

Интерпретивная форма общения, по моему мнению, мало чем отличается от информативной. При данной форме происходит не просто обмен информацией, а помощь в выборе метода лечения, при этом считают, что пациент все знает сам. И пациент сам выбирает ту или иную модель лечения.

Плюсы – пациент все знает, пациент сам выбирает модель лечения.

Минусы – врач только объясняет разные модели лечения, пациент решает все сам.

В практике врачей данная модель практически не применяется. А может должна применяться и рекомендовать такую модель в отделениях, где есть выбор лечения, где грамотно расписываются плюсы и минусы той или иной модели лечения.

Резюмируя, я бы выбрал совещательную форму общения между врачом и пациентом. При данной форме достигается полная открытость информации между пациентом и врачом, вследствие чего достигается максимальная эффективность проводимого лечения.

Курбанов С.Х., Шарипов М.А., Косимзода А.А.

Таджикский государственный медицинский университет
имени Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Республика Таджикистан

ПРАВИЛА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

В статье рассматриваются вопросы реабилитационного процесса после реконструктивных операций тазобедренного сустава, правила проведения лечебной гимнастики в предоперационном и послеоперационном периоде, роль в них взаимодействия между врачом и пациентом.

Kurbanov S.Kh., Sharipov M.A., Kosimzoda A.A.
Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino,
Dushanbe, Republic of Tajikistan

RULES OF REHABILITATION ACTIVITIES AFTER RECONSTRUCTIVE ORTHOPEDIC OPERATIONS

The article deals with the issues of the rehabilitation process after reconstructive operation of the hip joint, the rules for performing therapeutic gymnastics in the preoperative and postoperative period, the role of the interaction between physician and patient in this process.

Эндопротезирование, как метод лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний и последствий травм суставов, получило широкое распространение. Метод позволяет за сравнительно короткий

период восстановить функцию конечности, устранить болевой синдром, улучшить качество жизни и создать условия для социальной, а нередко и профессиональной деятельности [1, 3, 5]. При этом, создание программы дооперационной и послеоперационной реабилитации пациента является очень важной и малоизученной проблемой [4]. Опросы врачей, занимающихся эндопротезированием, показывают значительное расхождение во мнениях относительно его методики, сроков и дозирования осевой нагрузки на нижнюю конечность после операции [2, 4, 5].

Материал и методы. Клинический материал исследования включает 150 пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава со сроком наблюдения до 6 лет. У всех пациентов реабилитационные мероприятия проводились индивидуально с учетом всех параметров пациента. Всем пациентам в предоперационном периоде проводили тщательное обследование для выявления сопутствующих патологий. Перед операцией все пациенты получали пособие, в котором были описаны и проиллюстрированы необходимые упражнения. Кроме того, пособие содержало подробные инструкции относительно того, как следует вставать с кровати и ложиться, вставать со стула и садиться, ходить по ровной поверхности и по лестнице и т. п. Упражнения, описанные в этих памятках, должны выполняться несколько раз в день, начиная с первых часов и дней после операции. Отдаленные результаты оценили по шкале Harris. Все вопросы, возникающие у пациента, разъяснялись врачом индивидуально.

Собственные исследования. В зависимости от состояния больного после операции врач по лечебной гимнастике добавляет или исключает те или иные упражнения. Кроме наиболее простых и основных, в динамике назначаются все более сложные и активные упражнения. Лечебная гимнастика была направлена на укрепление мышц бедра, ягодичных мышц и спины. Предстоит делать некоторые из этих упражнений и после операции. Выполняли эти упражнения в течение всего периода подготовки к операции, дважды в день, по десять раз каждой ногой. Приводим некоторые эти упражнения.

Сгибание-разгибание в голеностопном суставе. Медленно двигайте стопой вверх и вниз. Это упражнение улучшает кровообращение в ноге и предотвращает образование тромбоза. Упражнение выполняется в медленном темпе и многократно (по несколько раз каждые 5-10 минут).

Вращения стопы. Поворачивая стопу внутрь по направлению к другой ноге, а затем наружу от другой ноги. Повторять это упражнение по 5 раз в каждом направлении – 3-4 раза день.

Напряжение передних мышц бедра. Это упражнение укрепляет четырехглавую мышцу бедра, которая необходима для стабильности в коленном суставе при ходьбе. Напряжение бедра на 5 секунд, отдых затем многократный повтор.

Напряжение задней группы мышц бедра. Производится легкое сгибание ноги в колене и надавливание пяткой на койку в течение 5 секунд, повторяется многократно.

Напряжение ягодичных мышц. Напряжение мышц ягодиц и сохранение их в таком состоянии до счета 5. Упражнение укрепляет мышцы ягодиц, играющие важную роль при ходьбе.

Отведение бедра. Упражнение укрепляет отводящие мышцы, которые могут травмироваться при операции. Выпрямленная в коленном суставе нога отводится в сторону и возвращается в исходное положение (ноги вместе). Повторять многократно.

Скольжение пяткой. Упражнение увеличивает подвижность в суставе. Медленно сгибая ногу в колене, при этом пятка должна скользить до тех пор, пока не окажется на уровне колена другой ноги.

Упражнение с валиком. Прикладывая валик под колено той ноги, которую предстоит оперировать. Не отрывая колено от валика, поднимая голень до полного разгибания и возвращаясь в исходное положение.

Поднятие ноги. Это упражнение укрепляет переднюю группу мышц бедра. Напрягая переднюю часть бедра и ягодицы и, не расслабляя её, поднимая ногу вверх на 15-20 см от поверхности кровати, затем медленно вернуть ногу в исходное положение и расслабить все мышцы.

Пациентам заполняли технологическую карту восстановительного лечения после эндопротезирования, где указывались сроки проведения реабилитационных мероприятий. Анализ результатов показал, что у всех пациентов в отдаленном послеоперационном периоде получены отличные и хорошие результаты по Harris-у (80-99 баллов).

Выводы. Пациента следует хорошо проинструктировать, как он должен выполнять то или иное гимнастическое упражнение. Больной должен осознать свою ответственность за необходимость самостоятельного выполнения всего комплекса лечебной гимнастики в соответствии с рекомендациями врача ЛФК. Эффективность коммуникационного процесса между врачом и пациентом прямо коррелирует с уровнем ответственности пациента за его собственный вклад в процесс реабилитации.

Занятия лечебной гимнастикой с пациентами, перенесшими реконструктивные операции, должны проводиться несколько раз в день: минимум в течение 5-10 минут с последующим получасовым отдыхом.

Не следует перегружать больного продолжительными однократными занятиями ЛФК в гимнастическом зале.

Занятия лечебной гимнастикой должны быть безболезненными. При этом, следует отличать легкое чувство «дискомфорта», которое возникает при растяжении мышц, в условиях, когда мышца начинает работать в новом диапазоне движений, от той послеоперационной боли, которая требует приема анальгетиков. Считается, что болевые ощущения после выполнения комплекса ЛФК не должны сохраняться дольше 1-2 минут. Ошибкой является прием анальгетиков до начала занятия лечебной гимнастикой.

Литература:

1. Дустман, Х.О. Показания для имплантации цементируемых и нецементируемых эндопротезов тазобедренного сустава. Эндопротезирование крупных суставов / Х.О. Дустман, А. Крюкханс. – М.: ЗАО «Аэрогриф-Медиа». – 2000. – С. 27-32.
2. Каграмонов, С.В. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава эндопротезом Цваймюллера / С. В. Каграмонов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. – 2006. – № 3. – С. 26-35.
3. Москалев, В.П. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей. / В.П. Москалев, Н.В. Корнилов, К.И. Шапиро и др. – СПб.: МОРСАР АВ. – 2001. – 160 с.
4. Неверов, В.А. Пути улучшения реабилитации больных после эндопротезирования тазобедренного сустава. / В.А. Неверов, И.П. Соболев, М.И. Дадалов и др. //Материалы восьмого конгресса «Человек и его здоровье». – СПб., 2003. – С. 63.
5. Harris W.H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty / W.H. Harris // J. Bone Joint Surg. – 1969. – Vol. 51-A, № 4. – P. 737-755.