

Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России
Лечебный факультет
Кафедра нервных болезней с курсом медицинской
реабилитации ПО

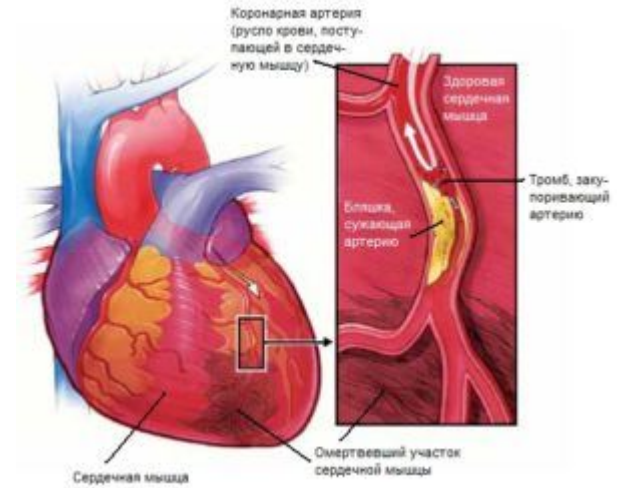
Презентация по медицинской реабилитации

Автор: Горсков Богдан Вячеславович, 429 группа леч.





Реабилитация, инфаркт



Основные направления восстановления пациента после перенесенного инфаркта миокарда включают в себя:

Постепенное расширение физической активности.

Соблюдение диеты.

Предупреждение стрессовых ситуаций и переутомления.

Работу с психологом.

Борьбу с вредными привычками.

Лечение ожирения.

Медикаментозную профилактику.

Диспансерное наблюдение.

Вышеописанные мероприятия должны применяться в комплексе, а их характер подбирается индивидуально для каждого пациента: именно такой подход к восстановлению будет давать наиболее плодотворные результаты.

Физическая активность

- Физическая активность необходима любому человеку, но после инфаркта миокарда ее интенсивность должна расширяться постепенно. Форсировать события при такой патологии нельзя, т. к. это может приводить к тяжелым осложнениям.
- Уже в первые дни после острейшего периода инфаркта больному разрешается вставать с постели, а после стабилизации состояния и перевода в обычную палату – совершать первые шаги и пешие прогулки. Расстояния для ходьбы по плоской поверхности увеличиваются постепенно и такие прогулки не должны вызывать у больного усталости и дискомфортных ощущений (одышки, боли в области сердца и пр.).

- Также больным, находящимся в стационаре, назначаются занятия ЛФК, которые в первые дни всегда проводятся под наблюдением опытного врача-физиотерапевта. Впоследствии такие же упражнения пациент сможет выполнять и в домашних условиях – врач обязательно научит его контролировать свое состояние и правильно наращивать интенсивность нагрузки. Занятия ЛФК способствуют стимуляции кровообращения, нормализуют работу сердца, активизируют дыхание, улучшают тонус нервной системы и желудочно-кишечного тр



- Благоприятным признаком успешной реабилитации являются показатели пульса после физических нагрузок. Например, если в первые дни пеших прогулок пульс составляет около 120 ударов в минуту, то через 1-2 недели при такой же интенсивности ходьбы его частота будет составлять 90-100 ударов.
- Также для реабилитации больных после инфаркта миокарда могут использоваться различные физиотерапевтические процедуры, массаж и дыхательная гимнастика. После стабилизации состояния пациента ему могут рекомендоваться занятия спортом, которые способствуют укреплению и повышению выносливости сердечной мышцы и вызывают ее обогащение кислородом. К ним относятся: спортивная ходьба, плавание и езда на велосипеде.

- Также постепенно должна расширяться физическая активность пациента, перенесшего инфаркт миокарда, в быту и на работе. Людям, профессия которых связана со значительными нагрузками, советуют задуматься о смене рода деятельности. Подобные вопросы пациенты могут обсудить со своим лечащим врачом, который поможет им составить прогнозы о возможности возвращения в ту или иную профессию.



Диета

- Первый рацион такой диеты назначается в остром периоде (т. е. 1-я неделя после приступа). Блюда из разрешенных продуктов готовят без добавления соли на пару или путем отваривания. Пища должна быть протертой и приниматься небольшими порциями 6-7 раз в день. В течение суток больной может потреблять около 0,7-0,8 л свободной жидкости.
- Вторым рацион диеты назначается на второй и третьей неделе заболевания. Блюда готовятся все также без соли и путем отваривания или на пару, но уже могут подаваться не протертыми, а измельченными. Питание остается дробным – до 6-5 раз в день. В течение суток больной может потреблять до 1 л свободной жидкости.
- Третий рацион назначается больным в периоде рубцевания зоны инфаркта (после 3-й недели после приступа). Блюда готовятся все также без соли и путем отваривания или на пару, но уже могут подаваться измельченными или куском. Питание остается дробным – до 5-4 раз в день. В течение суток больной может потреблять до 1,1 л свободной жидкости. По разрешению врача в рацион пациента может вводиться небольшое количество соли (около 4 г).

- Рекомендуемые для I-III рациона блюда и продукты:
- протертые овощные и крупяные супы (во время III рациона допускается их приготовление на легком мясном бульоне);
- нежирная рыба;
- Реабилитация после инфаркта миокарда: телятина;
- куриное мясо (без жира и кожи);
- крупы (манка, овсянка, гречка и рис);
- омлет из белков яиц, приготовленный на пару;
- кисломолочные напитки;
- обезжиренная сметана для заправки супов;
- сливочное масло (с постепенным увеличением его количества до 10 г к III периоду);
- обезжиренное молоко для добавления в чай и каши;
- пшеничные сухари и хлеб;
- обезжиренная сметана для заправки супов;
- растительные рафинированные масла;
- овощи и фрукты (вначале отварные, далее возможно введение сырых салатов и пюре из них);
- отвар шиповника;
- морсы;
- компоты;
- кисели;
- некрепкий чай;
- мед.



Предупреждение стрессовых ситуаций, переутомления и работа с психологом

- После перенесенного инфаркта миокарда многие пациенты после появления любых болей в области сердца испытывают различные негативные эмоции, страх смерти, гнев, чувство неполноценности, растерянность и волнение. Такое состояние может наблюдаться около 2-6 месяцев после приступа, но затем оно постепенно стабилизируется и человек возвращается к привычному ритму жизни.
- Реабилитация после инфаркта миокарда Устранение частых приступов страха и волнения во время болей в сердце может достигаться путем разъяснения пациенту причины таких симптомов. В более сложных случаях ему может рекомендоваться работа с психологом или прием специальных успокоительных средств. В этом периоде для больного важно, чтобы близкие и родственники всячески поддерживали его, поощряли его попытки к адекватным физическим нагрузкам и не относились к нему, как к неполноценному и тяжело больному.

- Нередко психологическое состояние больного после инфаркта приводит к развитию депрессии. Она может вызываться чувством неполноценности, страхами, переживаниями по поводу случившегося и будущего. Такие длительные состояния нуждаются в квалифицированной врачебной помощи и могут устраняться аутогенными тренировками, сеансами психологической разгрузки и общением с психоаналитиком или психологом.
- Важным моментом для больного после перенесенного инфаркта миокарда становится и умение правильно управлять своими эмоциями в повседневной жизни. Такая адаптация к негативным событиям поможет избежать стрессовых ситуаций, которые часто становятся причинами последующих инфарктов и резкого повышения артериального давления.
- Многих пациентов с такой патологией в анамнезе интересует вопрос о возможности возвращения на прежнее место работы. Длительность реабилитации после инфаркта может составлять около 1-3 месяцев и после ее завершения необходимо обсудить с врачом возможность продолжения своей карьеры. Для разрешения такого вопроса необходимо учитывать характер профессии больного: график, уровень эмоциональной и физической нагрузки. После оценки всех этих параметров врач сможет порекомендовать вам подходящий вариант решения этого вопроса:
 - срок возвращения к обычной трудовой деятельности;
 - необходимость перевода на более легкую работу;
 - смену профессии;
 - оформление инвалидности.

Борьба с вредными привычками

- Перенесенный инфаркт миокарда должен стать причиной для отказа от вредных привычек. Алкоголь, наркотические средства и курение оказывают целый ряд негативных и токсических воздействий на сосуды и миокард, и отказ от них может уберечь больного от развития повторных приступов этой сердечной патологии.
- Особенно опасно для лиц с предрасположенностью к инфаркту миокарда курение, т. к. никотин может приводить к генерализованному атеросклерозу сосудов и способствует развитию спазма и склероза коронарных сосудов. Осознание этого факта может стать отличной мотивацией для борьбы с курением, и многие могут отказаться от сигарет самостоятельно. В более сложных случаях для избавления от этой пагубной зависимости можно использовать любые доступные средства:
 - помощь психолога;
 - кодирование;
 - медикаментозные средства;
 - иглорефлексотерапию.

Диспансерное наблюдение

- После выписки из стационара пациент, перенесший инфаркт миокарда, должен периодически посещать своего кардиолога и ежедневно проводить измерения пульса и артериального давления. Во время контрольных осмотров у врача проводятся такие исследования:
 - анализы крови;
 - ЭКГ;
 - Эхо-КГ;
 - нагрузочные пробы.
- На основании результатов таких диагностических исследований врач может корректировать дальнейший прием лекарственных препаратов и давать рекомендации о возможных физических нагрузках. При необходимости пациенту может рекомендоваться проведение санаторно-курортного лечения, во время которого ему могут назначаться:
 - ЛФК;
 - массаж;
 - газовые и минеральные ванны;
 - сон на свежем воздухе;
 - физиопроцедуры и пр.

- Соблюдение несложных рекомендаций кардиолога и реабилитолога, внесение адекватных корректировок в образ жизни и регулярные диспансерные осмотры после перенесенного инфаркта миокарда позволят пациентам пройти полный курс реабилитации, который сможет помочь эффективно восстановлению после болезни и предупредит развитие тяжелых осложнений. Все рекомендованные врачом мероприятия позволят больным, перенесшим инфаркт миокарда:
- Реабилитация после инфаркта миокарда предупредить осложнения;
- замедлить прогрессирование ИБС;
- адаптировать сердечно-сосудистую систему к новому состоянию миокарда;
- повысить выносливость к физическим нагрузкам и стрессовым ситуациям;
- избавиться от лишнего веса;
- улучшить самочувствие.

Реабилитация, инсульт

- Инсульт – серьезное заболевание, перенеся которое большинство людей теряет некоторые функции опорно-двигательного, речевого аппарата, памяти. Для предотвращения повторного приступа или осложнений необходимо следовать некоторым медицинским рекомендациям. Даже после тяжелого инсульта у пожилых больных с различными патологиями возможно значительное восстановление потерянных способностей. Благодаря общим усилиям самого пациента, его родных, а также медработников многим больным удастся вернуться к полноценной жизни.

Сколько длится период реабилитации после инсульта

- Реабилитация после инсульта требует огромных усилий, терпения пациента и его близких, которые должны быть готовы к долгому, трудному процессу восстановления утраченных функций больного. По статистике, лишь в редких случаях человек, перенесший инсульт, может полностью восстановить деятельность головного мозга, чаще пациентам удается реабилитироваться лишь частично. Продолжительность восстановления зависит от типа инсульта и степени тяжести состояния больного.

Срок реабилитации после ишемического инсульта

- Реабилитация больных после приступа ишемического инсульта проводится по индивидуально разработанной для каждого пациента программе. Ее составляют, опираясь на особенности заболевания, наличие разных клинических синдромов или осложнений, тяжесть других соматических болезней (если таковые имеются), возраст пациента. Этапы реабилитации условно делятся на 4 периода:
- Реабилитационные мероприятия в острый период (первый месяц после перенесенного ишемического приступа). Восстановление на раннем этапе (до 6 месяца после инсульта). Позднее восстановление (6-12 месяцев). Реабилитация в период резидуальности (больше 12 месяцев после инсульта).

После геморрагического инсульта

- Время, необходимое на восстановление головного мозга человека, перенесшего геморрагический инсульт, зависит от степени тяжести заболевания. Часто при обширном приступе на реабилитацию уходит несколько лет. Как правило, пациенты сохраняют нарушения опорно-двигательной системы до конца жизни. Согласно статистическим данным только около четверти больных возвращаются к прежней полноценной жизни. Стадия ранней реабилитации длится первые два года после геморрагического инсульта. Дальнейшее восстановление больного проходит медленно, часто растягиваясь на всю жизнь.

Этапы и программа реабилитации больных

- Чем больше нервных клеток, расположенных вокруг очага повреждения, удастся сохранить во время постинсультного лечения, тем эффективнее будет реабилитация. Программа по восстановлению каждого больного должна подбираться и проводиться на основании индивидуальных факторов. Она зависит от разных аспектов, например, степени тяжести перенесенного инсульта, характера нарушений, им вызванных и т. д. Однако существуют основные общие направления реабилитации, которые применяются ко всем больным: Лечебные физические упражнения, массаж для восстановления двигательных функций. Психологическая помощь, социальная реабилитация пациента. Восстановление после инсульта памяти, речи. Предупреждение повторного приступа, профилактические меры против осложнений.

Восстановление двигательных функций

- Самым частым последствием инсульта считается нарушение двигательных функций человека. Это в разной степени выражено абсолютно у всех больных, независимо от того, какого рода приступ случился (геморрагический или ишемический). Такие нарушения выражаются в виде частичной (парез) или полной (паралич) потери двигательных способностей конечностей. Встречаются случаи, когда степень тяжести изменений в разных частях неодинакова, причем восстановить руку тяжелее по причине необходимости заново развивать мелкую моторику и учиться письму. Существуют следующие методики для реабилитации двигательных функций после инсульта: Электростимуляция и массаж. ЛФК (лечебная физкультура). Метод биологической обратной связи (отслеживание при помощи компьютера физиологического состояния больного).

Функции речи и памяти

- инсульт часто влечет нарушения речи и памяти. Когда больные испытывают сложности в изложении собственных мыслей или понимании чужой речи – это афазия. Другим пациентам не удастся произносить звуки, что характерно для дизартрии. На восстановление речевых функций, как правило, уходит несколько лет. Поэтому большое внимание стоит уделить домашнему общению с больным – необходимо сформировать правильные навыки взаимодействия с человеком, перенесшим инсульт: Задавайте ему легкие вопросы, на которые больной смог бы ответить односложно. Проговаривайте слова четко, медленно. Если вам непонятно, что говорит пациент – мягко переспросите его. Занимайтесь с больным специальными упражнениями по произношению звуков или слов. Наравне с речью после перенесенного инсульта часто страдает память. Чем раньше вы начнете над ней работать, тем лучше. Как правило, реабилитацию начинают сразу после устранения угрозы жизни больного. Первый шаг – это поддержка пораженных клеток мозга при помощи лекарств, назначаемых врачом. Их прием обязателен и проходит не только во время стационарного лечения, но и после выписки, на дому (однако уже в таблетированной форме). Поскольку препараты действуют медленно, важно соблюсти длительность их приема. Курс лечения продолжается не меньше 3 месяцев.

Специальные упражнения

- Самым распространенным и доступным методом восстановления после инсульта считается ЛФК. Она направлена не только на развитие утраченной силы и тонуса мышц в пораженных параличом конечностях, но и на восстановление возможности удерживать равновесие, ходить, выполнять стандартные бытовые задачи и самостоятельно ухаживать за собой.
- Существует множество современных аппаратов и тренажеров, помогающих реабилитировать тело пациента, но возможно обойтись без них. Ниже приведены некоторые эффективные лечебные упражнения. Сгибание, разгибание пальцев, локтей, коленей, кистей, поступательные движения в тазобедренных и плечевых суставах. Растягивание конечности посредством лонгет и других приспособлений. Для этого согнутая рука или нога медленно разгибается от пальцев и фиксируется бинтом к дощечке или другому ровному твердому предмету. В таком положении конечность остается на 30 минут или дольше.
- Для восстановления функционирования кисти используется полотенце. Его подвешивают над лежащим больным, после чего захватывают кистью полотенце и совершают все возможные движения (поднятие, опускание, приведение или отведение, сгибание, разгибание). Со временем полотенце поднимают выше, что делает упражнение более трудновыполнимым. Чтобы устранить мышечный спазм ноги в подколенную зону подкладывают твердый валик. Это растягивает мышцу и увеличивает объем движений. Вам понадобится полоска резины, из которой следует сделать кольцо (около 40 см диаметром).
- С помощью такого приспособления возможно выполнять огромное количество упражнений. Кольцо накидывается между кистями, рукой и ногой, предплечьями, после чего пациент должен стараться растянуть резинку. Сидя на кровати (ноги не опускаются) поднимайте, а затем опускайте правую и левую ногу поочередно. Это упражнение подходит пациентам, которые находятся на реабилитации уже некоторое время и смогли в достаточной степени разработать пораженные конечности.

Правильное питание

- Для пациентов, находящихся на реабилитации, нет каких-либо строгих ограничений в питании, но при выборе потребляемых продуктов следует учесть сопутствующие патологии. Например, при нарушении работы органов пищеварения у лежачего больного стоит исключить пищу, которая крепит и увеличит количество потребляемой клетчатки, фруктов, овощей. Чтобы устранить проблемы, связанные с мочевыделительной системой, нужно воздержаться от соленой, кислой еды. После ишемического инсульта не стоит употреблять в пищу жареные, жирные блюда и продукты, содержащие простые углеводы.

Восстановление после эндопротезирования тазобедренного сустава

- Восстановление двигательной функции после эндопротезирования тазобедренного сустава – это длительный процесс, требующий от пациента немалого терпения. Но, тем не менее, при правильном подходе к процессу реабилитации можно гарантировать полное восстановление функциональных возможностей сустава.
- Длительность реабилитационного периода напрямую зависит от причины эндопротезирования, а также от состояния связочно-мышечного аппарата в области пораженного тазобедренного сустава. Если протезирование производится по причине травматического разрушения, то крепкие действующие мыш потребуют гораздо меньшего срока для восстановления, чем мышцы, ослабленные длительным, иногда многолетним развитием кокартроза.



Предоперационная подготовка

- Подготовку пациента к предстоящей реабилитации начинают за несколько дней до операции. Цель такой подготовки – научить человека правильно вести себя в послеоперационный период. Пациент учится ходить при помощи костылей или специальных ходунков, учится выполнять некоторые упражнения, которые потребуются для восстановления функции протезированной ноги. Кроме того, пациент привыкает к мысли, что это начало долгого этапа в его жизни – этапа послеоперационной реабилитации.
- Пациента перед операцией обследует не только хирург-ортопед, но и специалисты смежных специальностей, чтобы наиболее подробно определить состояние больного и выработать наилучший план операции и послеоперационной реабилитации. Врач-анестезиолог подбирает наиболее подходящий вид анестезии.

Первый этап реабилитации

- Операция продолжается в среднем около двух часов. Перед ее завершением в оперированную полость устанавливают дренаж и ушивают рану. Дренаж нужен для выведения послеоперационной гематомы, его обычно удаляют на 3-4 день после операции. Первые сутки пациент находится в палате интенсивной терапии, где следят за его состоянием и восстановлением гемостаза. На вторые сутки при положительной динамике пациента переводят в общую палату.
- Начинать реабилитацию после протезирования тазобедренного сустава следует начинать сразу же после операции, в первые часы после выхода пациента из наркоза. Первые упражнения состоят из сгибания и разгибания стопы прооперированной ноги, вращения голеностопного сустава, напряжения и расслабления передней поверхности бедра и ягодичных мышц. Такие упражнения улучшают кровоток и придают мышцам тонус.

- Первые сутки пациент не должен вставать с постели. На второй день при помощи врача – специалиста по лечебной физкультуре (ЛФК) больному разрешают подняться и встать на ноги. Обычно пациентам сразу разрешают наступать на прооперированную ногу всей тяжестью тела, но в некоторых случаях лечащий врач может ограничить нагрузку на новый сустав. Все движения пациента в послеоперационный период должны быть медленными и плавными.
- Вставать с постели нужно со стороны здоровой ноги, постепенно спуская ее вниз с койки и подтягивая к ней прооперированную ногу. При этом надо следить, чтобы бедра не сильно расходились в стороны, а ступня прооперированной ноги не выворачивалась наружу. Сидеть можно, только соблюдая правило «прямого угла»: сгиб ноги в тазобедренном суставе не должен превышать 90°. Другими словами, согнутое колено не должно подниматься выше эндопротеза. Нельзя присаживаться на корточки, нельзя закидывать ногу на ногу. Во время сна лучше использовать две подушки, положенные между ног. Нельзя наклоняться к ногам в положении сидя на кровати, например пытаться дотянуться до одеяла, лежащего в ногах. Нельзя также наклоняться за обувью, сидя на стуле. Обуваться на первых порах лучше с посторонней помощью, либо носить обувь без задников. Соблюдение этих правил имеет целью предотвратить вывих протезированного сустава.

- Важно помнить, что новый сустав пока еще находится в «свободном плавании», он установлен, но не зафиксирован в правильном физиологическом положении. Для его фиксации необходима реабилитация перерезанных во время операции и сшитых заново мышц и фасции. Сращивание рассеченных тканей происходит примерно за 3-4 недели. В течение этого периода не следует напрягать тазобедренные мышцы, особенно во время сидения или лежания. Для ослабления мышечной нагрузки необходимо отводить прооперированную ногу немного в сторону.
- Пациент уже должен быть подготовлен, и, в первую очередь, морально, к боли, которую ему придется испытывать на первых порах после операции. Но, пересиливая эту боль, пациент должен научиться самостоятельно ходить при помощи костылей или ходунков. Также при первых шагах у пациента может появляться головокружение, но, тем не менее, человеку надо не останавливаться и продолжать ходить при поддержке медперсонала.

Второй этап реабилитации

- Второй этап начинается с 5 дня после операции. Угроза осложнений уже отступила и пациент начинает чувствовать прооперированную ногу. Уходит мышечная слабость, он все увереннее и увереннее наступает на ногу при ходьбе с костылями.
- На 5-6 день можно начинать осваивать ходьбу по лестнице. При подъеме надо делать шаг вверх здоровой ногой, затем прооперированной ногой и лишь после этого переставлять вверх костыль. При спуске все должно происходить в обратном порядке – сначала следует на ступеньку ниже переставить костыль, затем прооперированную ногу, и наконец, здоровую.
- Нагрузка на новый сустав и мышечный аппарат должна нарастать постепенно. За счет увеличения количество движений будет увеличиваться и мышечная сила мышц бедра. Важно помнить, что до полного восстановления связочно-мышечного корсета вокруг эндопротеза, его необходимо защищать от вывиха, соблюдая правило прямого угла.

- Ежедневно нужно выполнять весь комплекс упражнений ЛФК, делать по несколько раз в день небольшие проходы по 100-150 метров. В данный период не стоит слишком торопить события и чрезмерно нагружать прооперированную ногу, хотя у пациента и создается обманчивое впечатление выздоровления. Недостаточно хорошо сросшиеся мышцы и фасция могут травмироваться, вызвав сильную боль, и даже возможен также вывих имплантата.
- К сожалению, российские реалии таковы, что пациент находится в стационаре после операции только 10-12 дней. Длительная реабилитация под наблюдением специалиста-ортопеда в силу организационных причин в нашей стране невозможна. Поэтому после снятия швов и при отсутствии осложнений пациента выписывают из стационара. И с этого момента именно на него ложится вся ответственность за исполнение требований реабилитационной программы. И если человек в этот период проявит лень или слабохарактерность, то процесс его реабилитации может затянуться на неопределенное время.

Третий этап реабилитации

- Через 4-5 недель после эндопротезирования мышцы уже укрепляются настолько, что становятся способны выдерживать более интенсивные нагрузки. Наступает время переходить от костыля к трости. Для этого нужно восстановить согласованную работу всех мышц бедра, а не только тех, что непосредственно окружают эндопротез. До сих пор пациенту предписывалось все движения делать плавно и медленно, зато теперь ему предстоит научиться балансировать и реагировать на резкие толчки и движения.

- На данном этапе очень полезны упражнения с эластичной лентой, которую надо оттягивать прооперированной ногой вперед и назад, а также упражнения на специальных тренажерах. Допускаются тренировки на велотренажере с короткими или длинными педалями при условии соблюдения правила прямого угла. Сначала надо научиться крутить педали назад, и лишь потом вперед.
- Тренировка баланса заключается в удерживании равновесия, стоя как на здоровой, так и на прооперированной ноге. Для начала можно держаться за поручни или за стену, меняя ноги. Затем можно добавить махи ногой с закрепленной на ней эластичной лентой. Такие упражнения помогут пациенту укреплять всю совокупность мышц бедра в комплексе.

- Для тренировки баланса также очень хорошо подойдет степ – небольшая приподнятая платформа для занятий степ-аэробикой. На невысоком степе пациент может делать шаги вверх и вниз, заставляя работать мышцы. Такие упражнения очень хорошо тренируют равновесие.
- В комплекс ЛФК входит также беговая дорожка. Для укрепления способности балансировать на ней нужно двигаться не навстречу движению, а наоборот, по ходу движения. При этом стопа должна перекачиваться с носка на пятку, а нога должна полностью распрямляться в тот момент, когда ступня полностью опирается на поверхность дорожки.

- И обязательное требование реабилитации тазобедренного сустава – ходьба. В самом начале данного этапа время ходьбы должно составлять не более 10 минут. Постепенно следует наращивать продолжительность прогулок, доведя их время до 30-40 минут, совершая их по 2-3 раза в день. С укреплением чувства равновесия следует постепенно отказываться от трости в пользу ходьбы без опоры. После полного выздоровления для пациента будет крайне полезно сохранить за собой привычку пеших прогулок по 30-40 минут, по 3-4 раза в неделю. Это позволит ему поддерживать в тонусе связочно-мышечный аппарат, способствуя общему укреплению организма.

- Можно проводить следующий тест на оценку качества реабилитации на время: по сигналу встать со стула и пройти 3 метра вперед и назад. Если достигнуты следующие показатели – значит можно усиливать интенсивность нагрузки:
- пациенты в возрасте 40-49 лет – 6,2 секунды;
- пациенты в возрасте 50-59 лет – 6,4 секунды;
- пациенты в возрасте 60-69 лет – 7,2 секунды;
- пациенты в возрасте 70-79 лет – 8,5 секунд.

- Также для оценки реабилитации можно использовать тест наклона вперед. Суть этого метода заключается в том что на уровне плеча пациента горизонтально на стене укрепляется конец сантиметровой ленты. Пациент встает боком к стене и наклоняется вперед стоя на месте. Для перехода на следующий этап должны быть достигнуты следующие показатели:

- мужчины до 70 лет – 38 см;
- мужчины после 70 лет – 33 см;
- женщины до 50 лет – 40 см;
- женщины 50-59 лет – 38 см;
- женщины 60-69 лет – 37 см;
- женщины после 70 лет – 34 см.

Четвертый этап реабилитации

- Этот этап начинается примерно с 9-10 недели после операции. К этому моменту у пациента уже заметно укрепились мышцы и чувство баланса, он научился ходить без трости. Но это еще не конец реабилитации и останавливаться на достигнутом ни в коем случае нельзя. Процесс восстановления двигательной функции прооперированного тазобедренного сустава необходимо довести до конца. Если остановиться на данном этапе, то возможно возобновление болей в области эндопротеза. Но многие пациенты в данный период ленятся продолжать тренировки и готовы терпеть незначительную боль, поскольку она намного слабее той боли, которую они испытывали до операции, а также послеоперационной боли.

- Следует продолжать занятия на велотренажере и беговой дорожке в направлениях вперед и назад. Нужно тренировать отводящие мышцы бедра, растягивая коленями эластичную ленту, а также приводящие мышц, сдавливая между ног подушку. Для укрепления ягодичных мышц их следует сжимать и разжимать. Нужно освоить ходьбу назад, в том числе и по лестнице, для тренировки баланса использовать более высокий степ. Также хорошо укрепляет чувство равновесия балансирование на двух ногах без опоры в автобусе или трамвае. Надо стремиться улучшать нормативы тестов наклона вперед и прохода на время.

- Если пациент серьезно отнесется к четвертому периоду реабилитации, то он может быть уверен, что эндопротез, заменивший ему его собственный тазобедренный сустав никогда его не подведет в критической ситуации, когда потребуются быстрая мышечная реакция: например если он поскользнется в гололед, оступится, или попадет в ДТП. Поддержание мышечного тонуса необходимо даже полностью здоровым людям, а для людей, перенесших операцию по эндопротезированию тазобедренного сустава, это актуально вдвойне.

Дополнительная информация

Искусственный коленный сустав

- Артропластика — операция по замене коленного сустава, уже более 40 лет успешно применяется в развитых странах по всему миру. Благодаря имплантатам нового поколения, пациент в любом возрасте полностью восстанавливает двигательную функцию колена и возвращается к полноценной жизни.

Эндопротезирование коленного сустава

- В каких случаях артропластика является необходимостью? Как правило, пациентам старше 50 лет с диагнозом остеоартроз и гонартроз, при неэффективности консервативного лечения рекомендуется операция. Хроническая интоксикация, травматизм и врожденная дисплазия, также являются показанием к оперативному вмешательству для любой возрастной группы.

- Консервативное лечение является неэффективным если:
 - не проходит болевой шок,
 - не восстанавливается полная амплитуда движения.
- Оперативное лечение состоит из нескольких этапов и включает в себя подготовку к операции, непосредственно артропластику и реабилитацию.
- Подготовка к операции заключается в полном обследовании перед госпитализацией и медицинском разрешении на операцию. Также пациенту необходимо контролировать свой вес и отказаться от курения.

Артропластика колена: что это такое

- Современная медицина предлагает несколько видов протезирования коленного сустава:
- Однополюсная артропластика (ОКА).
- Тотальная артропластика коленного сустава (ТКА).
- Однополюсная артропластика представляет собой высокоэффективный метод оперативного вмешательства по замене наиболее изношенной части сустава. Существуют как сторонники, так и противники данного вида эндопротезирования. Плюсом данного метода является быстрая реабилитация пациента, такая операция является менее травматичной. Она рекомендована пожилым людям с массой тела до 65 кг. Критики данного метода считают, что приживаемость имплантата после проведения данной операции составляет только 40%.

- Тотальная артропластика коленного сустава — операция по замене всего сустава полностью. Такая методика подходит людям, ведущим активный образ жизни и занимающихся спортом. По статистическим данным такой протез является более долговечным. Полностью восстанавливается функция коленного сустава, при более длительной реабилитации в сравнении с ОКА.

Эндопротезы: разновидности и срок службы

- Долговечность протеза зависит от материала имплантата. Сегодня существует несколько видов эндопротезов:
- протез из металлического сплава и полимера;
- керамический сплав;
- металлический сплав;
- Наиболее распространенным на сегодняшний день является имплантат из металлического сплава и пластика. Он менее дорогой и более функциональный. Единственный недостаток — износостойкость пластика. Долговечность такого протеза составляет в среднем 10—15 лет, и требует повторной операции по замене протеза.

- Керамический протез более долговечный, но менее функциональный и более дорогостоящий. Именно поэтому используется, гораздо реже.
- Как правило, при соблюдении рекомендаций специалиста, срок службы эндопротеза может продлиться до 20 лет.
- Существует несколько видов фиксации эндопротезов:
 - Цементный – крепление сустава к кости осуществляется путем нанесения специального полимерного вещества, которое называется костный цемент.
 - Бесцементный – имплантат в процессе изготовления покрывается раствором, который срачивает его с костями.
 - Следует помнить, что подобрать тип эндопротеза и вид фиксации сможет только опытный специалист.

- Еще один актуальный вопрос относительно эндопротезирования — это цена операции и протеза. Такой вид лечения является высокотехнологическим оперативным вмешательством, стоимость данного вида услуг от 75000, плюс сам протез в среднем стоит от 140000 рублей. Таким образом, большинство граждан нашей страны, нуждающихся в операции такого уровня, вынуждены не один год копить деньги на лечение.



- Сегодня, Министерство здравоохранения России разработало систему квот, для людей, нуждающихся в таком лечении, но не имеющих средств. Для получения квоты необходимо собрать ряд документов, пройти множество обследований и отстоять очередь. Квота на операцию обеспечит получение необходимой медицинской помощи за счет средств государственного бюджета. Операция по квоте абсолютно бесплатна и включает в себя реабилитационный период в федеральных санаториях страны.

The background features a light beige color with faint, repeating cursive text. On the left side, there is a vertical arrangement of pink roses and dark, swirling vine-like patterns. On the right side, there are larger, semi-transparent pink roses. The overall aesthetic is romantic and elegant.

**Благодарю за
внимание.**

