

Итоги ретроспективного изучения отдалённых результатов реабилитации пациентов после операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава

В.Г. Крючок, Ю.О. Лисковская

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

Ежегодно в Республике Беларусь проводится около пяти тысяч операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС). Несмотря на совершенствование конструкций эндопротезов и техники их имплантации, расширение возможностей оказания соответствующей лечебной и реабилитационной помощи, количество ревизионных операций, а также различных осложнений оперативного лечения достигает уровня 2,5-5%. ТЭТС по-прежнему осуществляется преимущественно тяжёлому контингенту пациентов со значительными статодинамическими нарушениями, страдающему коксартрозом (КА) II-III степени в течение длительного периода времени, а среднее время ожидания необходимой операции составляет 1,5-2 года [1, 2].

Цель работы: ретроспективно изучить и провести анализ отдалённых результатов реабилитации пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, определить существующие недостатки и причины неблагоприятных исходов.

Материалы и методы.

Обследовали 204 пациента, проходивших реабилитацию после одностороннего ТЭТС на базе травматологического отделения 11 ГКБ, из них 86 (42,16%) мужчин и 118 (57,84%) женщин, в следующих сроках после операции: до года – 15 пациентов (7,35%), 1-2 года – 99 пациентов (48,53%), 3-5 лет – 84 пациента (41,18%), 6-10 лет – 27 пациентов (13,24%), более 10 лет – 11 пациентов (5,39%).

Из полученных в ходе обследования результатов сформировали базу данных. Статистический анализ провели в программе STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение.

1) Возраст выполнения операция ТЭТС колебался в пределах 36-84 года, и составил в среднем $60,82 \pm 11,18$ лет. Большинство прооперированных на момент вмешательства были старше 55 лет, однако пациенты трудоспособного возраста составили 30,39%. Эти данные отражают, с одной стороны, тенденцию к своевременной диагностике и лечению соответствующего контингента пациентов, состояние которых ещё не достигло критической степени тяжести и позволяет не только сократить операционные риски, но и провести полноценную эффективную реабилитацию. С другой стороны, свидетельствуют об омоложении основного заболевания, приведшего к необходимости оперативного вмешательства, и высокой актуальности вопросов медико-социальной экспертизы.

2) Наиболее распространённым патологическим состоянием, приведшим к необходимости выполнения тотального эндопротезирования, явился КА II-III степени (67,65%), что указывает на возможность предварительной реализации направленных на повышение качества оказываемой помощи при ТЭТС диагностических и реабилитационных технологий ввиду преимущественно планового характера операции.

3) Наличие сопутствующей патологии опорно-двигательного аппарата, оказывающей существенное влияние на функциональное состояние пациентов, сужающей реабилитационные возможности и ухудшающей прогноз эффективности реабилитации, отметили у 47,55% пациентов. Диагностировали преимущественно остеохондроз поясничного отдела позвоночника (49,48% пациентов), из них с неврологической симптоматикой у 70,83% пациентов, а также КА второго тазобедренного сустава (31,96%), преимущественно 1-2 степени тяжести (83,87%). Также

зарегистрировали наличие одно-(6,19%) и двухстороннего гонартроза (у 3,09% пациентов), других периартритов (у 5,15%) и остеопороза (у 4,12%).

4) Сопутствующую соматическую патологию, влияющую на состояние сосудов и трофику тканей, повышающую операционные риски и снижающую реабилитационные возможности, выявили у 63,73% пациентов, в основном старших возрастных групп. Определили наличие преимущественно патологии сердечнососудистой и эндокринной систем: артериальной гипертензии – у 43,85% пациентов, в сочетании с ишемической болезнью сердца и атеросклеротическим кардиосклерозом – у 25,39% пациентов, сахарного диабета – у 10,77%, патологии щитовидной железы – у 4,62%, повышение индекса массы тела – у 54,41% пациентов (в пределах 25-30 – у 29,90%, больше 30 – у 24,50%).

5) В 55,39% исследований отметили чёткое соблюдение этапной технологии медицинской реабилитации после ТЭТС – специализированная стационарная реабилитация пациентов была осуществлена и в раннем, и в позднем послеоперационных периодах. В 19,61% случаев ранней реабилитации по месту проведения ТЭТС не проводили, реабилитационные мероприятия у этих пациентов были выполнены только в позднем послеоперационном периоде. Более 2-х курсов реабилитации в течение первых лет после операции прошли 12,75% пациентов, 36,27% были реабилитированы и в отдалённом периоде ТЭТС, из них в сроки 2-3 года после операции – 53,85%, в сроки 4-5 лет после операции – 30,77%, в более поздние сроки – 15,38% пациентов. Плановую подготовку к ТЭТС и последующую полноценную реабилитацию провели у 9,31% пациентов. В последующем у этого контингента пациентов не выявили послеоперационных осложнений и требующих коррекции состояний. Однако, 12,25% прооперированных вообще не назначали курс реабилитации в течение первого года после операции, они были госпитализированы в стационар либо ввиду возникших осложнений, либо

в отдалённом периоде после ТЭТС для коррекции сохраняющегося стойкого болевого синдрома и выраженных нарушений двигательной функции. Эффективность проведенной реабилитации к окончанию первого года после ТЭТС оценили в большинстве случаев как умеренную – на 1 функциональный класс (ФК) улучшилось состояние 49,02% пациентов. Выраженную эффективность реабилитации (на 2 ФК) отметили у 10,29% пациентов, незначительную (в пределах ФК) – у 28,43% пациентов.

б) Наличие осложнений ТЭТС выявили у 21,57% пациентов, преимущественно в первый год после операции (68,18%), по 50% в раннем и позднем послеоперационном периодах, в основной массе (77,27%) у пациентов, не получивших полноценной своевременной лечебной и реабилитационной помощи. Вывих головки эндопротеза определили у 34,09% пациентов (из них у 13,33% – рецидив), нестабильность компонентов эндопротеза с последующим реэндопротезированием – у 31,81% пациентов, реактивный периартрит – у 9,09% пациентов, тромбоз глубоких вен – у 9,09% пациентов, перелом ножки эндопротеза – у 6,82% пациентов, наличие гематом в области послеоперационной раны – у 4,54% пациентов, свища – у 4,54% пациентов.

7) Функциональное состояние всех пациентов оценивали на момент осмотра. Определили, что выраженный стойкий болевой синдром с вынесением в диагноз сохранялся у 29,90% пациентов: 81,97% из них составили пациенты, которым не проводили реабилитации или провели один реабилитационный курс в позднем послеоперационном периоде, 21,31% – страдавшие КА второго тазобедренного сустава, 32,79% – имевшие неврологические проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Ограничение объёма движений в протезированном суставе разной степени выраженности, преимущественно за счёт нарушения отведения, боли при активном движении в суставе выявили у 57,35% пациентов, из

них 51,28% не проходили ни одного реабилитационного курса или реабилитировались однократно, 29,06% страдали сопутствующим остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с неврологическими проявлениями. Наличие контрактур отметили у 2,45% пациентов: у 1,47% пациентов – сгибательных, у 0,98% – приводящих, все в сроке после операции до 3-х лет у пациентов, стационарную реабилитацию которым до настоящего момента не проводили. Гипотрофию мышц области бедра и голени различной степени выраженности наблюдали у 39,22% пациентов, при этом значительное снижение тонуса мышц как оперированной, так и условно здоровой конечности – у 10,29% пациентов, также преимущественно не проходивших курса реабилитации.

Нарушения опорной функции стопы, способности к передвижению, походки разной степени тяжести, связанные с основной и сопутствующей патологией опорно-двигательного аппарата, отметили у 51,96% пациентов, при этом 55,24% из этих пациентов либо не получали стационарной реабилитации, либо получали однократно в позднем послеоперационном периоде. Хромоту функционального характера, обусловленную мышечной слабостью и снижением опоры на больную ногу для компенсаторной разгрузки конечности, выявили у 43,63% пациентов, укорочение конечности на 2-3 см. и значительный перекос таза, требующие соответствующей компенсации укорочения – у 8,33% пациентов. Самостоятельно свободно не передвигались 4,90 % пациентов, все после повторных и ревизионных операций. Применение дополнительных средств опоры установили в 60,29% проценте случаев. При этом костыли использовали 18,62% пациентов (5,39% прооперированных в текущем году, 4,90% лежачих при передвижении с посторонней помощью): один костыль – 12,25% пациентов, два - 6,37% пациентов, постоянно – 7,84%, периодически – 10,78%. Тростью пользовались 41,67% пациентов, постоянно – 25,49%, периодически – 16,18%.

Заключение. Основными недостатками существующего подхода к ведению пациентов с ТЭТС являются:

а) Отсутствие подхода к предварительной комплексной оценке состояния пациентов, реализация которого даст возможность получить всестороннее представление об анатомо-функциональных особенностях, характере и тяжести нарушений в оперируемой области и организме в целом, подобрать оптимальные своевременные корригирующие лечебные и реабилитационные мероприятия, уточнить необходимость и сроки оперативного вмешательства, провести профилактику послеоперационных осложнений.

б) Отсутствие программы предварительной подготовки к ТЭТС и последующего полноценного осуществления этапной технологии медицинской реабилитации. Разработка и внедрение первой и качественное выполнение второй позволит обеспечить восстановление функционального состояния пациентов до и после ТЭТС, быстрое и достаточное устранение болевого синдрома, профилактику развития значительных статодинамических нарушений; снижение риска развития неблагоприятных исходов и осложнений оперативного лечения.

Литература:

1 Кезля, О.П. Современные аспекты диагностики и лечения коксартроза / О.П. Кезля – Минск: БелМАПО, 2006. – С. 8-10, 40-52, 77-154.

2 Мухля, А.М. Эндопротезирование крупных суставов: состояние и перспективы / А.М. Мухля, Л.Н. Ломать, Е.А. Воробей / Развитие травматологии и ортопедии в Республике Беларусь на современном этапе: Материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. – Мн., 2008. – С. 34-39.

Опубликовано: Медико-социальная экспертиза и реабилитация - сб. научных статей, выпуск 17.-Мн.- 2016