

СТАЦИОНАРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА.

Зазирный И.М., Семенів І.П.

Центр ортопедии, травматологии и спортивной медицины Клинической больницы
“Феофания”, г.Киев

Имплантация эндопротеза коленного сустава является сложной ортопедической операцией, успех которой зависит не только от безупречного технического проведения операции, но обусловлен рядом дальнейших факторов, в частности послеоперационным уходом и реабилитацией.

После перевода больного в послеоперационную палату сразу же начинаем позиционирование конечности при помощи нескольких матрасов, сложенных один на другой, так чтобы голени больного лежали горизонтально на матрасах, с коленными и тазобедренными суставами согнутыми в положении 90° сгибания. Другим предельным положением является полное разгибание коленного сустава, которое обеспечивается посредством подкладки под пятку оперированной конечности, так чтобы коленный сустав находился слегка над подкладкой; собственным весом форсируем нулевое положение коленного сустава.

Целью позиционного режима является сохранение как можно большего объема подвижности коленного сустава, предотвращение фиброзных изменений мягких тканей, которые приводят к ограниченной подвижности сустава, улучшение дренирования раны и предупреждение послеоперационной ишемии тканей вокруг нее.

Современным методом послеоперационного режима перевода из одного положения в другое является подвижная позиционная шина СРМ (continucus passive motion), преимуществом которой является непрерывный переход между экстремальными положениями, исключающий болезненные импульсы в области оперированного сустава. Этим обеспечивается полная релаксация мышц конечности, которая создает оптимальные условия для сохранения максимального объема подвижности конечности и непрерывное заживление операционной раны.

Ранняя послеоперационная реабилитация может быть разделена на две части. Первая длится от операции до третьего послеоперационного дня, когда оперированной конечности придается положение 90° флексии в коленном суставе и полного разгибания. Во второй части, т.е. с третьего послеоперационного дня осуществляем активную разработку оперированной конечности и обучение ходьбе на костылях без нагрузки.

Раннюю реабилитацию начинаем уже в день операции и в последующие дни продолжаем следующим образом:

0-й день: перевод обеих нижних конечностей из положения 90° сгибания коленных и тазобедренных суставов попеременно в положение полного разгибания 0°. Положения меняем через каждые 2 часа, проводим дыхательные упражнения, эластичное бинтование обеих нижних конечностей (от пальцев до паха), активную тренировку голеностопного сустава и пальцев стопы в рамках профилактики тромбэмболий.

1-й день: перевод из одного положения в другое попеременно через 4 часа, начало изометрических сокращений квадрицепса, дыхательная гимнастика, упражнения для верхних конечностей, упражнения неоперированной нижней конечности, тренировка брюшных и спинных мышц, расслабление шейного отдела позвоночника. Эти упражнения продолжаются в течение последующих дней.

2-й день: проводим позиционирование через 6 часов.

3-й день: проводим позиционирование через 8 часов и начало активной тренировки подвижности коленного сустава согласно мышечному тесту - экстензия/флексия, особое внимание обращаем на полную экстензию.

4-й день: позиционирование заканчиваем; пациент продолжает активную тренировку коленного сустава согласно мышечному тесту. Начинаем мобилизацию

пациента в сидячее положение, нижние конечности разрешаем спустить с постели. Пациент сидит в положении 90° флексии коленных и тазобедренных суставов с жесткой опорой бедер о постель, под ступни подставляем скамейку ортопедической кровати.

5-й день: продолжение активных упражнений. Если пациент в состоянии сидеть, мобилизуем его в положение стоя у постели, начинаем тренировку равновесия в положении стоя на костылях. Оперированная конечность касается пола под влиянием собственного веса. После того, как пациент сможет уверенно стоять, можно начинать обучение ходьбе на костылях без нагрузки оперированной конечности.

6 - 12 день: продолжаем активную тренировку оперированного коленного сустава, упражняем самостоятельную ходьбу на костылях с обращением внимания на выработку правильного стереотипа ходьбы. Направляем пациента к самостоятельному обслуживанию. Начиная с 12-го дня - после снятия швов с операционной раны начинаем позиционирование на животе и активно упражняем флексию коленного сустава. После того, как пациент преодолет самостоятельную ходьбу на костылях, можно начать тренировать ходьбу по лестнице. С этого же дня начинаем разрешать дозированную нагрузку на оперированную конечность с постепенным увеличением ее до полной.

При отсутствии послеоперационных осложнений можно выписать пациента домой на 12-14 день, с последующим домашним уходом. В процессе обучения правильному стереотипу ходьбы необходимо следить за тем, чтобы пациент был обеспечен подходящей обувью, с жесткой пяткой и задником. Сразу же после операции нужно измерить длину конечностей и разницу откорректировать (компенсировать) подгонкой обуви. Вначале использовать подмышечные костыли, при достаточной мышечной силе больного можно перейти на французские костыли.

После выписки из ортопедического отделения реабилитация продолжается в домашних условиях под наблюдением ортопеда поликлиники или в реабилитационном учреждении.