

онные осложнения: параартикулярная оссификация или резорбция костной ткани вокруг эндопротеза, дислокация надколенника.

У 76 (73 %) обследованных операция эндопротезирования коленного сустава привела к улучшению статико-динамической функции (СДФ) (при улучшении функции оперированной конечности у 73 % оперированных). У остальных больных умеренное нарушение СДФ в значительной мере обусловлено дегенеративно-дистрофическими изменениями в других звеньях опорно-двигательной системы, имеющими место до операции.

Проведенные исследования послужили основанием для разработки различных видов трудовой деятельности и критериев экспертизы трудоспособности.

Выводы. Таким образом, использование разработанных критериев экспертизы трудоспособности и показаний к рациональному трудоустройству лиц после эндопротезирования коленных суставов будет способствовать правильному решению еще одной важной медико-социальной проблемы.

Восстановительное лечение и профилактика осложнений после тотального эндопротезирования коленного сустава у больных с артрозо-артритом

Д. Р. Рузибоев¹, Т. Б. Минасов², Г. К. Нуримов¹

D. R. Ruziboev¹, T. B. Minasov², G. K. Nurimov¹

¹*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью (г. Ташкент, Узбекистан);*

²*Башкирский государственный медицинский университет;*

¹*National center of rehabilitation and prosthesis of persons with disabilities Tashkent, Uzbekistan;*

²*Bashkir State Medical University*

Цель исследования. Изучение вопроса восстановительного лечения и профилактики осложнений после тотального эндопротезирования коленного сустава, а также выяснение эффективности комплекса разработанных методов восстановительного лечения для предупреждения ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Проанализированы результаты исследования 87 больных (мужчин 29, женщин 58) с артрозо-артритом коленного сустава, находившихся в Национальном центре реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью республики Узбекистан за 2015—2019 гг., которым было проведено тотальное эндопротезирование коленного сустава (ТЭКС). Средний возраст обследованных составлял 59 лет. У 71 больного диагностирован деформирующий гонартроз, у 5 больных — посттравматический гонартроз, у 11 пациентов — патология коленного сустава ревматоидного характера. Большинство больных страдало основным заболеванием в течение 5—10 лет и более. Это обусловило наличие у половины пациентов различной степени инвалидности. Одностороннее тотальное эндопротезирование коленного сустава произведено 72 больным, у 15 больных было проведено эндопротезирование коленных суставов обеих сторон. Послеоперационные реабилитационные мероприятия проведены в сроки от 1,5 месяцев до 6 месяцев после операций.

Результаты исследования. За исключением одного больного у всех оперированных по поводу «глубокого нагноения» после эндопротезирования в области сустава раны зажили первичным натяжением. Случаев поверхностного нагноения или образования свищей не наблюдалось. В связи с развитием различных осложнений были успешно прооперированы 5 больных. Интраоперационные осложнения диагностированы у 1 из 87 больных. Перипротезные переломы констатированы в 1 случае при среднем уровне 1,2 %. На первых этапах работы был отмечен один случай массивной кровопотери и один случай преждевременной полимеризации костного цемента. Частота раннего возникновения вывихов надколенника после ТЭКС — в 2-х наблюдениях. В случаях «глубокой инфекции», ее частота была минимальной (0,28 %), а частота возникновения неврологических нарушений составила 0,56 %, что заметно реже по сравнению с данными литературы.

Основной профилактики развития интра- и послеоперационных осложнений послужила разработанная нами система восстановительных мероприятий на всех этапах лечения, которая включала рациональное планирование операции; комплекс послеоперационной подготовки: терапия основного заболевания, купирование болевого синдрома и воспалительных явлений, психологическая подготовка больного, обучения упражнениям лечебной гимнастики; тщательное соблюдение техники операции и проведение вмешательства бригадой во главе с опытным хирургом и анестезиологом; восстановительное лечение в раннем, ближайшем

и позднем послеоперационных периодах (до 1 года) вплоть до полной физиологической и социальной реабилитации пациента; антибиотико-профилактика проводилась по типу «длительной» от момента премедикации путем введения антибиотиков в течение не более 3—5 дней.

Для предупреждения развития тромбозов в течение 7—10 дней применяли низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, клексан, эноксипарин) в профилактических дозах (0,6—2500МЕ соответственно), с последующим применением препарата Ксарелто 20 мг в течение месяца; обязательным является эластическое бинтование или одевание специальных чулок на нижние конечности в течение месяца. В комплекс профилактики входила лечебная гимнастика на всех этапах лечения, начиная с 1 суток после операции. О действенности разработанного метода свидетельствуют и отдаленные результаты лечения (более трех лет с момента операции), прослеженные у 67 пациентов трудоспособного возраста. Установлено, что они вернулись к прежней трудовой деятельности по различным специальностям.

Выводы. Снижение уровня разных осложнений обусловлено главным образом успешной реализацией первых этапов разработанного нами комплекса восстановительного лечения. Развитие поздних послеоперационных осложнений часто приводит к проведению повторных оперативных вмешательств и во многом определяет степень социальной и физиологической адаптации пациента. Эффективность разработанного комплекса восстановительного лечения как действенного метода профилактики развития послеоперационных осложнений подтверждается оценкой исходов операций на коленном суставе: отличные и хорошие результаты были достигнуты в 49,1 % наблюдений. Предложенная система комплексного этапного лечения позволяет минимизировать частоту как ранних, так и поздних осложнений.

Эффективность совместного применения оссеин-гидроксиапатитного комплекса и бисфосфонатов у пациентов для нормализации сроков сращения переломов

Р. И. Садыков, И. Ф. Ахтямов

*ФГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Минздрава России (г. Казань)*