**Паспортная часть**

1. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Возраст: 63 года

3. Дата и время поступления в стационар: 04.03.13г. в 10.10

4. Пол: женский

5. Национальность: гражданка Республики Беларусь

6. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Профессия: швея

8. Место работы: пенсионерка

**Жалобы пациента**

При поступлении предъявляла жалобы на боль в правом тазобедренном суставе; ограничение движения в правом тазобедренном суставе, чувство покалывания в правом бедре, хромоту.

**Anamnesis vitae**

Туберкулёзом, венерическими заболеваниями, вирусным гепатитом не болела. Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки не страдает. Инфарктов и инсультов не было. Из перенесённых заболеваний ОРИ. Переливаний крови не было. Оперативных вмешательств не было. Аллергия на нимесулид.

Жилищно-бытовые и материальные условия удовлетворительные.

**Anamnesis morbi**

В 2003 году после падения появились боли, дискомфорт, в области правого тазобедренного сустава, усиливающиеся при длительной ходьбе и умеренной физической нагрузке. Неоднократнополучала консервативное лечение. С сентября 2012 года боли в правом тазобедренном суставе стали постоянными, появилось ограничение подвижности в правом тазобедренном суставе, хромота.

 Пациентка была направлена на плановое оперативное лечение в травматологическое отделение ВОКБ.

14.03.13 в 1005 -1205 была произведена операция: *тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава.*

В настоящее время пациентка продолжает лечение.

**Настоящее состояние больного**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Гиперстенический тип конституции.

Кожный покров: обычной окраски, чистый, сухой. Тургор сохранен.

Подкожная жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно. Отеки на левой нижней конечности.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные– не увеличены.

Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета.

Дыхание через нос свободное, ритмичное, частота дыхательных движений 16 в минуту. Аускультативно дыхание везикулярное с обеих сторон, проводится по всем полям, хрипов нет.

Пульс 78 ударов в мин., ритмичный. Артериальное давление 150/90 мм рт. ст.

Тоны сердца: ритмичные, приглушены, шумов нет.

Язык: влажный, налётом не обложен. Миндалины и дужки не гиперемированы.

Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный. Печень: не увеличена.

Стул: ежедневный, обычный.

Мочеиспускание: свободное, безболезненное.

**Status localis (19.03.13)**

 Положение пациентки активное. Движения в правом тазобедренном суставе ограничены, болезненны.

В области правого тазобедренного сустава повязка сухая, чистая, лежит хорошо. При пальпации легкая болезненность в области послеоперационного шва.

Наблюдается незначительная отёчность мягких тканей правого бедра до нижней трети. Кожа бедра несколько гиперемирована. Пульс на пальцах стопы сохранён. Движения и чувствительность в пальцах стопы не нарушены.

 **Предварительный диагноз**

На основании жалоб пациентки (боль в правом тазобедренном суставе; ограничение движения в правом тазобедренном суставе, чувство покалывания в правом бедре, хромоту); анамнеза настоящего заболевания (в 2003 году после падения появились боли, дискомфорт, в области правого тазобедренного сустава, усиливающиеся при длительной ходьбе и умеренной физической нагрузке. Неоднократно получала консервативное лечение. С сентября 2012 года боли в правом тазобедренном суставе стали постоянными, появилось ограничение подвижности в правом тазобедренном суставе, хромота.*);* клинического осмотра (движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены, болезненны; сгибание/разгибание 60/0/0, отведение/приведение 0/0/5.), можно поставить предварительный диагноз: *правосторонний коксартроз 3 ст.*

Для постановки окончательного диагноза необходимо провести обследование по следующему плану:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови (о. белок, глюкоза, мочевина, билирубин)
4. Коагулограмма
5. ЭКГ
6. Кровь на RW
7. Группа крови, резус фактор
8. Rg правого тазобедренного сустава в двух проекциях

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

*1. Общий анализ крови от 05.03.13г****.***

Hb -127 г/л

Эритроциты – 4,55х1012 /л

Лейкоциты – 6,7х109/л

Эозинофилы – 2%

Палочки – 1%

Сегменты - 32%

Лимфоциты - 61%

Моноциты – 4%

СОЭ – 20 мм/ч

*2. Биохимический анализ крови от 05.03.13:*

Билирубин общ. − 14,2 ммоль/л

Билирубин прямой − 3,6 ммоль/л

Общий белок − 74 г/л

Мочевина − 5,6 ммоль/л

Глюкоза − 5,16 ммоль/л

Креатинин – 0,088 ммоль/л

*3. Коагулограмма от 05.03.13:*

АЧТВ − 33//

 Протромбиновый индекс − 1,13

Фибриноген А− 3,6 г/л

*4. ЭКГ от 05.03.13 г.*

Синусовый ритм. ЧСС – 73 уд.в мин. Горизонтальная ЭОС.

*5. Кровь на RW от 05.03.13г. – отриц.*

*6. Изосерологическое исследование крови от 05.03.13:*

Гр. крови: A(II), Rh+.

*7. Rg правого тазобедренного сустава от 04.03.13(№499 Ковзова А.А. 1949г.р.)*

Резкое не равномерное сужение суставной щели в правом тазобедренном суставе. Деформации головки бедра, костные разрастания на краях суставного хряща, разрежение костных тканей.

Заключение: Правосторонний коксартроз 3 ст.

**Обоснование диагноза**

На основании жалоб пациентки (боль в правом тазобедренном суставе; ограничение движения в правом тазобедренном суставе, чувство покалывания в правом бедре, хромоту); анамнеза настоящего заболевания (в 2003 году после падения появились боли, дискомфорт, в области правого тазобедренного сустава, усиливающиеся при длительной ходьбе и умеренной физической нагрузке. Неоднократно получала консервативное лечение. С сентября 2012 года боли в правом тазобедренном суставе стали постоянными, появилось ограничение подвижности в правом тазобедренном суставе, хромота.*);* клинического осмотра (движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены, болезненны; сгибание/разгибание 60/0/0, отведение/приведение 0/0/5.), данных лабораторных и инструментальных методов обследования (Rg: Резкое не равномерное сужение суставной щели в правом тазобедренном суставе. Деформации головки бедра, костные разрастания на краях суставного хряща, разрежение костных тканей. Заключение: Правосторонний коксартроз 3 ст.) можно поставить предварительный диагноз: *правосторонний коксартроз 3 ст.*

**Лечение**

**Консервативное лечение**:

Направлено на уменьшение болевого синдрома, увеличение подвижности, сохранение функции мышц и замедление его прогрессирования. При этом необходимо учитывать возраст больного, общее его состояние, стадию заболевания и особенности его клинических проявлений. Лечение проводится, как правило, в поликлинических условиях.

1.Прием нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенака, ортофена, индометацина) с целью купирования болевого синдрома, особенно это касается последней стадии коксартроза, на которой лечение уже не сможет обратить изменения сустава, а боль особенно интенсивна.

2.Назначение средств, обладающих сосудорасширяющим эффектом (никошпан, цинаризин) для снятия мышечного спазма вокруг сустава.

3.Применение препаратов, которые относятся к группе миорелаксантов (мидокалм), также имеет целью снятие мышечного спазма и улучшение кровенаполнения пораженного сустава.

4.Длительный прием препаратов из группы хондропротекторов (артепарон, хондроитина сульфат) для восстановления суставных хрящей.

5.Физиотерапевтические процедуры с целью улучшения функционирования сустава. Эффект достигается за счёт снижения выраженности воспалительных явлений в ткани тазобедренного сустава и улучшения его кровоснабжения. К таким процедурам относятся электро- и фонофорез лекарственных средств, криотерапия, лазеротерапия.

6. Мануальная терапия. Чаще всего пользуются двумя видами воздействий на сустав: мобилизацией и манипуляцией.

Мобилизация — это мягкое вытяжение тазобедренного сустава, разведение концов сочленяющихся друг с другом костей. Для проведения такого вытяжения специалист обычно захватывает конечность выше и ниже сустава и начинает как бы «расшатывать» кости относительно друг друга в нужных направлениях. При правильном воздействии сустав «освобождается», в нем частично восстанавливается движение, устраняется спазм мышц вокруг сустава. Все это приводит к тому, что суставные хрящи в какой-то степени «выводятся из-под удара», то есть давление на них уменьшается. Соответственно, хрящ получает определенную возможность к самовосстановлению.

Именно подобная многогранность лечебного воздействия составляет преимущество мобилизации. К недостаткам метода отнесем большие энергозатраты врача и необходимость частого и регулярного повторения процедур. При коксартрозе требуется проводить ежегодно до четырех циклов, состоящих из трех-четырех лечебных сеансов мобилизации, то есть за год пораженный коксартрозом сустав бывает необходимо подвергнуть 12—15 процедурам.

В отличие от мобилизации, манипуляция осуществляется одним резким и коротким движением и требует минимума напряжения от врача. Если манипуляция проведена своевременно и к месту, она сразу приносит пациенту облегчение, уменьшая боль и восстанавливая объем движения в суставе. Однако так происходит только в тех случаях, когда мы имеем дело не с запущенным коксартрозом, а с начальными проявлениями заболевания.

Противопоказана мануальная терапия при воспалительных ревматических заболеваниях (артритах), при онкологических поражениях суставов (то есть при наличии доброкачественных и злокачественных опухолей) и при свежих травмах, особенно переломах. Очень осторожно и аккуратно нужно проводить манипуляции с теми больными, у которых существует повышенная хрупкость костей, например, при остеопорозе.

7. Аппаратная тракция обычно используется в терапии артрозов тазобедренных и коленных суставов для разведения суставных концов костей и уменьшения нагрузки на хрящевые поверхности.
Процедура проводится на специальном столе. С помощью ремней пациента пристегивают к столу (фиксируют), после чего аппарат производит тягу больной ноги в продольном направлении (то есть вдоль оси тела). Процедура продолжается 15—20 минут, и за это время растягивается капсула сустава, а также получают отдых перегруженные участки хрящевой ткани.
Курс тракционной терапии состоит из 10—12 процедур, проводимых ежедневно или через день в сочетании с массажем и другими лечебными мероприятиями. В год больной артрозом должен проходить два таких курса лечения.

8. Постизометрическая релаксация (ПИР). Постизометрическая релаксация, она же ПИР (вытяжение мышц и связок) — сравнительно новый метод лечения, который подразумевает активное взаимодействие пациента и врача. Больной не пассивен во время процедуры, он напрягает и расслабляет определенные мышцы. А врач в момент расслабления пациента проводит „растяжку“ его мышц, сухожилий и суставов.

При лечении коксартроза постизометрическая релаксация применяется для устранения болезненного спазматического сокращения мышц и как процедура, предваряющая сеанс мануальной терапии или тракции сустава. С моей точки зрения, ПИР является одной из самых полезных процедур при лечении коксартроза I и II стадий. При этом постизометрическая релаксация почти не имеет противопоказаний — конечно, если проводить ее грамотно, четко представляя себе анатомию задействованных в процедуре мышц и суставов, а также безопасный предел их растяжения.

При артрозе тазобедренного сустава почти всегда имеется болезненный спазм мышц ягодичной области. Чтобы устранить этот спазм и вызванную спазмом боль, врач предлагает пациенту лечь на живот, медленно сгибает его больную ногу в колене до угла 90° и начинает осторожно разворачивать согнутую ногу наружу. Это движение продолжается лишь до тех пор, пока больной не заявит о возникшей сильной боли в мышцах ноги или в суставе. Тогда его попросят слегка надавить согнутой ногой на руки врача, то есть оказывать некоторое сопротивление в течение 7—10 секунд, а затем расслабиться. В момент расслабления у врача появится возможность вновь немного продвинуться и развернуть ногу пациента еще чуть дальше, до появления новых болевых ощущений. И снова по просьбе врача больной окажет умеренное сопротивление, и повторится весь цикл. После 3—4 повторений его напряжение исчезает.

Курс лечения состоит в среднем из 6—10 процедур, проводимых через день, и добиться положительного результата удается примерно у 80% пациентов. Но для достижения нужного эффекта от врача требуются хорошее знание биомеханики мышц и наличие определенной интуиции. В то же время нежелательно останавливаться раньше достижения возможного предела, иначе не будет достигнуто и необходимое расслабление спазмированных или „зажатых“ мышц, и не удастся высвободить сустав.

9.Применение мазей и компрессов в процессе лечения позволяет улучшить кровообращение и снять мышечные спазмы.

Также обязательным является прохождение курса массажа, занятия лечебной физкультурой.

В период обострения рекомендуется уменьшить вертикальные нагрузки, исключить бег, длительное пребывание на ногах.

**Хирургическое лечение:**

Коксартроз 3 степени требует, как правило, хирургического лечения. Методы, которые может потребовать коксартроз тазобедренного сустава:

*Артродез тазобедренного сустава* – это один из вариантов возможного оперативного лечения деформирующего остеоартроза. Это хирургическое вмешательство, направленное на стабилизацию сустава путём обеспечения его неподвижности. Данную тактику выбирают в тех случаях, когда необходимо уменьшить выраженность болевого синдрома, а артропластика и эндопротезирование по каким-либо причинам не показаны.

Все методы артродеза можно объединить в четыре основные группы: внутрисуставные, внесуставные, комбинированные и компрессионные (открытые или закрытые). Наиболее удобные доступы к тазобедренному суставу это: внешний U-образный или передний подвздошно-бедренный.

В ходе операции после рассечения мягких тканей и вскрытия суставной полости хирург удаляет все некротические изменённые ткани, иссекает хрящевую прослойку головки и впадины вплоть до спонгиозного (губчатого) слоя. Освеженные сочленяющиеся поверхности костей соединяются между собой таким образом, чтобы впоследствии сделать возможным их надёжное сращение. Если же головка и основная часть шейки уже нежизнеспособны, их резецируют, а затем оголяют и подготавливают для сопоставления с бедром большой вертел.

По окончании хирургического вмешательства конечности придают положение 15° абдукции и 20° флексии, а затем иммобилизуют её в таком состоянии при помощи гипсовой повязки, охватывающей туловище, начиная от сосков и захватывая целиком прооперированную ногу и до колена здоровую.

*Реваскуляризирующая межвертельная остеотомия* проксимального отдела бедренной кости является малоинвазивной процедурой и осуществляется одномоментно с двух сторон. Функциональный метод, который положен в основу восстановительного периода, в стационарных условиях состоит из двух основных этапов и нуждается в базисной медикаментозной терапии. На протяжении всего времени, пока присутствует болевой синдром, назначаются нестероидные противовоспалительные средства, длительно принимаются хондропротекторы и препараты, направленные на улучшение периферического кровообращения и микроциркуляции.

Реабилитация после реваскуляризирующей остеотомии:

Цель реабилитации в первые пять дней после хирургического вмешательства, это проведение мероприятий, направленных на ускорение заживления постоперационных ран и уменьшение интенсивности болевого синдрома.

В случае одномоментно проведенной двухсторонней остеотомии бедра постельный режим рекомендуется соблюдать в среднем до двух месяцев, а при односторонней разрешается ходьба с использованием костылей (обязательно без осевой нагрузки на прооперированную конечность!) ещё до истечения этого срока (в зависимости от конкретной клинической ситуации).

С самых первых дней назначается электротерапия. Активно-пассивная лечебная гимнастика, направленная в основном на расслабление околосуставных мышц, проводится с второго-третьего дня после операции под контролем инструктора. Он же обучает пациента ходьбе с помощью костылей, как по горизонтальной поверхности, так и вверх-вниз по лестнице.

Второй этап восстановительной программы (вторая-третья недели после хирургического вмешательства) преследует своей целью вернуть подвижность, поспособствовать реинтеграции нервно-мышечного управления и восстановлению локальной мышечной выносливости. По-прежнему продолжается электролечение, назначаются сеансы массажа, водные процедуры, осуществляется электростимуляция мышц. Физические упражнения проводятся с различными режимами мышечного сокращения.

Дальнейшее лечение больной продолжает в амбулаторных условиях. Последующие два месяца он, соблюдая все полученные ранее рекомендации по режиму, занимается на специальных тренажёрных аппаратах, способствующих улучшению силовых качеств прооперированной конечности, увеличению объёма движений в тазобедренном суставе и улучшению кровоснабжения.

По истечении трёх месяцев после проведения реваскуляризирующей остеотомии пациент получает возможность передвигаться самостоятельно, без использования дополнительных средств опоры. При этом он должен продолжать свои ранее начатые тренировки и под контролем врача получать медикаментозную терапию, направленную на восстановление повреждённых компонентов тазобедренного сустава.

*Артопластика* – операция, проводимая при запущенных стадиях артроза, при которых происходит разрушение сустав, и заключающаяся в моделировании новых суставных поверхностей. Между ними размещается специальная прокладка, призванная выполнять функции хряща. Прокладка изготавливается либо из искусственных материалов, либо из ткани пациента. Артропластика позволяет восстановить утраченные функции сустава.

Операция производится под общим наркозом. После разъединения мягких тканей, капсулу тазобедренного сустава сначала вскрывают, а затем отсекают.

После этого головку бедренной кости вывихивают в рану. Если она сохранна, для создания прокладки между вновь сформированными суставными поверхностями с наружной стороны бедра берут фасцию и создают её дупликатуру либо используют аллопластические материалы, специальные колпачки, изготавливаемые из пластмассы или стали. После вправления головки в вертлужную впадину подшивают ранее отсеченные от большого вертела мышцы и послойно наглухо закрывают операционную рану. По окончании хирургического вмешательства конечность фиксируют гипсовой лонгетой, а в некоторых случаях накладывают на неё вытяжение с грузом. Через три недели постепенно начинают разработку движений.

При тяжёлых формах деформирующего коксартроза оперативное вмешательство, как правило, сводится к их резекции и углублению вертлужной впадины. Пациенту имплантируют эндопротез той или иной конструкции. После этого начинается долгий и ответственный процесс реабилитации.

На сегодняшний день артропластика - наиболее эффективный и перспективный оперативный подход. Она применяется не только для борьбы с деформирующим артрозом, но и для устранения других серьёзных патологий суставов.

Виды артропластики:

с использованием чашечки;

замена поверхности сустава;

полная замена сустава.

**Эндопротезирование** может быть традиционным или малоинвазивным, первичным или ревизионным **(**первичная замена тазобедренного сустава осуществляется для возврата полноты его функции при заболеваниях и травмах, в то время как ревизионные операции направлены на устранение проблем, возникающих в процессе эксплуатации искусственного сустава.). Полную замену сустава или тотальную артропластику (эндопртезирование) сегодня можно назвать самым эффективным методом избавления человека от проблемы артроза. Во время эндопротезирования происходит установка специального эндопротеза, с помощью которого восстанавливаются функции сустава. Эндопротезы, которые на сегодняшний день используются в современной ортопедии, изготавливают из особых материалов, которые не только совместимы с тканями организма, но и могут служить в течение нескольких десятков лет. Хирургический доступ при эндопротезировании тазобедренного сустава

Имеется несколько доступов к тазобедренному суставу. Каждый из них отличается техникой разреза. Разрез проводится в области сустава, он может быть дугообразным либо горизонтальным. Путем разреза и отодвигания мышц, окружающих область сустава, обнажается капсула сустава. Капсула и связки, образующие сустав, рассекаются, и сустав вывихивается в рану. Далее проводят резекцию сустава. При поражении вертлужной впадины ее заменяют пластическим протезом. Вместо резецированной головки бедренной кости укрепляют титановый протез. Далее рану зашивают и накладывают стерильную повязку.

Прежде чем рассказать о переднем доступе, мы проведем краткий экскурс по другим хирургическим доступам, которые хирург может использовать при протезировании тазобедренного сустава.

ТРАДИЦИОННЫЙ ДОСТУП К ТАЗОБЕДРЕННОМУ СУСТАВУ

Это типичный доступ, осуществляемый при протезировании тазобедренного сустава, который называется заднебоковым доступом. При этом используется широкий разрез в боковой и верхней части бедра.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ТЕХНИКА

Этот тип доступа использует разрезы малого размера. Существует несколько типов таких миниинвазивных доступов. Этот доступ может быть осуществлен с помощью одного или двух разрезов.

Миниинвазивная техника с одни разрезом

Передний доступ. Эта техника использует один маленький разрез в передней области бедра. Иногда этот метод называется «истинный передний доступ», чтобы отличить его от других доступов, заключающихся в том, что разрез используется ближе с боковой стороны, чем спереди.

Задний доступ. При этом разрез проводится с боковой стороны бедра, ближе к его задней поверхности.

Техника с двумя разрезами, при которой применяется один разрез спереди для установки протеза впадины и отдельно маленький разрез ближе к задней его поверхности для установки ствола протеза. Эти техники могут сопровождаться определенным операционным риском. Послеоперационный период требует определенного времени и упорного труда. Нормальная функция нового сустава зависит от таких факторов, как вес, уровень активности возраст и некоторых других факторов. У каждого пациента этот процесс протекает индивидуально.

ПЕРЕДНИЙ ДОСТУП ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Передний доступ, осуществляемый при тотальном протезировании тазобедренного сустава, становится все более и более популярным ввиду его многочисленных преимуществ перед другими способами.

Преимущества переднего доступа при протезировании тазобедренного сустава

Более быстрое время заживление ввиду того, что основные мышечные массы не пересекаются, тогда как при некоторых других оперативных доступах хирургу приходится разрезать мышцы бедра. Этот доступ известен как экономный, так как он не сопряжен с разрезом мышц, в результате чего повреждение мышц минимально.

Доступ отличается меньшими ограничениями во время восстановительного периода. Хотя этот период у каждого больного протекает индивидуально, все же этот доступ характеризуется более легкими движениями в тазобедренном суставе. Образуется маленький послеоперационный рубец, так как для доступа нужен небольшой разрез.

Обеспечивает стабильность протеза сразу после операции, так как доступ характеризуется минимальными повреждениями тканей и мышц.

Техника переднего доступа заключается в том, что хирург использует один маленький разрез на передней поверхности бедра. Эта техника позволяет хирургу работать между мышцами и тканями, не отделяя их от костей, что помогает избежать лишнего травмирования тканей и способствует быстрому заживлению. Сохранность мышц предотвращает смещения протеза. Так как разрез находится на передней части бедра, пациент избавляется от болевых ощущениях при сидении.

Операция переднего доступа выполняется хирургом на специализированном операционном столе, позволяющем фиксировать таз и бедро пациента в определенной позиции, хотя некоторые хирурги не используют такого стола. Это специальный операционный стол, который позволяет хирургу регулировать уровень расположения бедра. Хирурги, которые используют такой стол, отмечают, что он помогает достичь превосходного выравнивания и установки имплантата. Пациент при этом лежит на спине, что сводит к минимуму смещения таза.

Специализированный операционный стол дает хирургу превосходный доступ к бедренной кости для эффективной установки ствола протеза. Операция начинается с того, что хирург получает доступ к тазобедренному суставу методом, при котором не затрагиваются мышцы или их сухожилия – ключевой момент переднего доступа.

Хирург удаляет пораженную вертлужную впадину и замещает ее имплантатом. При этом хирург использует специализированный операционный стол для того, чтобы ротировать ногу таким образом, чтобы стопа была повернута наружу. Этот прием обеспечивает хороший доступ к бедренной кости, так, что хирург может заменить пораженную часть кости стволом тазобедренного протеза. Это очень важно, так как малые разрезы ограничивают обзор хирургу.

Иногда во время операции применяется рентгеноскопия, то есть осмотр оперируемой и здоровой кости. Это сравнение дает возможность хирургу определить лучшее расположение кости для эффективной и стабильной установки имплантата. Сочетание рентгеноскопии во время операции с использованием специализированного стола позволяет хирургу получить лучший контроль над расположением ноги пациента.

Длина разреза меньше, чем при традиционном доступе. Она зависит от веса и габаритов пациента, а также других факторов. Такая небольшая длина разреза при переднем доступе обусловлена близостью тазобедренного сустава к коже в области передней поверхности бедра. Толщина мышечного и жирового слоя при этом доступе намного тоньше, чем при других доступах. Маленький разрез соответственно оставляет небольшой рубец, что является преимуществом данного доступа с косметической точки зрения.

Еще один фактор, который отличает данную технику доступа к тазобедренному суставу – это его выборочность. Это означает, что другие миниинвазивные доступы имеют определенные ограничения: например, пациент должен иметь идеальный вес. Передний доступ расширяет эти ограничения. Это связано с тем, что разрез при этом доступе проводится в области наибольшей близости сустава к коже, где жировой слой весьма тонкий.

Показания — дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава, артриты системного происхождения, посттравматические ложные суставы и дефекты шейки бедренной кости. Ограниченный срок службы эндопротезов, неизбежная перспектива ревизионных вмешательств требуют повышенного внимания к постановке показаний к тотальному эндопротезированию без необоснованного их расширения, особенно при назначении этой операции пациентам молодого возраста.
Относительные противопоказания — мерцательная аритмия постоянной формы, сердечно-легочная недостаточность II Б — III степени, хроническая почечная недостаточность, гнойные процессы в области планируемой операции в анамнезе.
Абсолютные противопоказания — воспалительные очаги как в области планируемой операции, так и в отдаленных участках организма, генерализованная инфекция; более тяжелые, чем указанные как относительные противопоказания, или острые нарушения функции внутренних органов.

**Лечение данной пациентки**

Данной пациентке ввиду наличия у неё правостороннего коксартроза 3 ст., жалоб на то, что боли в правом тазобедренном суставе стали постоянными, появилось ограничение подвижности в правом тазобедренном суставе, хромота; неэффектиность консервативного лечения, показано тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

*Премедикация:*

а.) В 2200 Sol. Dibazoli 0,5% - 2,0 ml в/м

б.) За 30/ до операции:

Sol. Atropini 0,1% - 1,0 ml в/м

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 ml в/м

Анестезия:

Место пункции - Sol. Lidocaini 0,5% - 4,0 ml

В субарахноидальное пространство - Sol. Bupivacaini 0,5% - 4,0 ml.

***Операция от 14.03.13г. 10:05-12:05***

***Тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава.***

Под спинномозговой анестезией произведен разрез в верхней трети правого бедра. Артротомия, костотомия шейки правого бедра, удаление головки. Обработка впадины, установлена чашка тетфит диметр 48 с вкладышем. Обработка бедра - установка ножки номер 4, головки XXL. Протез вправлен. Рентген контроль. Гемостаз, промывание антисептиком. Дренирование, послойное ушивание раны, на рану асептическая повязка.

Рентгенограмма после операции от 14.03.13(№992 – Ковзова А.А. 1949г.р.). Заключение: состояние после ТЭТС справа.

***Консервативное лечение***

14.03.13. Назначения:

- Режим палатный,

- Sol. Tramadoli 5% - 2,0 ml в/м 3 раза в день – Анальгетик, для снятия болевого синдрома

- Кеторолак 1,0-3 раза в день в/м - НПВС, для снятия болевого синдрома.

- Сefepini – 2,0 × 2 раза в день в/в– Антибиотик, для профилактики инфицирования раны.

- Fragmini н/н 1 раз в день – антикоагулянт, для профилактики тромбоэмболических осложнений.

- Etamzylati 2,0 – 3 раза в день в/в - гемостатическое средство, для профилактики и остановки кровотечений:

- S.Amicacyni 1,0 + физ.р-р 0,9% - 400,0 в\в кап. - Антибиотик группы аминогликозидов III поколения.

- S.Rheopolyglucini 400,0 + физ.р-р 0,9% - 400,0 в/в кап. - Плазмозамещающее средство, для улучшения капиллярного кровотока и восполнения ОЦК.

- Р-р глюкозы 10% - 400,0 + KCL 4% - 400,0+ MgSO4 25% - 5,0 + 10ед. инсулина в/в кап. – с целью восполнения ОЦК.

 **Дневник наблюдений за больным**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата* | *Содержание дневника* | *Назначения* |
| 20.03.13 | Жалобы на умеренную болезненность в области послеоперационной раны, ограничение двигательной активности.Объективно: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Температура тела – 36,60. Правое бедро отёчно до нижней трети. Язык влажный, налётом не обложен. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС - 74 уд/мин. AД - 120/80 мм рт.ст.. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул был. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Повязка сухая, лежит хорошо. | - Сefepini – 2,0 × 2 раза в день в/в- Перевязка. |
| 21.03.13 | Жалобы на ограничение двигательной активности. Боли при вставании в области правого тазобедренного сустава. Объективно: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Правое бедро несколько отёчно. Температура тела – 36,60. Язык влажный, налётом не обложен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин.. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС - 68 уд/мин. AД - 120/80 мм рт.ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул был. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Повязка сухая, лежит хорошо.  | - Сefepini – 2,0 × 2 раза в день в/в- Перевязка. |

 **Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1949 г. р. Поступила в травматологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_ 04.03.13 в 10:10.

При поступлении предъявляла жалобы на боль в правом тазобедренном суставе; ограничение движения в правом тазобедренном суставе, чувство покалывания в правом бедре, хромоту.

14.03.13г. пациентке произведена тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава.

Назначения:

- Режим палатный,

- Sol. Tramadoli 5% - 2,0 ml в/м 3 раза в день – Анальгетик, для снятия болевого синдрома

- Кеторолак 1,0-3 раза в день в/м - НПВС, для снятия болевого синдрома.

- Сefepini – 2,0 × 2 раза в день в/в– Антибиотик, для профилактики инфицирования раны.

- Fragmini н/н 1 раз в день – антикоагулянт, для профилактики тромбоэмболических осложнений.

- Etamzylati 2,0 – 3 раза в день в/в - гемостатическое средство, для профилактики и остановки кровотечений:

- S.Amicacyni 1,0 + физ.р-р 0,9% - 400,0 в\в кап. - Антибиотик группы аминогликозидов III поколения.

- S.Rheopolyglucini 400,0 + физ.р-р 0,9% - 400,0 в/в кап. - Плазмозамещающее средство, для улучшения капиллярного кровотока и восполнения ОЦК.

- Р-р глюкозы 10% - 400,0 + KCL 4% - 400,0+ MgSO4 25% - 5,0 + 10ед. инсулина в/в кап. – с целью восполнения ОЦК.

19.03.13 пациентка начала вставать, и передвигаться на малые расстояния при помощи костылей.

В настоящее время пациентка продолжает лечение.

*Пациентке показана* ранняя нагрузка на повреждённую конечность, для улучшения кровоснабжения бедра, профилактики остеопороза, атрофии мышц. На момент окончания курации состояние пациентки удовлетворительное.

*Прогноз для жизни и трудоспособности* *благоприятный.*

***Рекомендовано:***

1. Низкомолекулярные гепарины (Надропарин) в течение 10 дней; при болях в оперированном суставе можно принимать обезболивающие препараты в таблетках или свечах (например, индометацин); для профилактики тромбозов рекомендуется бинтование нижних конечностей (в течение 3-х недель);

 2. Электрофорез кальция-фосфора на область тазобедренного сустава (поперечное расположение электродов, плотность тока 0,1 мА, длительность 15-18 минут, №10-12 процедур)

3. Запрещается: двигать оперированной ногой вовнутрь, скрещивать ноги, поворачивать оперированную ногу наружу, сгибать тазобедренный сустав более чем на 90°- это соответствует прямому углу между туловищем и ногой ( это означает не нагибаться).

4. Первое время лежать на спине, между ногами класть подушку, так что бы ноги были всегда врозь, коленная чашечка смотрела прямо в потолок.

5. Одевать сначала оперированную ногу, при раздевании сначала снимать одежду со здоровой ноги

6. Массаж через 2 месяца оперированной ноги №8-10 процедур (за исключением самого места операции);

7. Через 5 недель водолечебные процедуры: жемчужные ванны;

8. После ходьбы с костылями (3 мес.), рекомендуется переходить на ходьбу с опорой на трость, а в последующем, через 6 – 8 мес.– без дополнительных средств опоры, обувь должна иметь индивидуальные ортопедические стельки;

9. Контрольный снимок - правого тазобедренного сустава через 1,5 месяца.

10. Осмотр врачом через 3 и 6 месяцев, 1 год после операции, а в последующем – один раз в год.

11. Для предупреждения заражения искусственного сустава, до и после, например, лечения корня зуба, при инфекционных заболеваниях, необходима кратковременная терапия антибиотиками. При гнойных воспалениях, таких как вросшие ногти, абсцессы или воспаление носовых пазух очень важно своевременно начать лечение антибиотиками.

 **Литература**

1. Никольский М.А. Схема написания истории болезни по травматологии и ортопедии студентами 5-го курса лечебного факультета., Витебск, 1985. С. 3-11.
2. Диваков М.Г. Курс лекций по травмотологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. Витебск, ВГМУ, 2001 г.
3. Юмашев Г.С., Епифанов В.А. Оперативная травматология и реабилитация больных с повреждением опорно-двигательного аппарата. М.: Медицина, 1983. С. 237-247.
4. <http://www.orthopedicsurgery.ru/endoprosthesisjointsGermany/afterendoprosthesis/> -РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ОБРАЩЕНИЮ С ИСКУСТВЕННЫМ ТАЗОБЕДРЕННЫМ СУСТАВОМ ПОСЛЕ ЕГО ИМПЛАНТАЦИИ