

ГЕРАСИМЕНКО С.І., ПОЛУЛЯХ М.В., БАБКО А.М., ГЕРАСИМЕНКО А.С., ГРОМАДСЬКИЙ В.М., РОЙ І.В., ЗАМОРСЬКИЙ Т.В.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Резюме. У даній роботі наведено аналіз результатів ендопротезування кульшового суглоба й ефективності реабілітаційних заходів у 146 хворих на ревматоїдний артрит, яким було виконано 203 оперативних втручання. У 57 із них здійснено ендопротезування обох кульшових суглобів. Вік пацієнтів коливався від 18 до 77 років і в середньому становив $45,1 \pm 1,1$ року. Жінок було в 4 рази більше, ніж чоловіків. Добрі результати отримано в 169 випадках (83,3 %), задовільні — у 34 (16,7 %). Причиною задовільного результату в пацієнтів були анкілози кульшового суглоба в доопераційному періоді або виражені контрактури зі значною гіпотрофією м'язів, що вплинуло на функціональний результат.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, кульшовий суглоб, ендопротез, реабілітація.

Вступ

Ревматоїдний артрит (РА) належить до найбільш поширених та тяжких хронічних аутоімунних запальних захворювань людини, перебіг якого визначається зміною різних за ступенем тяжкості загострень та більш або менш тривалих періодів ремісії [1, 2], що за відсутності ефективної терапії призводить до швидкої інвалідації та скорочення життя пацієнтів [3–5].

Частка РА серед захворювань суглобів у дорослого населення в різних країнах світу становить від 0,6 до 5 % [6, 7]. Захворювання найбільш поширене серед осіб працездатного віку. Його пік припадає на 40–50 років, що має велике соціальне значення. Через 5–8 років більше 50 % хворих втрачають працездатність, а 10–12 % — прикуті до ліжка та мають потребу в сторонньому догляді [8–10]. Відновлення рухів у кульшовому суглобі на пізніх стадіях захворювання можливе лише за допомогою оперативних втручань [11]. Ревматоїдне ураження кульшових суглобів має швидкий та агресивний перебіг, що спричиняє не тільки об'ємну деструкцію суглобових кінців, але й параартикулярних тканин унаслідок аутоімунної агресії та запалення. Усе це підвищує вплив підготовчого етапу та післяопераційного раннього періоду реабілітаційного лікування на результати ортопедичного лікування цієї тяжкої категорії хворих.

Матеріали та методи

Робота виконана на базі відділу захворювань суглобів у дорослих ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України». Проліковано 146 хворих на РА з ураженням кульшового суглоба, яким було виконано 203 оперативних втручання (тотальне ендопротезування

кульшового суглоба), із них 57 хворих були з двобічним ураженням, тому оперативні втручання були виконані з обох сторін у період із 2000 по 2015 р. (рис. 1). Вік пацієнтів коливався від 18 до 77 років та в середньому становив $45,1 \pm 1,1$ року. Серед прооперованих хворих на РА жінок було в 4 рази більше, ніж чоловіків, що відповідає даним літератури.

Оцінка результатів ендопротезування проводилась за модернізованою шкалою Харрисона в ранньому та пізньому післяопераційному періодах.

Результати та їх обговорення

У період передопераційної підготовки звертали увагу на стан м'язів, особливо у хворих, які тривалий час через високу активність загального патологічного процесу дотримувалися ліжкового режиму чи мали анкілози в кульшових суглобах. У таких хворих із клінічно вираженою атрофією м'язів стегна проводили електроміографічне дослідження чотириголового м'яза стегна для виявлення потенціалу до відновлення м'язів та подальшого планування оперативного лікування та реабілітаційних заходів. За декілька місяців до операції залежно від стану опорно-рухового апарату хворим призначали

Адреса для листування з авторами:

Герасименко С.І.

E-mail: redact@i.ua

© Герасименко С.І., Полулях М.В., Бабко А.М., Герасименко А.С., Громадський В.М., Рой І.В., Заморський Т.В., 2016

© «Травма», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

масаж, фізіотерапевтичні процедури: міостимуляцію, ампліпульс. В обов'язковому порядку у хворих досліджували стан кісткової тканини та за наявності остеопорозу або остеопенії проводили відповідну терапію антирезорбуючими препаратами та препаратами кальцію, що продовжували і в післяопераційному періоді. Також визначали активність загального патологічного процесу за допомогою клінічних та лабораторних досліджень та за наявності високої активності намагались її знизити відповідною терапією ще до оперативного втручання.

Значну увагу приділяли психологічній підготовці хворих. Пацієнту потрібно тактично роз'яснити суть захворювання і його наслідки, підготувати до думки про необхідність тривалого лікування, успіх якого залежить значною мірою від правильного та активного ставлення саме хворого до лікувального процесу.

Під час операції використовували передньобоківий доступ. Після операції, щоб запобігти такому ускладненню, як вивих протезу, прооперовану кінцівку уклали в положення відведення 20° , що досягалося застосуванням клиноподібної поролонової подушки (рис. 2), а хворому забороняли приводити прооперовану кінцівку наступні 4–6 тижнів після оперативного втручання.

Активізувати хворого починали з першого післяопераційного дня, для чого вводили вправи лікувальної фізкультури. З першого післяопераційного дня хворий займався ізометричною гімнастикою м'язів прооперованої кінцівки: протягом 3–5 с пацієнт напружував чотириголовий м'яз оперованої кінцівки, після чого 8–10 с його розслаблював, у цей час хворий виконував напруження чотириголового м'яза протилежного стегна. Він займався дихальною гімнастикою, активними вправами непрооперованих кінцівок та пасивними руками прооперованої кінцівки за допомогою методиста. Хворому дозволяли сидіти, підніматися і стояти біля ліжка. При використанні фіксації ендопротеза цементного типу з 2–3-го післяопераційного дня хворий починав ходити за допомогою милиць протягом 4 тижнів без обмеження навантаження на прооперовану кінцівку, після чого проводили рентгенологічний контроль прооперованого суглоба і йому дозволяли ходити за допомогою палиці. При безцементному типі фіксації ендопротеза з 2–3-го післяопераційного дня пацієнт починав ходити за допомогою милиць 4 тижні з невеликим навантаженням на прооперовану кінцівку, тобто ставлячи кінцівку на підлогу, але не спираючись на неї (навантаження на кінцівку близько 10 % від ваги самої кінцівки), потім рекомендували добавляти приблизно по 10 % від маси тіла кожен тиждень, так щоб через 4–6 тижнів після операції навантаження на прооперовану кінцівку було не більше 60–70 %, після чого проводили рентгенологічний контроль прооперованого суглоба і тільки потім дозволяли ходьбу за допомогою палиці. Корекцію рекомендацій з навантаження прооперованої кінцівки проводили в індивідуальних випадках: велика маса тіла або виражений остеопороз кісток. З 3-го дня проводили електростимуляцію м'язів стегна прооперованої кінцівки. Перед випуском навчали хворого правильно спускатись та підніматись

сходами, щоб він був повністю незалежний від сторонньої допомоги.

Добрі результати отримано в 169 (83,3 %) випадках, задовільні — у 34 (16,7 %). Причиною задовільних результатів був анкілоз у кульшовому суглобі в доопераційному періоді зі значною гіпотрофією м'язів, що вплинуло на функціональний результат.

Клінічний приклад. Хвора Н., 1977 р.н., надійшла до клініки захворювань суглобів у дорослих ДУ «ІГО НАМН України» зі скаргами на біль, скутість, обмеження рухів у великих суглобах нижніх кінцівок, більш виражені у кульшових суглобах, порушення функції ходьби. Рухи в кульшових суглобах — розгинання/згинання — $0^\circ/30^\circ/80^\circ$, приведення — 30° (рис. 3).

На рентгенограмах кульшових суглобів виявляються різке звуження суглобових щілин, деформація головок стегнових кісток із кістоподібною перебудовою (рис. 4).

Хворій встановлено діагноз: РА, II стадія, III фаза, активність II ступеня, функціональна недостатність



Рисунок 1. Типовий вигляд хворого на ревматоїдний артрит



Рисунок 2. Положення прооперованої кінцівки в ранньому післяопераційному періоді

суглобів III ступеня, із переважним ураженням суглобів нижніх кінцівок. На першому етапі хворій виконано операцію тотального ендопротезування правого кульшового суглоба; оскільки хвору значною мірою турбував цей суглоб, через два місяці було проведено аналогічну операцію з іншого боку. У передопераційному періоді проведено комплексну підготовку: масаж лівої нижньої кінцівки, лікувальну фізкультуру, міостимуляцію м'язів лівої нижньої кінцівки. З урахуванням молодого віку пацієнтки встановлено тотальні ендопротези кульшових суглобів із безцементною фіксацією. Післяопераційний період протікав гладко, на 2-й день після операції хвора піднялася на милиці, рана загоїлась первинним натягом, шви зняті через 2 тижні. На момент виписки на амбулаторне лікування рухи в прооперованому суглобі становили: у

сагітальній площині — розгинання/згинання — $0^{\circ}/0^{\circ}/90^{\circ}$; фронтальній — відведення/приведення — $30^{\circ}/0^{\circ}/20^{\circ}$; внутрішня/зовнішня ротація стегна — $20^{\circ}/0^{\circ}/30^{\circ}$ (рис. 5, 6).

Висновки

1. Програма реабілітації хворих на ревматоїдний артрит при протезуванні кульшового суглоба дозволила провести підготовку опорно-рухової системи до оперативного втручання, покращити силу м'язів і рухів у суглобах у післяопераційному періоді та отримати добрі результати в 169 випадках (83,3 %) і задовільні — у 34 (16,7 %).

2. Запропонована схема реабілітації дозволяє відновити втрачену функцію ураженого кульшового суглоба та повернути хворого до активного способу життя.



Рисунок 3. Загальний вигляд хворої до ортопедичного лікування



Рисунок 4. Рентгенограма кульшових суглобів хворої Н., 1977 р.н., при госпіталізації в клініку



Рисунок 5. Рентгенограма кульшових суглобів хворої Н., 1977 р.н., після протезування



Рисунок 6. Загальний вигляд хворої через 12 місяців після ортопедичного лікування

Список літератури

1. Дормидонтов Е.Н. Оценка состояния микроциркуляции, реологических свойств крови больных ревматоидным артритом с системными проявлениями / Е.Н. Дормидонтов, Б.Н. Фризер, В.А. Семин // *Ревматология*. — 1985. — № 4. — С. 10-13.
2. Коваленко В.Н. *Остеоартроз: Практическое руководство* / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич. — К.: Морисон, 2003. — 448 с.
3. Герасименко С.І. *Ортопедичне лікування ревматоїдного артриту при ураженнях нижніх кінцівок* / С.І. Герасименко. — К.: Преса України, 2000. — 160 с.
4. El-Gabalawy H.D. Why do we not have a cure for rheumatoid arthritis? / H.D. El-Gabalawy, P.E. Lipsky // *Arthritis Rheum*. — 2002. — № 4, Suppl. 3. — P. 297-301.
5. Firestein G. *Rheumatoid arthritis: frontiers in pathogenesis and treatment* / G. Firestein, G. Panayi, F. Wollheim. — Oxford: Oxford University Press, 2000. — 136 p.
6. Огороков А.Н. *Диагностика болезней внутренних органов: Практическое руководство: В 3 Т.* — Витебск: Белмедкнига, 1998. — Т. 2 — 576 с.
7. *Ревматические болезни / Руководство для врачей / Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука.* — М.: Медицина, 1997. — 520 с.
8. Лоскутов А.Е. *Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при ревматических заболеваниях* / А.Е. Лоскутов, Л.М. Алмаз, Д.А. Синегубов // *Materialele Congresului V A Ortopezilor-Traumatologilor Din Republica Moldova*. — Chisinau, 2001. — P. 314-315.
9. Eberhardt K. Hip involvement in early rheumatoid arthritis / K. Eberhardt // *Ann. Rheum. Dis.* — 1995. — Vol. 54. — P. 45-48.
10. Яременко О.Б. *Ревматоидный артрит: современное состояние проблемы* / О.Б. Яременко // *Doctor*. — 2002. — № 1. — С. 32-36.
11. Гайко Г.В. *Стан эндопротезування в Україні та перспективи його розвитку* / Г.В. Гайко // *Тотальне і ревізійне эндопротезування великих суглобів: Матли наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Львів, 2-4 жовт. 2003 р.)*. — К.; Львів, 2003. — С. 3-7.

Отримано 26.09.16 ■

Герасименко С.І., Полулях М.В., Бабко А.Н., Герасименко А.С., Громадский В.Н., Рой И.В., Заморский Т.В.
 ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», г. Киев, Украина

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Резюме. В данной работе приводится анализ результатов эндопротезирования тазобедренного сустава и эффективности реабилитационных мероприятий у 146 больных ревматоидным артритом, которым выполнены 203 оперативных вмешательства. У 57 из них осуществлено эндопротезирование обоих тазобедренных суставов. Возраст пациентов колебался от 18 до 77 лет и в среднем составлял $45,1 \pm 1,1$ года. Женщин было в 4 раза больше, чем мужчин. Хорошие

результаты получены в 169 случаях (83,3 %), удовлетворительные — в 34 (16,7 %). Причиной удовлетворительного результата у пациентов были анкилоз тазобедренного сустава в дооперационном периоде или выраженные контрактуры со значительной гипотрофией мышц, что повлияло на функциональный результат.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, тазобедренный сустав, эндопротез, реабилитация.

Herasymenko S.I., Poluliakh M.V., Babko A.M., Herasymenko A.S., Hromadsky V.M., Roi I.V., Zamorskyi T.V.
 State Institution «Institute of Traumatology and Orthopedics of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

REHABILITATION OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AFTER HIP REPLACEMENT

Summary. Rheumatoid defeat of the hip joints has a rapid and aggressive course that not only leads to destruction of the bulk of the joints, but also affects the para-articular tissues as a consequence of inflammatory and autoimmune aggression. To restore the function of the hip joints in patients with rheumatoid arthritis in the late stages of the disease is possible only with the help of surgery — total hip replacement. All this increases the influence of the preparatory phase and the early postoperative rehabilitation treatment on the results of orthopedic treatment of this challenging group of patients. Main purpose — to improve the results of orthopedic treatment of patients with rheumatoid arthritis, in whom total hip arthroplasty was performed by improving the approaches to the preoperative preparatory phase and the early postoperative rehabilitation treatment. Materials and methods. In this work, we have performed an analysis of the results of total hip arthroplasty and the effectiveness of rehabilitation in 146 patients with rheumatoid arthritis, in whom 203 surgical inter-

ventions were performed. 57 of them underwent arthroplasty of both hip joints. The age of patients ranged from 18 to 77 years and averaged 45.1 ± 1.1 years. There 4 times more women than men. Results. Good results were obtained in 169 (83.3 %) cases, satisfactory — in 34 (16.7 %) cases. The reason for a satisfactory outcome in patients was ankylosis of hip preoperatively or severe contractures with significant muscle wasting, which affected the functional outcome. Conclusions. The program of rehabilitation treatment in rheumatoid arthritis patients with prosthetic hip allows to carry out the preparation of the musculoskeletal system prior to surgery, to improve muscle strength and movement in the joint during the postoperative period, and to get good results in 83.3 % of cases. The proposed rehabilitation scheme makes it possible to restore the lost function of the hip joint and to return the patient to the active way of life.

Key words: rheumatoid arthritis, hip joint, endoprosthesis, rehabilitation.