

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Рой І.В., Калашніков А.В., Баяндіна О.І., Малик В.Д.¹, Калашніков О.В.

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України” м. Київ,

¹Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського, м. Полтава

Вступ. Переломи проксимального відділу стегнової кістки – є великою медико-соціальною проблемою та завдають значних матеріальних збитків у всіх країнах світу. В літературі активно обговорюється питання про первинне ендопротезування черезвертлюгових переломів стегнової кістки. Техніка виконання тотального ендопротезування кульшового суглоба при черезвертлюгових переломах стегнової кістки має свої особливості (використання для фіксації вертлюгів дротяних серкляжів та т.і.). Розробка програм реабілітації для хворих після оперативних втручань з використанням сучасних методів остеосинтезу – один з найважливіших напрямків розвитку сучасного відновного лікування хворих ортопедо-травматологічного профілю.

Мета роботи – розробити реабілітаційні заходи в комплексному лікуванні хворих з черезвертлюговими переломами стегнової кістки з урахуванням технічних особливостей виконання тотального ендопротезування кульшового суглоба.

Матеріал та методи. Проведений аналіз лікування 50 хворих, з ізольованими черезвертлюговими переломами стегнової кістки, які були прооперовані в клініці Інституту та у Полтавській обласній лікарні. Під час виконання оперативного втручання проводилася фіксація вертлюгів (великого і/або малого) дротяним серкляжем (37 випадків) та з використанням шовного матеріалу (13 випадків). Середній вік прооперованих хворих склав $78 \pm 6,8$ років. Проведеними попередньо денситометричними дослідженнями доведено порушення СФСКТ у 85 % хворих (30 пацієнтів – остеопенія та 17 остеопороз). Це співпадає з даними джерел літератури та безумовно доводить доцільність призначення антиостеопоротичних препаратів в комплексній реабілітації хворих після перенесеного оперативного втручання.

Запропонована реабілітаційна програма базувалася на строках консолідації переломів вертлюгів стегнової кістки та стану СФСКТ та мала свої особливості за рівнем та термінами навантаження. Програма включала ортопедичний режим, масаж, фізіотерапію, лікувальну гімнастику з дотриманням дозованого навантаження на оперовану кінцівку. Результати лікування вивчені в термін від 6 місяців до 3 років після операції.

Результати і висновки. Всім хворим проводили профілактику контрактур в кульшовому суглобі. Особливостями реабілітаційного режиму у цій категорії є те, що вправи на відведення в кульшовому суглобі виконувалися в обсязі 30 % до досягнення зрощення переломів вертлюгів стегнової кістки (6-8 тижнів після оперативного втручання), яке контролювалося за допомогою рентгенологічного обстеження хворих. Ходіння на милицях з навантаженням оперованої кінцівки рекомендували хворим з 2-3-го дня. У переважній кількості прооперованих хворих в 80 % (40 осіб) використовували фіксацію ендопротеза кульшового суглоба на кістковому цементі. Тому у цієї категорії хворих з перших діб після проведення операції дозволялося повне навантаження на прооперовану кінцівку. В 20 % випадків застосовували гібридний метод фіксації компонентів ендопротезу (безцементна фіксація вертлюгового компонента та ножка ендопротеза на кістковому цементі). Для цієї категорії хворих навантаження на прооперовану кінцівку складала 30 % від маси тіла протягом 6-8 тижнів. Основою програм відновного лікування стала лікувальна гімнастика (ЛГ) з використанням ізометричних та динамічних вправ з різними вихідними положеннями, які залежали від дозволеного рівня навантаження і рекомендованих обсягів пасивних та активних рухів у прооперованій кінцівці.

З перших днів після проведеного оперативного втручання широко використовували механотерапію для профілактики контарктур крупних суглобів нижньої кінцівки на апаратах безперервної розробки. В післяопераційному періоді хворим призначалося хода за допомогою милиць протягом 3 місяців. В ранньому та пізньому післяопераційному періоді призначали низькомолекулярні антикоагулянти для профілактики тромбоемболічних ускладнень. Механотерапію застосовували з другого дня протягом всього періоду лікування.

Всім хворим в післяопераційному періоді призначали антиостеопоротичні медикаментозні засоби (в лікувальних дозах при порушеннях СФС КТ, в інших випадках в профілактичних дозах).

Висновки.

1. На основі проведеного комплексного обстеження хворих з черезвертлюговими переломами стегнової кістки після виконання тотального ендопротезування кульшового суглоба розроблені реабілітаційні заходи в комплексному лікуванні цієї категорії хворих.

2. Запропоновані реабілітаційні програми відповідали методу фіксації компонентів ендопротезу та особливостям оперативного втручання (фіксація вертлюгів стегнової кістки) стану структурно-функціонального стану кісткової тканини хворих після виконання тотального ендопротезування кульшового суглоба та дали можливість у 100 % хворих провести ефективне відновне лікування.

3. Впровадження запропонованих авторами реабілітаційних програм у пацієнтів із черезвертлюговими переломами після виконання тотального ендопротезування кульшового суглоба дозволить проводити повноцінне диференційоване лікування та покращить ефективність надання медичної допомоги цієї тяжкої категорії хворих.