

данная ситуация сочеталась с введением винта в полости межберцового сустава. Переднее пролабирование стержня на 0,3-1 мм относительно передней кортикальной пластинки выявлено у 27% пациентов, причем у 8 из них также определялось трансартикулярное проведение блокирующего винта. УЗИ коленного сустава выявило фиброзные изменения жирового тела Гоффа у 21,6% пациентов, а признаки дегенерации собственной связки надколенника у 16,2%. Анализ топограммы нижних конечностей продемонстрировал: восстановление механической оси у 70% пациентов. У 16% – варусную деформацию от 3° до 9°, у 14% – вальгусную от 4° до 8°. Антекурвация от 3 до 6° у 10 %, рекурвация от 3° до 6° у 3,4%. По данным КТ – торсионная наружная деформация от 5° до 9° у 12 %, внутренняя – от 3° до 7° у 5%.

Выводы. Причины развития хронической боли в коленном суставе после БИОС: повреждение проксимального межберцового сустава блокирующим винтом, некорректное позиционирование проксимального конца стержня и репозиция, дегенеративно-дистрофические процессы в жировом теле Гофа и, вероятно, повышение внутрикостного давления. Решением проблемы является: тщательное предоперационное планирование, выбор соответствующей длины стержня; корректное выполнение всех этапов: хирургического доступа, репозиции перелома, выбора точки введения стержня, устранения всех видов деформации, использования при необходимости методики «Polar Screw».

ЛИТЕРАТУРА

1. Packer, T. W. Intramedullary tibial nailing using infrapatellar and suprapatellar approaches: A systematic review and meta-analysis / T. W. Packer, A. Z. Naqvi, T. C. Edwards // Injury. – 2021. – Vol. 52, No. 3. – P. 307-315.
2. Turley, L. Frequency of complications in intramedullary nailing of open tibial shaft fractures: a systematic review / L. Turley, I. Barry, E. Sheehan // EFORT Open Rev. – 2023. – Vol. 8, № 2. – P. 90-99.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО И ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВОВ

Борисов А.В.

*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь*

Введение. Тотальное эндопротезирование коленного и тазобедренного суставов признано наиболее эффективным методом лечения, позволяющим устранить болевой синдром и улучшить физическую функцию у пациентов с тяжелыми дегенеративными изменениями. Операция обеспечивает быстрый лечебный эффект, а своевременно начатая комплексная реабилитация восстанавливает функцию суставов, бытовую и социальную независимость, что повышает качество жизни, и позволяет вернуться к трудовой деятельности. Кроме того, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС)

называют операцией века, поскольку она привела к революционному улучшению результатов лечения пожилых пациентов с деформирующим остеоартрозом, обеспечивая восстановление функции сустава на длительный срок. За последнее десятилетие ожидания пациентов от операции изменились и это не только устранения боли, а возможности возвращения к активному образу жизни. ТЭТС показано пациентам, у которых консервативная медикаментозная терапия оказалась не эффективной, а тяжелый болевой синдром прогрессивно снижает качество жизни.

Следует учитывать, что увеличение средней продолжительности жизни и старения населения потребует в эндопротезировании суставов возрастет еще больше. Так, в США к 2030 году прогнозируется увеличение потребности в первичном эндопротезировании тазобедренного сустава на 174%, а коленного сустава на 673%.

Цель. Определить особенности медицинской реабилитации пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов с учетом пола и возраста.

Методы исследования. Анализ данных специальной литературы, клинические протоколы.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов, нуждающихся в эндопротезировании суставов нижних конечностей, составляет около 70 лет. В целом, частота эндопротезирования крупных суставов неуклонно возрастает и превышает 100 случаев на 100 тысяч населения в год для каждой локализации. Оценка частоты эндопротезирования суставов в отдельных возрастных группах показала, что наибольшего значения этот показатель достигает у пациентов в возрасте 70-79 лет, превышая 400 случаев на 100 тысяч населения в год. Среди пациентов преобладают женщины, их доля составляет примерно 60%. Частота ТЭТС у женщин в возрасте 70-79 лет может достигать 928 случаев на 100 тысяч населения в год.

Вместе с возрастом увеличивается и количество сопутствующих заболеваний. В обсервационном исследовании, включившем более 1,5 миллиона пациентов, перенесших ТЭТС, за последние двадцать лет выявлено двукратное увеличение числа сопутствующих заболеваний. К наиболее распространенным относятся сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, ожирение.

У пациентов среднего и пожилого возраста чаще, чем у молодых, выявляют факторы, осложняющие процесс операции и реабилитации [1]. К ним относятся:

- ✓ высокий уровень глюкозы в крови, что провоцирует повреждения стенок сосудов, ухудшение циркуляции крови в органах и конечностях; хронические воспалительные процессы;
- ✓ железодефицитная анемия (особенно у женщин). Данный фактор указывает на возможные скрытые заболевания, но автономно способен удлинять восстановительный период;
- ✓ варикозное расширение вен области таза и конечностей и склонность к образованию тромбов, аритмии, ишемическая болезнь сердца;

- ✓ избыточная масса тела и ожирение, может быть серьезным препятствием при адаптации к имплантированному суставу;
- ✓ остеопороз, истончение, хрупкость костной ткани.

Следует учитывать, что женский организм имеет менее совершенные адаптационные механизмы, снижая возможности и общую работоспособность пациенток. Особенностью опорно-двигательного аппарата женщин является меньшая длина и масса тела (в среднем на 7-8%) чем у мужчин и общее развитие мускулатуры; имеются отличия в пропорциях частей тела (конечности у женщин короче, а туловище длиннее, поперечные размеры таза больше, а плечевой пояс уже). Эти особенности строения тела обуславливают более низкое общее положение центра масс, что способствует лучшему сохранению равновесия. Вместе с тем, большая ширина таза снижает эффективность движений при локомоциях.

В отличие от мужского, женский организм характеризуется менее прочным строением костей. Сегодня проблема остеопороза у пожилых людей особо актуальна. Эпидемиологические исследования показывают, что треть всех женщин в возрасте 60-70 лет страдают остеопорозом, а после 70 лет остеопороз выявляется практически у всех женщин (92,5%). В этой связи остеопороз - одно из наиболее распространенных метаболических заболеваний скелета человека при наступлении менопаузы становится еще одним фактором риска.

Женщинам свойственен более высокий уровень мотивации и эмоциональной возбудимости. Они восприимчивы к поощрениям и замечаниям, что необходимо учитывать при организации мероприятий двигательной активности и физической реабилитации [2].

Предоперационный период – психологически особенно тяжелый для пациенток. Для этого периода характерны чувство неопределенности, неуверенности, беспомощности, страх перед наркозом, операцией и ее последствиями. По этой причине состояние ожидания оперативного вмешательства может спровоцировать развитие невротических расстройств, которые неблагоприятным образом могут повлиять на ход самой операции и последующей реабилитации.

Известно, что любая операция – это определенный стресс для пациента, после оперативного вмешательства у них может появиться беспокойство, нарушение сна, эмоциональная лабильность и др. Большинство пациентов имеют завышенные ожидания от операции, что часто становятся причиной развития депрессии. Наличие высокого уровня тревоги и депрессии у пациентов, перенесших операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, целесообразно учитывать для разработки индивидуального комплекса реабилитационных мероприятий. Данный факт подтверждает важность комплексного подхода реабилитационного процесса и, в частности, участия специалиста психолога как предоперационном периоде, так и после.

Выводы. Важно при построении программы физической реабилитации и выборе средств физической активности у пациентов с плановыми операциями по поводу тотального эндопротезирования крупных суставов, необходимо

учитывать их индивидуальные особенности и уровень функциональных возможностей лиц. Не менее информативным будет учитывать степень физического развития, а также двигательный опыт, состояние здоровья и самочувствие.

Медицинская реабилитация после тотального эндопротезирования крупных суставов у пожилых пациентов, особенно у женщин, требует дифференцированного подхода, учитывающего не только стандартные этапы восстановления, но и гормональный статус, наличие остеопороза/остеопении, особенности предоперационного периода и риски формирования вторичных биомеханических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овечкин, А. М. Анестезиологическое обеспечение операций тотального эндопротезирования суставов нижних конечностей – какому методу отдать предпочтение? / А. М. Овечкин, М. Е. Политов, Н. В. Панов // Доктор.Ру. – 2017. – № 6 (135). – С. 6–11.

2. Оздоровительная тренировка лиц зрелого возраста: направленность, содержание, методики : монография / С. В. Савин, О. Н. Степанова, В. С. Соколова, И. В. Николаев. – Москва : МПГУ, 2024. – 200 с.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕНИСКОРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Бритько А.А., Богданович И.П.

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь*

Введение. Травмы коленного сустава являются одной из самых частых травм опорно-двигательного аппарата, при этом на долю разрывов менисков приходится 22-85% случаев [1, с. е24]. В возрастной структуре преобладают лица трудоспособного возраста. «Золотым стандартом» лечения долгое время была резекция поврежденной части мениска. Однако изучение последствий этого вида операций привело к выводам, что при резекции 16% ткани мениска увеличивается нагрузка на суставной хрящ на 350%, что более, чем в 50% случаев приводит к развитию гонартроза, а в дальнейшем необходимости эндопротезирования у молодых пациентов [2, с. е577]. Менискорафия позволяет избежать таких последствий. Однако недостатком шва мениска является длительность операции и реабилитации, а низкий регенераторный потенциал ткани ведет к повторным разрывам до 23% случаев [3]. Не изучены вопросы влияния менискорафии на проприоцептивную чувствительность, отсутствуют четкие критерии выбора органосохраняющей операции в зависимости от давности травмы. В связи с этим разработка и оптимизация техники менискорафии, а также уточнение показаний к ней являются актуальными задачами современной травматологии.