

тома вплотную по задней поверхности бедра, хирург заводит его за малый вертел и одним движением на себя, практически закрыто, отсекает сухожилие.

С 1976 г. описанная выше техника околосуставной остеотомии бедра применена у 30 больных, из которых 22 страдало асептическим некрозом головки бедра идиопатического или посттравматического характера, а 8 — коксартрозом. Клинические результаты оказались вполне благоприятными. Ни у одного больного не возникло ухудшения с прогрессированием остеонекроза, изредка наблюдавшимся ранее. Прекратились случаи поздних ротационных смещений конечности, довольно обычные при типичном выполнении межвертельной остеотомии. Замедленное срастание было отмечено только у одного больного (при 50 обычных межвертельных остеотомиях — у 4). В настоящее время околосуставная остеотомия бедра выполняется нами только в модификации с чрезмаловертельным пересечением кости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Прохоров В. П. Вестн. рентгенол., 1979, 1.— 2. Malkin S. British Med. J. 1936, 1, 304.

Поступила 1 февраля 1983 г.

УДК 616.728.2—089.28/29—053.9

## МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

*А. П. Верецагин, О. П. Варварин, Ю. Д. Ждаков*

*Кафедра травматологии и ортопедии (зав.— проф. А. П. Верецагин) Горьковского  
медицинского института им. С. М. Кирова*

В восстановлении функции тазобедренного сустава у пожилых людей при травмах и их последствиях получил распространение метод эндопротезирования [1, 2, 5, 6].

Нами произведено эндопротезирование тазобедренного сустава 68 больным пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедра и их последствиями.

Показаниями к эндопротезированию считаем: 1) субкапитальные переломы шейки бедренной кости с большим смещением отломков, 2) оскольчатые переломы, 3) переломы шейки с линией излома, близкой к вертикальной (III тип по Пауэлсу), 4) переломо-вывихи головки, 5) патологические переломы шейки, 6) переломы у больных, которые вследствие соматического или психического состояния не могут длительное время передвигаться с костылями без нагрузки на поврежденную ногу, 7) переломы у больных с выраженным старческим остеопорозом, 8) несросшиеся переломы и ложные суставы шейки, 9) асептический некроз головки.

Правильно и успешно выполненное оперативное вмешательство создает необходимые условия для последующего восстановления опорной и двигательной функций тазобедренного сустава, однако полноценная реабилитация больных пожилого и старческого возраста не может быть осуществлена без достаточно четкого представления о тяжести повреждения, соматическом статусе и компенсации, особенностях личности больного и социальных условиях (наличие семьи, характер взаимоотношений). Важно учитывать преморбидное состояние больного — адапционно-компенсаторные возможности и резервные силы, а также характер двигательной активности пожилого человека в период, непосредственно предшествовавший травме. При этом вопрос о возможности оперативного вмешательства решается положительно (при изложенных выше показаниях) лишь в том случае, если пациент до травмы мог обслуживать себя, самостоятельно передвигаться без дополнительной опоры, выходить на улицу. Лицам, нуждающимся в постороннем уходе или передвигающимся лишь по комнате с дополнительной опорой, мобилизующие операции противопоказаны.

В настоящее время с внедрением гериатрического подхода в лечение травматологических больных считается, что оперировать при переломах в случае отсутствия неотложных показаний лучше не сразу, а спустя 5—10 сут [4]. В течение этого времени необходимо тщательно обследовать больных, провести профилактические

и лечебные мероприятия с целью оптимальной подготовки к эндопротезированию. обстоятельная предоперационная подготовка позволяет значительно снизить риск оперативного вмешательства, который бывает достаточно высоким у лиц преклонного возраста с сопутствующей висцеральной патологией.

Динамический процесс реабилитации принято делить на три последовательных этапа: восстановительное лечение, реадaptацию и реабилитацию в прямом смысле этого слова [3]. Началом этих сложных процессов и одним из путей реадaptации и реабилитации являются предоперационная подготовка и оперативное вмешательство (в данном случае эндопротезирование), предупреждающее дефект и инвалидность.

Нами разработан способ эндопротезирования головки и шейки бедренной кости (авт. свид. № 624610), предусматривающий использование шадящего оперативного доступа к тазобедренному суставу (Смит-Петерсона) и сохранение шейки бедренной кости или ее остатка для дополнительной опоры на нее протеза. Это ведет к более равномерному распределению нагрузки на верхний конец бедра и к созданию замкнутой суставной полости, что достигается ушиванием наглухо капсулы сустава после вправления головки протеза в вертлужную впадину. Методика оперативного вмешательства включает и элементы декомпрессии сустава. Указанные отличительные особенности используемого нами способа эндопротезирования позволяют рано и надлежащим образом организовать функциональное лечение после операции.

Наличие висцеральной патологии у пожилых и старых людей и нарушение компенсации после эндопротезирования определяют особенности их реабилитации. Коррекция метаболических расстройств, восстановление функций дыхания и кровообращения являются главными критериями медицинской реабилитации в первые дни после операции.

Основная задача периода реадaptации на стационарном этапе заключается в скорейшей активизации больных (при адекватной реакции сердечно-сосудистой и дыхательной систем) после операции, в обучении их ходьбе и в дальнейшем — в возвращении к прежнему образу жизни. В этих целях мы с самого начала послеоперационного периода исключаем внешнюю иммобилизацию, накладывая деротационный сапожок на стопу лишь на 1 нед. Лечебную гимнастику с использованием дыхательных упражнений начинаем с первых часов после операции. Оперированную конечность укладываем на функциональную шину, на которой совершаются пассивные (сгибание — разгибание) движения в коленном и тазобедренном суставах с первого дня после операции. Присоединение к пассивным движениям активных начинается к концу 1-й недели. Сначала больные напряжением четырехглавой мышцы пытаются выпрямить ногу в коленном суставе, затем производят сгибание в тазобедренном суставе и на заключительном этапе, перед самой ходьбой, начинают поднимать выпрямленную ногу. Занятия на функциональной шине сочетаются с активным поведением больных в кровати. Присаживаться, держась за балканскую раму, они начинают со 2—3-го дня после операции, садиться и спускаться ноги — на 10—14-й день. Благодаря активной тактике достигается достаточный объем движений в коленном и тазобедренном суставах уже в раннем послеоперационном периоде и создается возможность ходьбы с возрастающей нагрузкой на ногу как только больные окрепнут после операции. Ранняя двигательная активность способствует предупреждению пролежней, пневмонии и тромбозов глубоких вен оперированной ноги.

Ходить с костылями больные начинают через 2—3 нед после операции. Нагрузку на ногу разрешаем с началом ходьбы и, если она не вызывает болей, постепенно увеличиваем ее, доводя до полной через 5—7 нед. Занятия лечебной гимнастикой проводятся квалифицированным специалистом — методистом по ЛФК под контролем лечащего врача. Кроме того, ежедневно больным даем задание для самостоятельных упражнений (дыхательная гимнастика, укрепление четырехглавой мышцы бедра и др.).

В период обучения самостоятельной ходьбе сначала с костылями, затем с палочкой главное внимание уделяем устранению остаточных нарушений функции тазобедренного сустава и мышц, освоению ритмичной походки, восстановлению темпа ходьбы и силовых качеств движения. Эти занятия способствуют достаточно быстрой реадaptации оперированной конечности к обычным статическим и динамическим нагрузкам и подготовке к возвращению больного в привычную социальную среду.

Завершаем стационарный этап курсом физиотерапии (УВЧ, ультразвук, переменное магнитное поле, фонофорез с гидрокортизоном и др.), после которого пациента выписываем на амбулаторное лечение. Частичное или полное восстановление функции тазобедренного сустава желательно заканчивать в основном в клинике под наблюдением врача.

Заключительный, амбулаторный этап реабилитации пожилых и старых людей

после эндопротезирования должен быть в значительной степени подготовлен в период нахождения пациента в стационаре. Следует убедить с самого начала пожилого человека в необходимости его деятельного участия в достижении конечной цели реабилитации — в восстановлении его положения в семье и обществе. Уже в предоперационном периоде желательно настроить больного на скорейшую адаптацию к новым условиям жизни и выздоровление. Мы согласны с мнением М. М. Кабанова (1978), что усилия врача при этом должны быть направлены и на окружающую больного социальную среду. Совместными усилиями медицинского персонала и самого больного, а также его окружения (в первую очередь семьи) необходимо выработать приемы независимой жизни с учетом возможностей пациента и сформировать качества, помогающие его оптимальному приспособлению к социальной среде. Таким образом, этап социальной адаптации пожилых и старых людей после эндопротезирования тазобедренного сустава заканчивается в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому при участии ближайшего окружения.

Отдаленные результаты эндопротезирования изучены нами у 40 больных в сроки от 1 года до 9 лет. Строгой зависимости между продолжительностью реабилитационного периода и отдаленными функциональными результатами не выявлено. Факторами, определяющими это соотношение, являются возраст, характер повреждения или патологии тазобедренного сустава, сопутствующие соматические расстройства и др. Однако установлено, что понимание пожилым человеком конечной цели лечения, его активное участие в процессе реадaptации способствуют оптимальному течению этого периода как по сроку, так и по функциональному исходу.

У 25 (62,5%) пациентов результаты расценены как хорошие. Причем у 16 из них процесс социальной адаптации был завершен практически через 2—4 нед после выписки из стационара и лишь у 9 занял более месяца. Полностью восстановилась опороспособность бедра и стала возможной ходьба с палочкой или без нее. Объем движений в тазобедренном суставе составляет не менее 90°. Болей в оперированном суставе нет. Больные полностью себя обслуживают в быту и выполняют посильную работу по дому.

У 13 (32,5%) пациентов функциональный результат признан удовлетворительным. Они пользуются одним костылем или палочкой и полностью обслуживают себя. Имеется ограничение движений в суставе. Беспокоят боли при длительной ходьбе.

У 2 (5%) больных результат оказался неудовлетворительным (боли в тазобедренном суставе, нарушение опороспособности бедра, контрактура). Они вынуждены ходить с костылями и пользоваться посторонней помощью.

В заключение следует согласиться с мнением [4], согласно которому, помимо чисто гуманной цели, восстановление способности к самообслуживанию у лиц пожилого и старческого возраста, гораздо экономичнее, чем их содержание в учреждениях социального обеспечения.

## ВЫВОДЫ

1. Эндопротезирование тазобедренного сустава по нашей методике, предпринятое по строгим показаниям, создает благоприятные предпосылки для скорейшей медицинской и социальной адаптации пострадавших с переломами шейки бедренной кости и их последствиями.

2. Результат реабилитации и ее особенности в пожилом и старческом возрасте в значительной степени зависят от успеха лечения общих соматических расстройств при подготовке к оперативному вмешательству и в послеоперационном периоде.

3. Задачи реабилитации реализуются совместными усилиями медицинского персонала, больного и его окружения. Мероприятия при этом должны быть направлены на различные сферы жизнедеятельности пациента и в конечном итоге служить восстановлению его личного и социального статуса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Верещагин А. П., Варварин О. П., Ждаков Ю. Д. Ортопед. травма-тол., 1983, 2.—2. Воронцов А. В. Вестн. хир., 1983, 1.—3. Кабанов М. М. Вестн. АМН СССР, 1978, 4.—4. Каплан А. В. Травматология пожилого возраста. М., Медицина, 1977.—5. Lies A., Scheuer J. Z. Orthop., 1982, 120, 4.—Moshinski D., Pötsscher V., Kelava St., Klüssner K. Unfallheilk., 1978, 81, 10.

Поступила 6 сентября 1983 г.