

**Г.К. МИНБАРХАНОВ, У.С. ЖУНУСБАЕВА, Е.С. ВУКОЛОВ, Ю.Г.КИМ,
А.Т. БИТАЕВ, Г.А. ЖУМАБЕКОВА, Н.Н. АРЗИЕВА**
ГККП ГП №3 Зав. ЦАХ

АМБУЛАТОРНАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов приводят к существенным нарушениям функции сустава и к значительным ограничениям жизнедеятельности пациентов.

Догоспитальная профилактика развития послеоперационных осложнений является одним из главных приоритетов при эндопротезировании тазобедренных суставов. К которым относят различные методы, направленные на проведение комплекса реабилитационных мероприятий, проводимых на каждом этапе лечения больных с поражением суставов.

Медицинскую реабилитацию больных, необходимо начинать в до операционном периоде для ранней активизации после эндопротезирования. Важной задачей амбулаторной подготовки больного к операции являются обучение пользованию костылями и отработка навыков правильной ходьбы с дополнительными средствами опоры без нагрузки на оперированную ногу, а также повышение тонуса центральной нервной системы и улучшение состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма.

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов являются самой распространенной формой поражения опорно-двигательного аппарата. Свыше 10-12% всего населения имеют клинические симптомы остеоартроза. Приводящие в свою очередь на более поздних стадиях заболевания к существенным нарушениям функции сустава и к значительным ограничениям жизнедеятельности пациентов.

В более 40% случаев диагностируется деформирующий коксартроз. Связанная с этим заболеванием стойкая утрата трудоспособности составляет 14 - 38% в структуре общей инвалидности. Поэтому одной из главных проблем современной ортопедии является профилактика остеоартроза в ранних стадиях и рациональное лечение его частных проявлений.

Наиболее эффективным методом лечения, медицинской и социальной реабилитации пациентов с деформирующим коксартрозом является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. (1)

В то же время, несмотря на постоянное совершенствование конструкций эндопротезов и техники их имплантации, частота развития местных осложнений продолжает оставаться высокой. К ним относят вывихи головки эндопротезов, перипротезные переломы, тромбоэмболические осложнения, глубокое инфицирование, неврологические нарушения, развитие оссификатов и иные случаи нестабильности его компонентов. Каждое из этих осложнений значительно ухудшает результаты лечения и требует проведения дополнительных вмешательств.

Поэтому чрезвычайно значимой проблемой является поиск путей профилактики развития послеоперационных осложнений и дальнейшего улучшения исходов операции. К которым относят различные методы, направленные на проведение комплекса реабилитационных мероприятий, проводимых на каждом этапе лечения больных с поражением суставов. (2)

Медицинскую реабилитацию больных, необходимо начинать в до операционном периоде для ранней активизации после эндопротезирования. В частности у больных с коксартрозом функциональное состояние больной конечности существенно снижено. Наличие болевого синдрома заставляет щадить конечность, что сопровождается гипотрофией мышц и перераспределением их тонуса. Такое состояние мышц сказывается на трофике всех тканей тазобедренного сустава. У больных по мере развития заболевания появляются контрактуры тазобедренного сустава, влекущие за собой изменение положения таза, что сопровождается сглаживанием поясничного лордоза, появлением компенсаторного сколиоза. Эти изменения нарушают биомеханику ходьбы, увеличивают нагрузку на позвоночник, вызывая в нем вторичные патологические изменения. Перераспределение мышечного тонуса приводит к формированию и закреплению патологического двигательного стереотипа. (3)

Важной задачей амбулаторной подготовки больного к операции являются обучение пользованию костылями и отработка навыков правильной ходьбы с дополнительными средствами опоры без нагрузки на оперированную ногу, а также повышение тонуса центральной нервной системы и улучшение состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма. В этот период, также следует проводить процедуры по улучшению трофики тканей и укреплению мышц контралатеральной конечности, на которую после операции будет приходиться повышенная нагрузка.

Физиолечение в виде электростимуляции ягодичных мышц и мышц обеих бедер. Грязелечение. Массаж нижних конечностей. Лечебная физкультура (изометрические упражнения на повышение и понижение тонуса мышц, активные движения в коленном и голеностопном суставах, обучение правильного распределения веса тела при приседании сидения и вставания с постели). Глубокое грудное и диафрагмальное дыхание для профилактики сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также желудочно-кишечного тракта. (5)

За период 2011-12гг на эндопротезирование тазобедренного сустава направлены - 24 пациента. Из них женщин - 13 (54,2%), мужчин - 11 (45,8%). С деформирующим коксартрозом - 18 (односторонний - 11, двусторонний - 7); С асептическим некрозом головки бедренной кости - 3; С несостоятельностью эндопротеза -1, и с ложным суставом (после травмы) - 2.

Всем пациентам проводилась как предгоспитализационная подготовка, так и послеоперационная амбулаторная реабилитационная терапия.

Таким образом, амбулаторная подготовка больного к эндопротезированию, в виде комплекса восстановительной реабилитации – является весьма актуальной проблемой современной ортопедии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белоглазова Т.И. Медицинская реабилитация больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / Т.И. Белоглазова, В.Г. Масленникова, О.В. Кузьменко. // Медицина в Кузбассе. – 2003 - № 2 (спецвыпуск). – 25 с.
- 2 Неверов В.А. Эндопротезирование тазобедренных суставов: что это такое и реабилитация больных / В.А. Неверов, Г.С. Селезнев. – СПб.: Ассоциация травматологов ортопедов Санкт-Петербурга, 1997. – 16 с.
- 3 Поворознюк В.В. Остеоартроз современные принципы лечения. /В.В. Поворознюк // Здоровье Украины. - 2003 - № 83. – 8 с.
- 4 Родионова С.С. с соавт. Фармакологическая коррекция потери костной массы при эндопротезировании на фоне остеопороза // В кн.: Третий Российский симпозиум по остеопорозу: Тезисы докладов. - СПб.: 2000. – 2 с.

**Г.К. МИНБАРХАНОВ, У.С. ЖҮНІСБАЕВА, Е.С. ВУКОЛОВ, Ю.Г.КИМ, А.Т. БИТАЕВ,
Г.А. ЖҰМАБЕКОВА, Н.Н. АРЗИЕВА**
**ҰРШЫҚ БУЫНДЫ ЭНДОПРОТЕЗДЕУГЕ АМБУЛАТОРЛЫҚ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ
ДАЙЫНДЫҚ ЖАСАУ**

Түйін: Буындардың дегенеративті-дистрофиялық сырқаттары пациенттердің тіршілік әрекетіне едәуір кедергі жасауына және буын қызметінің елеулі түрде бұзылуына әкеледі.

Операциядан кейінгі асқынудың дамуының ауруханаға дейінгі профилактикасы ұршық буындарын эндопротез жасауда бірден-бір басты артықшылық болып табылады. Оған буындары зақымданған науқастарды емдеудің әртүрлі кезеңдерінде жүргізілетін сауықтыру шараларының кешенін орындауға бағытталған түрлі әдістер жатады. Науқастардың медициналық сауықтыруын эндопротездеуден кейін ерте жандандыру үшін операцияға дейінгі кезеңде бастау қажет. Науқастың операцияға амбулаторлы дайындығының басты міндеті балдақпен жүруді үйрену және операция жасалған аяққа еш күш түсірмей қосымша тірек құралдарымен дұрыс жүру дағдыларын үйрену болып табылады, сондай-ақ, орталық жүйке жүйесінің және жүрек-қан тамыр жағдайын жақсарту және ағзаның тыныс алу жүйесінің тонусын көтеру болып табылады.

**Г.К. МИНБАРХАНОВ, У.С. ЖУНУСБАЕВА, Е.С. ВУКОЛОВ, Ю.Г.КИМ,
А.Т. БИТАЕВ, Г.А. ЖУМАБЕКОВА, Н.Н. АРЗИЕВА**
OUT-PATIENT DEPARTMENT PREVENTIVE TRAINING FOR THE END PROSTHESIS OF PELVIS-THIGH JOINTS

Resume: Degenerative-dystrophic diseases result in significant disturbances of joint function and disability of patients. Pre-hospital prophylaxis of post-operational complications is one of the main priorities in prosthesis of hip joints. Different methods provide complex of rehabilitation measures carrying out at each stage of treating patients with joints damages. For early activating after endoprosthesis it is necessary to begin medical rehabilitation of patients at the pre-operational period. The main task of ambulatory training to operation is to teach using crutches and to form skills of walking with the help of additional means of support without weight on the operated leg and also to elevate central nervous system tonus and to improve state of cardio-vascular and respiratory systems of an organism.