мы придаем большое значение разгрузке оперированной конечности в послеоперационном периоде, поскольку ранняя форсированная нагрузка может вести к развитию нестабильности. Особенно это относится к больным после эндопротезирования тазобедренного сустава. Нагрузка на конечность не должна превышать 10 % от массы тела в первые 6 недель после операции [5]. Для измерения степени нагрузки на конечность до операции больного рекомендуется установить на уровень напольных весов. При этом пациент должен надавливать ногой, на которой предполагается операция, на весы с силой, равной 10 % от веса собственного тела. Больной должен запомнить силу давления на конечность и после операции точно так же нагружать оперированную ногу. После 6 недель нагрузка на оперированную конечность постепенно увеличивается (под контролем болевых ощущений). Профилактика пролежней в послеоперационном периоде осуществлялась путем частой смены положения, протирания крестца и копчика камфорным спиртом.

Неудачи после операций тотального эндопротезирования у пациентов с РЗ часто связаны с наличием сопутствующего остеопороза. Стрессовое ремоделирование, проявляющееся ускоренной потерей костной массы вокруг бедренного и ацетабулярного компонентов эндопротеза после операции, является основой для развития нестабильности в более отдаленном периоде. Этот процесс направлен на создание новой костной ткани вокруг имплантата. У ревматологических больных из-за сопутствующей остеопении и вторичного остеопороза стрессовое ремоделирование усиливает потерю минеральной плотности кости.

В связи с этим больным назначались препараты, способствующие коррекции нарушений интенсивности стрессового ремоделирования. После операции больным применялись препараты, снижающие интенсивность костной резорбции, такие как бисфосфонаты (лондромакс). Кроме того, назначались лекарства, влияющие на оба процесса ремоделирования (резорбцию и костеобразование), такие как альфакальцидол (Альфа-Д). Всем пациентам были рекомендованы препараты кальция. Для контроля динамики и стабильности компонентов эндопротеза всем больным была проведена рентгенограмма после операции, через 3, 6 месяцев, через год. Далее – через каждые 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. После проведенного курса восстановительного лечения отмечается улучшение качества жизни по всем показателям, особо выраженное в физическом функционировании, влиянии физического и эмоционального состояния на ролевое функционирование, интенсивность боли и жизненной активности. Ко времени выписки из стационара почти все пациенты могли воспроизвести комплекс специальных упражнений. Всем пациентам выдавались методические пособия, в которых описаны основные правила проведения восстановительных мероприятий в домашних условиях.

Изучение отдаленных результатов реабилитации показало, что неудовлетворительные результаты после операции эндопротезирования крупных суставов отмечены лишь у 4,2 % пациентов, у них после операции сохранялись боли и ограничение движений в тазобедренном суставе, при этом они могли передвигаться только с помощью костылей. Хорошие результаты восстановительного лечения достигнуты у 86,3 %, удовлетворительные – у 9,5 % пациентов, которые смогли вернуться к состоянию, близкому к преморбидному. Уменьшение болевого синдрома, улучшение походки, восстановление движений в суставе и расширение двигательной активности привело, в конечном итоге, к улучшению качества жизни этих пациентов. У пациентов, перенесших реконструктивно-восстановительные мероприятия на коленном суставе, качество жизни значительно превышало средние значения по всем

шкалам опросника. Ни в одном случае не было выявлено клинических или рентгенологических признаков развития нестабильности.

Таким образом, своевременно начатая реабилитация больных позволяет закрепить результаты операции и является неотъемлемой частью хирургического лечения при хронических РЗ, как доказавшая свою высокую эффективность в плане сохранения функций опорно-двигательного аппарата и улучшения качества жизни.

Литература

1. *Насонов Е.Л.* Противовоспалительная терапия ревматических болезней / Е.Л. Насонов. М., 1996. С. 345.
2. *Sychterz Ch.J.* What have we learned about long-term cementless fixation from autopsy retrievals / Ch.J. Sychterz, A.M. Claus, Ch.A. Engh // Clin. Orthop. 2002. N 405. P. 79–91.
3. *Неверов В.А.* Реабилитация ортопедических больных после эндопротезирования тазобедренного сустава / В.А. Неверов и др. // Вестник хирургии. 2007. № 1. С. 35–37.
4. *Агаджанян В.В.* Восстановление двигательной функции у больных с патологией тазобедренных суставов методом эндопротезирования / В.В. Агаджанян, А.А. Пронских, В.П. Михайлов // Травматология и ортопедия России. 2002. № 1. С. 24–27.
5. *Kcisu K.S., Orozco F., Charkey P.P. et al.* Primery cementless total hip arthroplasty in osteogenerians. J. Bon. Joint Surg., 2001, S3, 359–365.