

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«РОССИЙСКИЙ ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ИМЕНИ Р.Р. ВРЕДЕНА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Черкасов Магомед Ахмедович

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ
РЕЗУЛЬТАТАМИ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

14.01.15 травматология и ортопедия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель
д.м.н. И.И. Шубняков

Санкт-Петербург – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ОБ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	12
1.1 Причины широкого распространения эндопротезирования ТБС	12
1.2 Способы оценки результатов эндопротезирования пациентом.....	12
1.3 Противоречие между хорошими результатами в регистре артропластики и удовлетворенностью пациентов	17
1.4 Концепция удовлетворенности пациента.....	18
1.5 Почему удовлетворенность пациента имеет значение?	18
1.6 Как оценить удовлетворенность пациентов?	19
1.7 Удовлетворенность пациентов тотальным эндопротезированием тазобедренного сустава	21
1.8 Постоянные факторы удовлетворенности операцией ТЭП ТБС	22
1.9 Переменные факторы удовлетворенности операцией ТЭП ТБС	28
1.10 Резюме.....	36
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ	38
2.1 Структура диссертационного исследования.....	38
2.2 Методология языковой и культурной адаптации опросников ожиданий пациентов HSS Hip Replacement Expectstions Survey и оценки впечатлений пациента Пикера (PPE-15)	41
2.3 Анализ предоперационных ожиданий пациентов и регистрация исходных клинико-рентгенологических характеристик пациентов	43
2.4 Анализ влияния пред- и послеоперационных факторов на показатель удовлетворенности пациентов через 3 и 12 месяцев после операции	47
2.5 Анализ качества оказания медицинской помощи в условиях специализированного стационара при помощи опросника PPE-15 с оценкой удовлетворенности пациентов.....	53
2.6 Статистическая обработка данных	53
ГЛАВА 3. ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА: ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ВЛИЯЮЩИЕ НА НИХ ФАКТОРЫ	55
3.1 Языковая и культурная адаптация опросника ожиданий Hip Replacement Expectation Survey (HNS)	55
3.2 Анализ предоперационных ожиданий пациентов и влияющих на них факторов.....	59
ГЛАВА 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТБС: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ В СРОКИ 3 И 12 МЕСЯЦЕВ.....	78

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА PPE-15 С ОЦЕНКОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ.....	100
5.1 Языковая и культурная адаптация опросника впечатлений пациентов Пикера (PPE-15).....	100
5.2 Качество оказания медицинской помощи в условиях специализированного стационара	104
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	114
ВЫВОДЫ	120
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	122
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	124
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	145

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Артроз крупных суставов является одной из ведущих причин инвалидности [9,15,39,125]. Тотальное эндопротезирование (ТЭП) тазобедренного сустава (ТБС) сустава в настоящее время является наиболее популярным хирургическим вмешательством для лечения поздних стадий дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава, и ожидается дальнейший повсеместный рост числа таких операций по замене сустава [5,36,97,181]. Эффективность этих операций доказывается практически в каждой научной публикации, но подавляющее большинство исследований сосредоточены на объективных клинических данных, фиксируемых врачом, таких как выживаемость имплантата, амплитуда движений и рентгенографические данные [7,8,19,21,23,118].

Однако традиция односторонней оценки результатов лечения только лишь с точки зрения хирурга в последние годы претерпевает изменения. Эффективность медицинской помощи оценивается либо по экономическим критериям, либо с помощью специальных опросников для пациентов, которые хотя и считаются субъективными, но в значительной мере отражают достигнутый результат с точки зрения самой заинтересованной стороны лечебного процесса – пациента [3,4,18,22,24,144].

Такая тенденция позволяет значительно расширить современные представления об эффективности различных методик эндопротезирования суставов и по-новому взглянуть на преимущества или недостатки тех или иных конструкций эндопротезов, показания и противопоказания к замене сустава; параллельно вызывают все больший социологический интерес взаимоотношения «врач-пациент», что демонстрирует важность мнения пациентов о медицинской помощи [1,17,76,77,169].

Потребность во всестороннем анализе изменения качества жизни в результате лечения реализуется путем разработки субъективных методов оценки результатов (в англ. литературе PROMs – patient reported outcomes measures),

которые в настоящее время являются одними из важнейших аспектов оценки результатов вообще, в том числе при тотальном эндопротезировании ТБС [4,20,40,75]. В Великобритании PROMs внедряются в систему здравоохранения, и вводятся в обязательную эксплуатацию в больницах [40]. Рядом исследователей было показано, что объективные и субъективные данные могут значительно различаться, и восприятие своего состояния пациентом нередко хуже, чем объективная оценка врача [104,130]. Метаанализ, выполненный A.J. Janse с соавторами, показал, что оценки врача и пациента отличаются по многим аспектам, особенно по субъективным сферам качества жизни, таким как социальное и эмоциональное благополучие [104,130].

Все вышеперечисленное привело к интенсивному использованию PROMs в ортопедической хирургии и проведению сопутствующих исследований по их валидации. Широкое использование PROMs для измерения результатов ТЭП ТБС позволяет оценивать степень удовлетворенности пациента после этих вмешательств [40], поскольку именно долгосрочное удовлетворение является наиболее важной задачей операции у больных с артрозами и неперенным атрибутом качества жизни [89,150,161].

Удовлетворенность пациента результатами операции по эндопротезированию тазобедренного суставов зависит от множества факторов и различных аспектов оказания помощи. Соответственно, выявление факторов, влияющих на показатели удовлетворенности, имеет первостепенное значение, поскольку это способствует разработке стратегии улучшения оказания помощи в ортопедии.

Степень разработанности темы исследования

Анализ научной литературы убеждает в том, что эффективность операций эндопротезирования – это многогранное понятие, включающее в себя не только объективную оценку хирургом качества установки компонентов эндопротеза, оценку лабораторных показателей, клинической картины, но и субъективную оценку результатов пациентом. Как описывается в зарубежной литературе,

требования пациентов к оперативному вмешательству могут зависеть от множества причин, так же как и их удовлетворенность исходом эндопротезирования. Несмотря на то, что исследования по изучению предикторов удовлетворенности и факторов риска неудовлетворенности продолжаются, в литературе подчёркивается необходимость в бóльшем количестве публикаций по этой теме. Измерение удовлетворенности может вообще стать ключевой мерой оценки качества оказания медицинского обеспечения в условиях изменяющегося климата системы здравоохранения. Поскольку свой вклад в предпочтения и опыт пациентов вносят этнокультурные особенности населения, весьма актуальным является изучение удовлетворенности с целью выявления предикторов положительного восприятия результатов пациентами. Практическая важность изучаемой проблемы в России определили цель и задачи диссертационного исследования.

Цель исследования – оценить эффективность первичного эндопротезирования тазобедренного сустава в различных группах пациентов на основании клинико-функциональных результатов, изменения качества жизни и субъективной оценки исходов пациента, а также предложить комплекс мер, направленный на повышение удовлетворенности результатами данной операции.

Задачи исследования

1. Провести мероприятия по языковой и культурной адаптации анкеты для оценки ожиданий пациентов от операции эндопротезирования тазобедренного сустава; проанализировать с помощью предложенной анкеты предоперационные ожидания в различных группах пациентов, а также их реализацию через три и двенадцать месяцев после тотального ЭП ТБС.
2. Провести клинико-рентгенологическое обследование пациентов и оценить функциональные результаты и качество жизни на основании объективизирующих шкал NHS, OHS и EQ5D через 3 и 12 месяцев после операции.

3. Оценить качество оказания медицинской помощи в клинике с помощью опросника PPE-15 и провести статистический анализ причин и прогностических факторов удовлетворенности пациентов результатом оперативного лечения.

4. Обосновать мероприятия, направленные на повышение показателя удовлетворенности больных операциями первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, и апробировать их в клинике.

Научная новизна

1. Переведены на русский язык и адаптированы популярные иностранные анкеты: опросник ожиданий пациентов HSS Hip replacement expectations survey и анкета впечатлений пациентов Пикера (Picker Patient Experience Questionnaire – PPE-15)

2. Представлены оригинальные отечественные данные об ожиданиях пациентов относительно первичного эндопротезирования тазобедренного сустава в различных группах пациентов на основе адаптированной “Анкеты ожиданий” (HSS Hip Replacement Expectations Survey) и проведена динамическая оценка степени их удовлетворенности результатами хирургического вмешательства.

3. Получены новые данные, демонстрирующие связь между объективными показателями качества оказания медицинской помощи, особенностями выполнения операции по замене сустава, количественной оценкой функциональных результатов, полнотой реализации ожиданий пациентов и степенью удовлетворенности пациентов.

4. Установлены прогностически значимые факторы, влияющие на степень удовлетворенности пациентов после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, вероятные причины неудовлетворенности и предложен комплекс мер, нивелирующий их негативное влияние.

Практическая значимость

1. Накопленные данные позволили изучить сложные взаимосвязи между болевым синдромом, функцией сустава, качеством жизни пациентов, их ожиданиями от предстоящей операции и их удовлетворенностью ее результатами

2. Переведенный и адаптированный опросник ожиданий пациентов HSS Hip Replacement Expectations survey позволяет расширить возможности обсуждения деталей хирургического лечения с пациентом, выявить специфические для каждого больного требования и, при необходимости выполнить коррекцию завышенных предоперационных ожиданий, а также открывает широкие перспективы для дальнейших исследований в этой области.

3. Выявленные факторы риска неудовлетворенности пациента хирургическим вмешательством дают возможность прогнозировать результат, более детально информировать пациентов и в дальнейшем улучшать восприятие пациентами достигнутых результатов эндопротезирования тазобедренного сустава. В то же время выявленные предикторы успеха позволяют расставить правильные акценты в лечебном процессе

4. Переведенная и адаптированная Анкета PPE-15 является полезным инструментом для мониторинга работы различных лечебных учреждений с целью определения путей улучшения качества медицинской помощи и ухода за пациентами. Поскольку самой заинтересованной стороной в оценке качества медицинской помощи является больной, то учет мнений пациентов относительно оказываемой помощи является одним из ключевых в достижении максимальной удовлетворенности лечебным процессом.

5. Предложен информационный буклет позволяет повысить уровень самостоятельного предоперационного образования пациентов, помочь в коррекции их ожиданий и расширить возможности самостоятельной послеоперационной реабилитации (приложение 1).

Основные положения, выносимые на защиту

1. Операция по замене тазобедренного сустава приводит двукратному улучшению качества жизни пациентов, почти вдвое увеличивает их функциональные возможности и способствует практически полному выполнению предоперационных ожиданий.

2. Наиболее значимое улучшение показателей функции сустава, качества жизни и уменьшение болевого синдрома наблюдается в первые три месяца после операции. Дальнейшее улучшение данных показателей происходит неравномерно, поэтому оценка результатов эндопротезирования и удовлетворенности пациентов должны выполняться не ранее года с момента операции.

3. Предикторами неудовлетворенности пациентов после эндопротезирования ТБС являются предшествующие хирургические вмешательства на оперируемом суставе, наличие сопутствующей ортопедической патологии в смежных суставах и сохраняющийся болевой синдром в течение 3 месяцев после операции.

4. Оправдание ожиданий пациента в послеоперационном периоде является необходимым условием достижения удовлетворенности после тотального ЭП тазобедренного сустава, поэтому коррекция завышенных ожиданий пациентов на основе их полной информированности о состоянии сустава и возможностях операции позволяет существенно улучшить восприятие пациентами полученных результатов

5. Изучение ожиданий пациентов и качества оказания специализированной помощи с помощью адаптированных нами опросника HSS Hip Replacement Expectations Survey и опросника впечатлений пациента PPE-15 позволяет значительно расширить возможности исследователей и практических врачей в повышении эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава.

Личный вклад автора

Диссертационная работа представляет самостоятельный труд автора, основанный на результатах собственных клинических исследований. Автор самостоятельно выбрал направления исследования, для чего был проведен критический анализ отечественной и зарубежной литературы с оценкой актуальности выбранной темы диссертационного исследования, определением проблемных вопросов и путей их решения. Автору принадлежит ведущая роль в сборе информации с использованием современных технологий для исследования и формировании компьютерной базы собранных материалов исследования. Полностью самостоятельно выполнена статистическая обработка полученных данных, осуществлена интерпретация основных результатов, проведенных клинических исследований, сформулированы выводы и практические рекомендации, написаны все разделы диссертации и ее автореферат.

Апробация и реализация диссертационной работы

Основные положения диссертационной работы доложены на научно-практических конференциях различных уровней, в том числе на конференциях с международным участием «Цивьяновские чтения» (Новосибирск, 2016), на VI, VII и VIII конференциях молодых ученых «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» (Санкт-Петербург, 2016, 2017, 2018).

Победитель конкурса грантов Санкт-Петербурга для студентов, аспирантов вузов, молодых ученых, молодых кандидатов наук (2016 г.), по теме проекта был осуществлен доклад на круглом столе по направлению «Медицинские науки» в рамках XXI Санкт-Петербургской ассамблеи молодых учёных и специалистов.

По теме диссертации опубликовано 9 печатных работ, из них 5 – в рецензируемых журналах, входящих в перечень ВАК РФ.

Результаты диссертационного исследования внедрены в практическую работу клиники ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России. Материалы диссертации используются при обучении на базе указанного

института клинических ординаторов, аспирантов и травматологов-ортопедов, проходящих усовершенствование по программам дополнительного образования.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 186 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора, в котором проведен анализ профильной научной литературы, 4х глав, где были отражены результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Диссертационная работа содержит 18 таблиц, 30 рисунков. Список литературы включает 183 источника: из них – 36 отечественных и 147 – иностранных авторов.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ОБ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ РЕЗУЛЬТАТАМИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Причины широкого распространения эндопротезирования ТБС

В настоящее время эндопротезирование тазобедренного сустава широко применяется в ортопедических клиниках всего мира, принося пациентам облегчение страданий и улучшение качества жизни, и количество таких операций неуклонно растет. В течение последних двух десятилетий отмечается пятикратное увеличение частоты эндопротезирований тазобедренного и коленного суставов [31,53,162]. Тем не менее, ожидается дальнейший повсеместный рост числа таких операций что, в свою очередь, приведет к увеличению количества ревизионных вмешательств, требующих использования индивидуального подхода к лечению и адекватных инструментов оценки результатов операции [12,36]. Принимая во внимание старение населения, рост уровня гиподинамии и ожирения и увеличение количества симптоматического остеоартрита [142], неудивительно, что количество операций тотального эндопротезирования суставов будет и дальше продолжать расти, приводя к значительным расходам в системе здравоохранения.

В подавляющем числе случаев искусственный сустав обеспечивает превосходную функцию в ранние сроки, однако в отдаленном периоде у больных разных групп результаты эндопротезирования тазобедренного сустава могут значительно различаться [4,30,32].

1.2 Способы оценки результатов эндопротезирования пациентом

Для оптимизации результатов хирургических вмешательств очень важно, чтобы пациенты соответствовали показаниям к операции эндопротезирования тазобедренного сустава, а их состояние оценивалось в послеоперационном

периоде [180]. Оценка результатов операции является неотъемлемой частью лечения, учитывая финансовую составляющую, потенциальные хирургические и послеоперационные риски, связанные с операцией, а также персональную нагрузку на пациента. Кроме того, не все пациенты отмечают улучшение их состояния, и не все удовлетворены конечным результатом [112].

Отсутствие совершенного опросника оценки состояния пациентов после операции привело к появлению множества различных шкал, анкет, которые исследователями зачастую подвергаются сравнительному анализу. Еще в начале 70-х годов прошлого века Гунар Андерсон из Гётеборгского университета выполнил сравнительный анализ девяти различных шкал (Judet, Stinchfield, American Academy of Orthopaedic Surgeons, Shepherd, M. d'Aubigne, M. Postel) для оценки функции тазобедренного сустава после тотального эндопротезирования [41]. Одни шкалы, по их данным, показывали завышенные результаты в сравнении с объективными данными, другие значительно занижали результаты. В наибольшей степени соответствовали объективной оценке исследователей шкалы Iowa Hip Score, Harris и Andersson-Moller-Nielsen. Позже J. Callaghan с соавторами провели собственный анализ и также пришли к выводу, что различные системы оценки весьма значимо изменяют результаты тотальной артропластики. Наиболее строгими в оценке результатов были шкалы M. d'Aubigne, M. Postel, Harris, а наиболее мягкую оценку, но наиболее соответствующую представлениям исследователей давала система HSS [28].

Мы провели сравнительный анализ частоты запросов наиболее популярных опросников (Harris Hip Score, Oxford Hip Score, EQ-5D, WOMAC, SF-36, Expectation Score HSS) в базе данных PubMed и национальной научной электронной библиотеке eLIBRARY, результаты которого представлены в таблице 1. Как видно из представленной таблицы, самым распространенным опросником в мире по тазобедренному суставу является Harris Hip Score. Эта анкета пользуется популярностью и в России (табл. 1) [2,24,26].

Сравнительная характеристика частоты запросов популярных опросников в базах PubMed и eLIBRARY

Опросник	Pubmed	Запрос	eLIBRARY	Запрос
Oxford Hip Score	357	Hip replacement, arthroplasty OHS, Oxford Hip Score	3	Эндопротезирование тазобедренного сустава OHS, Oxford Hip Score
EQ5D	20	Hip replacement, arthroplasty EuroQol, EQ5D	3	Эндопротезирование тазобедренного сустава EuroQol, EQ5D
Harris Hip Score	3260	Hip replacement, arthroplasty HHS, Harris scale	127	Эндопротезирование тазобедренного сустава, шкала Harris
WOMAC	553	Hip replacement, arthroplasty WOMAC	83	Эндопротезирование тазобедренного сустава, WOMAC
Sf-36	318	Hip replacement, arthroplasty Sf-36	56	Эндопротезирование тазобедренного сустава, Sf-36
Hospital for Special Surgery Hip replacement Expectation survey	32	Expectation score hip arthroplasty, replacement	1	Ожидания пациентов перед операцией

В отечественной и зарубежной литературе нет работ, где подтверждается языковая и культурная адаптации данного опросника на другие языки, в том числе и на русский. Чего нельзя сказать про другие опросники: WOMAC – переведен и адаптирован на более чем 80 языков мира, EQ-5D – на более 100

языков, SF-36 – около 50 языков, OHS – на немецкий, датский, французский, японский и др. [39].

Работ, посвященных опроснику Expectation Score HSS, при поиске оказалось, – всего 32 по запросу («Expectation» + «score» «hip» + «arthroplasty», «replacement») в базе данных PubMed и одна работа в Российской научной электронной библиотеке eLIBRARY при запросе («ожидания» + «перед» + «операцией»), посвященная психологическому состоянию пациентов в период ожидания хирургической операции протезирования клапанов сердца [6]. Это говорит о том, что тема ожиданий пациентов в сфере хирургии является новой и неизученной не только в ортопедии, но и в российском здравоохранении в целом.

В недавней работе, посвященной оценке психометрических показателей опросников авторы заключили, что русскоязычная версия шкалы Харриса уступает шкале Oxford Hip Score по заполняемости, воспроизводимости и надежности. Данная шкала затруднительна в использовании для оценки функционального состояния тазобедренного сустава пациентами в случаях самостоятельного или удаленного заполнения, так как включает в себя раздел, предназначенный для заполнения хирургом («амплитуда движений», «деформация», «укорочения»), который зачастую остается незаполненным или заполненный не объективно. Так же, перед использованием той или иной анкеты на языке отличном от оригинала, необходимо провести языковую и культурную адаптацию опросника, которая для шкалы Харриса не проводилась, несмотря на ее широкое применение [33], чего нельзя сказать об опроснике OHS [26].

Предыдущие исследования показали, что удовлетворенность операцией по замене сустава была связана с избавлением от хромоты, купированием боли и улучшением функции сустава [40,126,129,145]. Несмотря на это, было выявлено несколько предоперационных факторов риска неудовлетворенности: пожилой возраст, женский пол, сопутствующие заболевания и сопутствующие состояния, влияющие на способность ходьбы, психические расстройства, более сильный болевой синдром и низкий социально-экономический статус [40,98,154]. Однако

нет никаких доказательств значительного влияния любого из перечисленных факторов [148].

В других исследованиях сообщается о таком факторе, как ожидания пациентов перед операцией и их влияние на удовлетворенность результатом в послеоперационном периоде [91,126,128]. Несмотря на то, что тотальное эндопротезирование и обеспечивает превосходное облегчение боли, и улучшает функциональное состояние, хорошее самочувствие [141,143], от 7% до 15% пациентов не удовлетворены результатами операции [40,112]. Удовлетворенность пациентов является важным показателем оценки качества оказания медицинской помощи [155]. Так же во многих исследованиях говорится о том, что оценка результатов операции хирургом и пациентом различаются [45,59,104,156].

С 1997 года в литературе встречаются работы, посвященные вопросам ожиданий пациентов перед операцией эндопротезирования тазобедренного сустава. Ученых интересовало, чего ожидают пациенты от операции, какие факторы могут повлиять на них, и как это может быть связано с конечным результатом – удовлетворенностью пациентов, ведь успех проведенной операции определяет сам больной [128]. В процессе изучения данной проблемы К. Манкузо с коллегами провели достаточно трудоемкую работу по изучению ожиданий пациентов и выделению из них наиболее важных и часто встречаемых. В результате автор выделил 18 самых частых ожиданий, которые на сегодняшний день повсеместно используются как стандартный опросник для оценки ожиданий пациентов перед эндопротезированием тазобедренного сустава HSS Hip Replacement Expectations Survey для различного рода исследований. По мнению автора, ожидания пациентов мотивируют их соглашаться на операцию эндопротезирования тазобедренного сустава, и по их реализации в послеоперационном периоде можно говорить, были ли достигнуты поставленные перед операцией цели. Однако исполнение ожиданий пациентов редко рассматривается как отдельный результат операции по замене сустава [126].

Некоторыми авторами были предложены три теоретические модели для объяснения взаимосвязи между ожиданиями и удовлетворением [129]. Первая

модель предполагает, что оптимистичные ожидания могут сами по себе приводить к более высокой удовлетворенности [83,91,125]. Согласно второй модели, выполнение ожиданий пациентов, независимо от их предоперационного статуса, является основным фактором, определяющим удовлетворенность [126,145]. Третья теория предполагает, что послеоперационные симптомы и функция определяют степень удовлетворенности пациентов независимо от их предыдущих ожиданий [62,129,159].

В последнее время в России возрастает интерес к изучению удовлетворенности пациентов от операции эндопротезирования тазобедренного сустава [35], появляются отечественные исследования, в которых авторы оценивают уровень удовлетворенности пациентов в зависимости от различных факторов, в то время как ожидания пациентов остаются неизученными [13,14].

1.3 Противоречие между хорошими результатами в регистре артропластики и удовлетворенностью пациентов

Со второй половины 70-х годов XX века в мире стали создаваться национальные регистры с целью оценки долгосрочных результатов эндопротезирования. Однако основными задачами регистров являются оценка эпидемиологических показателей, определение выживаемости различных эндопротезов при разной патологии в разных возрастных группах, определение факторов риска развития неудач, связанных с особенностями пациентов, используемыми имплантатами и хирургической техникой [28]. Ничуть не умаляя колоссальную роль регистров в оценке результатов эндопротезирования, многие авторы считают, что успех проведенной операции, в конечном счете, определяет сам пациент, и проводят исследования, направленные на изучение такого показателя эффективности, как удовлетворенность пациентов [148,164]. Не случайно, старейший в мире Шведский регистр эндопротезирования в последние годы дополнился системой регистрации исходов пациентами и, по данным ежегодного отчета 2010 года, 16% пациентов остаются неудовлетворенными

результатами эндопротезирования тазобедренного сустава [153]. В регистре эндопротезирования суставов РНИИТО им. Р.Р. Вредена показатель удовлетворенности пациентов на сегодняшний день не оценивается.

1.4 Концепция удовлетворенности пациента

J.E. Ware с соавторами и J. Sitzia, N. Wood [164,175] изучили большое количество теорий концепции удовлетворенности пациентов. Они выявили различия между объективной оценкой удовлетворенности оказанной помощи пациентом (например, время ожидания госпитализации) и субъективной оценкой. Эта субъективная оценка оказанной больному помощи или его удовлетворенность отражает три переменные: персональные предпочтения пациента, ожидания пациента и технические аспекты оказания помощи [175]. Основываясь на этой теории, Sitzia и Wood установили, что удовлетворенность пациентов измеряется как по полученной медицинской помощи, так и по ощущениям пациента. Соответственно, удовлетворенность пациента можно рассматривать с точки зрения постоянных факторов удовлетворенности (данные пациента, такие как пол, возраст, индекс массы тела, сопутствующая патология) и переменных факторов удовлетворенности (аспекты получения помощи, например, комфорт в больницах, особенности хирургического вмешательства, функциональное состояние пациента). И постоянные, и переменные факторы удовлетворенности полезны для формирования системы, в которой удовлетворенность пациента может быть измерена и соотнесена с результатами исходов операции тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного сустава.

1.5 Почему удовлетворенность пациента имеет значение?

Измерение удовлетворенности пациентов важно для достижения несколько целей. Простейшей из этих целей является описание здравоохранения с точки зрения больного, и, несомненно, удовлетворенность пациентов отражает оценку процесса оказания помощи [164]. Действительно, некоторые аспекты

удовлетворенности пациента затрагивают исключительно оценку оказания медицинской помощи. А. Donabedian [72] предложил оценивать систему здравоохранения с точки зрения структуры, процесса и исходов. К структуре относится организация учреждения, предоставляющего помощь, в том числе условия, в которых эта помощь оказывается; Процесс отражает профессиональную деятельность вокруг оказываемой медицинской помощи; и исход, который отражает изменение состояния здоровья пациента после лечения [29,72]. Таким образом, удовлетворенность пациента уникально включает в себя все аспекты оказания медицинской помощи, что делает его ценным инструментом в оценке системы здравоохранения вообще и, в частности, в ортопедии в т.ч. при операциях по замене тазобедренного сустава. Знание факторов, которые влияют на удовлетворение, позволит выработать стратегию по улучшению оказания помощи пациентам не только в ортопедии.

1.6 Как оценить удовлетворенность пациентов?

Оценка удовлетворенности пациентов является формой субъективного метода оценки результатов и, таким образом, на них распространяются те же жесткие протоколы тестирования, которые присущи всем утвержденным PROMs. Выражаясь более точно, удовлетворенность пациентов должна проверяться и оцениваться посредством психометрического анализа. Психометрический анализ представляет собой научную методологию валидации опросников удовлетворенности. Этот процесс включает в себя три компонента – достоверность, надежность и чувствительность, при этом критерии достоверности и надежности являются минимальными требованиями к любому PROMs [164]. *Достоверность содержания, или контентная валидность* указывает, имеет ли опросник достаточное количество пунктов и насколько точно они охватывают интересующий вопрос [75]. Критерием достоверности является сравнение опросника с существующим «золотым стандартом», общепризнанным в каждой отдельной сфере знаний [55]. К сожалению, нет общепринятого «золотого

стандарта» для оценки удовлетворенности пациентов после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов. При отсутствии «золотого стандарта для сравнения следует оценивать достоверность при помощи конструкций. Конструктивная достоверность может основываться на сравнительных тестах с другой, прежде валидированной анкетой или решении консенсуса об изучаемом явлении [75,163].

Параметр *надежности* отражает способность опросника получать результат, не изменяющийся через определенное время, при условии отсутствия за это время клинических изменений у пациента. Тест-ретест (метод перетестирования) отражает разнообразие в результатах анкетирования у одного и того же пациента в неизменных условиях в разных временных точках. Он определяет надежность во времени и может оцениваться с использованием значений внутригруппового коэффициента. Межрейтинговая надежность оценивает степень, которой разные исследователи дают содержательную оценку по полученным результатам. Она измеряет надежность теста, проводимого разными людьми, и может быть оценена коэффициентом Кронбаха- α (CA) [55].

Чувствительность отражает способность опросника обнаруживать различия в состоянии в разное время при наличии фактических изменений. Чувствительность может измеряться подсчетом стандартного размера эффекта. Стандартный размер эффекта измеряется в изменении в замеренном исходе от одного интервала до другого, поделенном на стандартное отклонение показателя исхода первого интервала [179]. Множество PROMs в ортопедической хирургии демонстрируют отличную чувствительность из-за большого стандартного размера эффекта, связанного с операциями по замене тазобедренного и коленного суставов [70]. Однако это создает проблемы, как отметил M.J. Dunbar [75], поскольку незначительные изменения или разные варианты вмешательства (такие как использование разных имплантатов) могут быть замаскированы или потеряны существенным влиянием операции на PROMs. В прошлом опросники удовлетворенности пациентов были заведомо не адекватными, даже когда исследование проводилось с использованием психометрических принципов.

J. Sitzia и N. Wood провели обзор исследований удовлетворенности пациентов и обнаружили в 181 исследовании, что только в 6% из них использовались психометрические принципы оценки надежности и достоверности при оценке удовлетворенности пациентов: из этих исследований были неспецифичными ни для изучения ТЭП ТБС и КС, ни для ортопедической хирургии вообще [163].

В 2011 N. Mahomed с соавторами [124] разработали шкалу удовлетворенности пациентов для применения при ТЭП ТБС и КС. Шкала была проверена на сохранность психометрических принципов и показала приемлемую надежность согласно коэффициенту Кронбаха альфа (ТЭТС СА – 0.86 [12 нед] и 0.91 [1 год], ТЭКС СА – 0.91 [12 нед] и 0.92 [1 год]). Конструктивная достоверность определялась относительно физического домена шкалы SF-36 и по результатам опросника WOMAC [51,136].

В 2001 г. M.J. Dunbar [75] и O. Robertsson с коллегами [150] в исследовании, посвященном валидации четырехступенчатой версии опросника удовлетворенности (1 – полностью удовлетворен, 2 – удовлетворен, 3 – неопределенно, 4 – не удовлетворен), показали, что он демонстрирует соответствующий уровень надежности и достоверности. Надежность определялась с помощью коэффициента Каппа (0.64 указывает на хорошую надежность) [75] Конструктивная достоверность определялась с применением шкал WOMAC, SF-36, SF-12, Oxford Knee Score и Nottingham Health Profile [51,70,100,136,174].

1.7 Удовлетворенность пациентов тотальным эндопротезированием тазобедренного сустава

Уже с 1990 года в зарубежной печати опубликовано множество работ, демонстрирующих зависимость удовлетворенности от самых разных факторов – возраста, пола, степени двигательной активности, индекса массы тела,

сопутствующей патологии в поясничном отделе позвоночника, качества жизни пациентов и даже расовой и социальной принадлежности [38,105,137,138].

В связи с этим в начале 2000-х годов появились работы, посвященные удовлетворенности пациентов после выполнения артропластики, в которых авторы пришли к выводу, что удовлетворенность является неременным атрибутом качества жизни, имеет первостепенное значение и, несомненно, это явление должно быть измерено и изучено с помощью специальных опросников, анкет для пациентов [150] которые хоть и считаются субъективными, но в значительной мере отражают достигнутый результат с точки зрения самой заинтересованной стороны лечебного процесса – больного [28].

Показатели удовлетворенности после ТЭП ТБС повсеместно высокие, поэтому это одна из наиболее успешных хирургических операций в мире. Имеется несколько публикаций, в которых показатели удовлетворенности достигают 90% [40, 57, 128, 153]. В двух исследованиях была проведена оценка разницы в удовлетворенности пациентов после ТЭП ТБС и ТЭП КС. R.V. Bourne с соавт. сообщили, что уровень удовлетворенности после ТЭП ТБС достигает 89%, а после ТЭП КС – 81% [57]. В работе N. Mahomed с соавторами [124] сообщили об удовлетворенности после ТЭП ТБС у 96,6% пациентов на сроке 1 год после операции и у 88% пациентов после ТЭП КС. Эти результаты нашли свое отражение в исследованиях, в которых указывалось на улучшение функции у пациентов по шкале WOMAC после ТЭП ТБС в сравнении с результатами после ТЭП КС [78, 81].

1.8 Постоянные факторы удовлетворенности операций ТЭП ТБС

Существует множество связанных с пациентом факторов, которые могут влиять на удовлетворенность операций ТЭП ТБС.

Возраст. Значение возраста как определяющего фактора удовлетворенности изучается много лет. С.А. Mancuso с соавт. [128] изучали

удовлетворенность пациентов после ТЭП ТБС и не нашли взаимосвязи между удовлетворенностью и возрастом. Так же, R.E. Anakwe с соавт. [40] не нашли различий в уровне удовлетворенности при исследовании возраста. Напротив, N.D. Clement с соавт. [64], в 2011 г. обнаружили, что пациенты старше 80 лет, были более удовлетворенными результатом ТЭП ТБС, чем пациенты в возрасте от 65 до 79 лет по 6-балльной шкале.

Пол пациентов. Имеются несколько исследований указывающих на отсутствие влияния пола на удовлетворенность от операции ТЭП ТБС [40,41,84]. Однако, O. Rolfson с коллегами [154] обнаружили, что женщины имеют существенно низкий балл по шкалам качества жизни и удовлетворенности после ТЭП ТБС. Результат этого исследования трудно интерпретировать, поскольку удовлетворенность измерялась при помощи 100-балльной системы ВАШ (100 баллов – наименьшая удовлетворенность). Используя этот способ измерения, у мужчин удовлетворенность составила 15, а у женщин – 19 баллов. Возможно, это статистически значимо, но остается не ясным, означает ли значение 19, что пациенты скорее не удовлетворены проведенной операцией, а не наоборот.

Ожидания пациентов. По данным многих авторов, оправдание ожиданий играет крайне важную роль в удовлетворении пациентов после операции [83,125]. Ожидания пациентов, как было показано в хирургии ТЭП КС, играют важную роль в удовлетворенности пациентов. Доказано, что оправдание ожиданий пациентов после операции ТЭП ТБС коррелирует с удовлетворенностью пациентов [40,128]. С.Е. Scott с коллегами в своем исследовании заключили, что определяющим фактором удовлетворенности пациентов является оправдание их предоперационных ожиданий [159]. В недавнем исследовании С. Palazzo с коллегами также пришли к аналогичному выводу, что оправдание ожиданий коррелирует с удовлетворенностью [148]. Интересно отметить, что самыми частыми ожиданиями пациентов являются избавление от боли и улучшение функции после ТЭП ТБС [83,159,181].

Еще в 1990-е годы в Госпитале специальной хирургии исследователи поставили задачу изучить ожидания пациентов от операции эндопротезирования и сгруппировать их. Они провели достаточно трудоемкую работу по разработке и валидации опросника по изучению ожиданий пациентов и выделению из них наиболее важных и часто встречаемых [128]. Этот опросник был разработан с использованием методики “open-ended”¹ интервьюирования пациентов с достижением умеренной и более высокой надежности (Cohen’s kappa ≥ 0.40). Конструктивная валидность оценивалась с учетом пола, возраста, уровня образования и функционального статуса. Содержательная валидность была достигнута при помощи интервьюирования пациентов и экспертного обзора для определения окончательной выборки вопросов. Параллельно для оценки критериальной валидности опросник сравнивали с другими ранее валидированными инструментами оценки результатов операции [127]. В результате автор выделил 18 самых частых ожиданий, которые на сегодняшний день повсеместно используются как стандартный опросник по ожиданиям пациентов для различного рода исследований (табл. 1).

Интуитивно, понимание ожиданий пациентов позволит их корректировать с надеждой на высокий уровень удовлетворенности. Исходя из этих данных, многие исследования направлены на изучение предоперационных ожиданий пациентов и выявление факторов, повышающих или понижающих их перед операцией, а также определение факторов, влияющих на их выполнение после операции. С.Е. Scott с соавт. в 2012 г. выявили, что молодой возраст, мужской пол, плохая функция по шкале Оксфордского опросника являются факторами, повышающими их предоперационные ожидания. Но в то же время, высокие ожидания пациентов перед операцией, по мнению авторов, не связаны с их оправданием после операции. В большей степени ожидания оправдываются у молодых пациентов с хорошим функциональным статусом по шкале OHS. Выполнение ожиданий сильно коррелирует с удовлетворенностью результатом

¹ “open-ended” – в переводе с английского «не имеющий заранее предусмотренных ограничений».

операции [159]. Особое внимание нужно обратить на пациентов входящих в группу риска невыполнения их ожиданий из-за плохого психологического состояния (mental health wellbeing) и, как следствие, неудовлетворенности результатом [148,154,159,171].

В отечественной литературе нам не удалось найти работ, посвященных оценке предоперационных ожиданий пациентов, подвергшихся эндопротезированию тазобедренного сустава, и изучению факторов, способствующих оправданию их ожиданий, как одного из главных факторов удовлетворенности результатом операции. Понимание важности исследований качества жизни и удовлетворенности пациентов наталкивает к необходимости провести языковую и культурную адаптацию опросника ожиданий пациентов HSS Hip Replacement Expectations Survey

Сопутствующие психические заболевания. Влияние психиатрического заболевания и плохое душевное состояние (ментальное здоровье, mental health) после ТЭП ТБС остается не ясным. О. Rolfson с коллегами обнаружили, что пациенты с депрессией и/или тревогой менее удовлетворены после ТЭП ТБС [154], особенно если у них сохранялась тревога или депрессия в течение 1 года после операции [153]. Эффект сопутствующих психиатрических заболеваний на результат ТЭП ТБС остается менее ясным, чем при ТЭП КС, но по всей видимости существует общая тенденция, по которой психические заболевания негативно влияют на исход ТЭП ТБС [124].

С другой стороны, R.E. Anakwe с соавт. [40] обнаружили связь между низким баллом ментального компонента здоровья по шкале SF-12, депрессией в анамнезе и неудовлетворенностью после ТЭП ТБС, когда они обсчитывали данные одномерным анализом, но эти данные оказались статистически не значимыми при многомерном анализе. В другой работе, R. Gandhi с коллегами [84] обнаружили существенное влияние ментального здоровья на удовлетворенность пациентов по ментальной составляющей шкалы SF-36. Однако это исследование включало как ТЭП ТБС, так и ТЭП КС, тем самым затрудняя

интерпретацию данных. Также по данным других последних исследований, у пациентов с более оптимистичными предоперационными ожиданиями и которые впоследствии были удовлетворены, не обнаружено статистической связи с результатами других групп. Эти результаты подтверждают гипотезу о том, что выполнение ожиданий пациентов определяет удовлетворенность [126,131,145,159] независимо от уровня предоперационных ожиданий [91]. В то же время немало пациентов остается с неоправданными ожиданиями – они нуждаются в большем внимании и дооперационном информировании и образовании [167].

Соматические сопутствующие заболевания. Влияние соматической патологии на удовлетворенность ТЭП ТБС аналогично влиянию при ТЭП КС. R.E. Anakwe с соавт. [40]. обнаружили, что артроз в другом суставе с явной клинической картиной снижает уровень удовлетворенности после ТЭП ТБС. М. Hossain с коллегами [98] сообщили о незначительном влиянии сопутствующей патологии на удовлетворенность после ТЭП ТБС, а R.B. Bourne с соавт. [57] подтвердили эти результаты в своей публикации. О. Rolfson с соавт. [153] обнаружили, что по классификации сопутствующей патологии Charnley сопутствующая патология существенно влияла на послеоперационную удовлетворенность. По-видимому, ортопедическая сопутствующая патология, такая как боли в спине или артроз других суставов, имеет негативное влияние на удовлетворенность после ТЭП ТБС.

Диагнозы, ведущие к ТЭП ТБС. Диагноз может играть роль в удовлетворенности ТЭП ТБС. О. Rolfson и соавт. [153] обнаружили, что пациенты с воспалительными артритами имеют более высокую удовлетворенность, чем пациенты с другими диагнозами. В то же время, пациенты с диагнозом дисплазия тазобедренного сустава значительно меньше удовлетворены [132] результатами артропластики. Однако, С.А. Mancuso с коллегами [128] не обнаружили различий при исследовании взаимосвязи между диагнозом и удовлетворенностью

Тяжесть артропатии. Тяжесть симптомов не коррелирует с удовлетворенностью пациентов, подвергшихся ТЭП ТБС. R.E. Anakwe и его коллеги [40] обнаружили, что предоперационные показатели пациентов по шкалам SF-12 и OHS не влияют на удовлетворенность. G. Andersson с соавт. [41] не обнаружили связи между исходной оценкой по OHS и удовлетворенностью пациентов. O. Rolfson с соавт. [153] выявили, что предоперационные функция и рентгенологическая картина не влияют на удовлетворенность пациентов. Кроме того R. Gandhi с соавт. [84] обнаружили, что функция сустава до операции по шкале WOMAC не влияет на удовлетворенность после ТЭП ТБС.

Перечисленные постоянные факторы можно резюмировать в виде таблицы 2.

Таблица 2

Постоянные факторы удовлетворенности операцией тотального ЭП ТБС

Факторы	Влияние на удовлетворенность
Возраст	± СВ
Пол	± СВ
Сопутствующая психическая патология	± СВ
Ожидания пациентов	- ОВ (Ожидания не оправдались) +ПВ (Большие ожидания по уменьшению боли)
Сопутствующая ортопедическая патология	- ОВ (артрит в других суставах, боли в спине)
Диагноз	+ ПВ (ревматоидный артрит) - ОВ (диспластический коксартроз)
Тяжесть заболевания	Нет влияния

Обозначения: ±СВ – сомнительное влияние, +ПВ – положительное влияние, -ОВ – отрицательное влияние.

1.9 Переменные факторы удовлетворенности операций ТЭП ТБС

Существует также множество переменных факторов, которые могут потенциально влиять на удовлетворенность после тотального ЭП ТБС.

Факторы анестезии. Об использовании спинальной анестезии при операции ТЭП ТБС сообщалось более 30 лет назад об успешном снижении уровня кровопотери, тромбоза глубоких вен, ТЭЛА как было описано в недавнем метаанализе [134]. К сожалению, до сих пор не ясно, влияет ли анестезия значительно на удовлетворенность пациентов ТЭП ТБС. Существует множество публикаций, описывающих различные послеоперационные режимы анальгезии с некоторым влиянием на удовлетворенность пациентов.

С.А. Busch и соавторами [61] сообщили об использовании локальных инъекций в виде коктейля из морфина, ропивакаина, кеторолака и адреналина. Об этом сообщала группа авторов, работавшая над уменьшением боли и увеличением удовлетворенности после операции ТЭП КС в 2006 г. [60] Они обнаружили снижение использования морфина, а также послеоперационной боли, однако существенного влияния на удовлетворенность пациентов выявлено не было [61]. В 2004 г., S. Gurlit с соавторами [90] сообщили об увеличении удовлетворенности пациентов при использовании пролонгированной спинальной анальгезии в сравнении с пролонгированной эпидуральной. Кроме того пролонгированная эпидуральная анальгезия повышала удовлетворенность пациентов по сравнению с пролонгированной пациент-контролируемой эпидуральной анальгезией [99].

К сожалению, количество различных используемых лекарств, разная техника выполнения анестезии (эпидуральная, спинальная, локальная, регионарная), разное время оценки удовлетворенности пациентом (кто-то оценивал сразу после операции, кто-то при выписке), сравнение разных или даже одних и тех же видов анестезии усложняет изучение удовлетворенности пациентов после выполнения ТЭП ТБС.

Хирургический доступ. Традиционно существует два основных доступа для операции ТЭП ТБС: задний и прямой боковой доступы [165] R.E. Anakwe и соавт. [40] не обнаружили существенных различий уровня удовлетворенности между пациентами, оперированными через задний и боковой доступы.

Длина хирургического разреза. По поводу малоинвазивного ТЭП ТБС существуют противоречивые точки зрения в ортопедической литературе. Сторонники заявляют о менее выраженной послеоперационной боли, меньшем рассечении мышц и травме мягких тканей, а также низком уровне осложнений по сравнению с традиционным ТЭП ТБС. Противники, наоборот, заявляют о повышенном риске осложнений, связанных с повреждением мышц вследствие давления и положения ретракторов, неправильном позиционировании компонентов эндопротеза в связи с малоинвазивной техникой [99,123,146,165]. Удовлетворенность пациентов не очевидна, и в настоящее время сложно дать однозначный ответ на этот вопрос.

Тип фиксации имплантатов. Существуют две основных техники фиксации компонентов при операции ТЭП ТБС: цементная и бесцементная, обе из которых применимы как к бедренному так и вертлужному компонентам. Также существуют гибридная техника с цементной фиксацией бедренного компонента и бесцементной фиксацией вертлужного, и наоборот. Большинство исследований в прошлом изучали эти техники с объективной точки зрения, часто с выживаемостью эндопротеза в качестве главного критерия исхода операции. Есть одно исследование, которое демонстрирует, что гибридная фиксация имеет более высокий уровень удовлетворенности пациентов, чем бесцементная техника [128]. К сожалению, авторы не указывают, какая техника была использована (цементная ножка/бесцементная чашка или наоборот). Бесцементная фиксация бедренного компонента сочетается с болями в тазобедренном суставе [173], что потенциально может объяснить разницу в удовлетворенности между пациентами с бесцементной фиксацией и с гибридной фиксацией. Дальнейшие исследования в

этой области приведут к успеху в понимании роли различных способов фиксации в удовлетворенности пациентов ТЭП ТБС.

Послеоперационная реабилитация. В 2007 г. А.Е. Роуг с соавторами [149] обнаружили, что пациенты, включенные в ускоренную программу реабилитации, в послеоперационном периоде имели лучше показатели по срокам пребывания в стационаре, удовлетворенности пациентов и способности к ходьбе по сравнению с обычным протоколом. Ускоренный протокол включал обучение семьи, инструктаж пациента, обучение превентивной анальгезии целекоксибом, «агрессивную» пред- и послеоперационную физиотерапию (ЛФК) [149]. Предоперационные рекомендации и обучение в форме школы пациентов с патологией ТБС, а также информационные буклеты также улучшали удовлетворенность пациентов ТЭП ТБС [135].

Послеоперационные осложнения. В противоположность ТЭП КС, при ТЭП ТБС наличие крупных периоперационных осложнений не оказывает существенного влияния на удовлетворенность пациентов. Результаты нескольких исследований не обнаружили влияния осложнений на удовлетворенность пациентов [40,98,128,148]. К сожалению, все эти исследования включали не весь список осложнений. M.D. Iversen с коллегами [102] сообщили об отсутствии корреляции между ощущением разницы в длине ног и удовлетворенностью пациента. Несмотря на эти исследования, было бы логично предположить, что осложнения после операции связаны с неудовлетворенностью пациента после ТЭП ТБС. Требуются дальнейшие исследования в этой области для определения роли этих факторов на удовлетворенность пациентов.

Впечатления и опыт пациентов. Несмотря на то, что за последние 50 лет в области здравоохранения произошли значительные технические, фармацевтические и клинические успехи, оценка опыта пациента и его впечатлений в отношении болезни и оказываемого медицинского ухода лежит в

основе одной из самых фундаментальных целей клинической медицины – облегчение страданий пациента [108].

В литературе не существует общепринятого определения качества оказания медицинской помощи; скорее, существует понимание того, что это понятие многомерное, с различными интерпретациями и зависит от того, кого спрашивают об этом [85]. Чаще всего для описания качества медицинской помощи используется широко распространенная аббревиатура STEEEP (Safety, Timeliness, Effectiveness, Efficiency, Equity and Person Centeredness – безопасность, своевременность, эффективность, оперативность, справедливость и индивидуальность) [101]. Так, по данным обзора М. Beattie с соавторами, существует единое мнение относительно того, что качество медицинской помощи состоит из двух факторов: знаний и опыта врача, а также взаимоотношений врача и пациента, т.е. эмпатии [49].

В связи с этим регистрация мнений пациентов о проведенном лечении и медицинском обслуживании в стационаре позволит улучшить качество оказания медицинской помощи [67]. Однако далеко не во всех медицинских организациях учитывается субъективное мнение пациентов об оказываемой помощи, вместо этого оценка качества проводимого лечения основывается, как правило, на объективных клинико-лабораторных критериях [11,16,50,108].

Данные об опыте и впечатлениях пациентов могут использоваться так же как показатель работы больницы с целью мониторинга эффективности оперативных вмешательств, выявления потенциальных проблем и возможных путей для их устранения [122].

До недавнего времени оценка качества проводимого лечения основывалась на объективных клинико-лабораторных критериях, при этом, как правило, не учитывалось субъективное мнение пациентов относительно оказываемой помощи. В связи с этим системы здравоохранения многих стран стремятся достичь некоего баланса между оценкой клинического эффекта и данными, предоставляемыми пациентами об оказанном лечении [80].

За последние 20 лет возрос интерес к исследованию удовлетворенности пациентов качеством сервиса и обслуживания в клинике, поскольку оценка удовлетворенности пациентов позволяет практикующим врачам исследовать, насколько их работа удовлетворяет потребности пациентов [43]. Анкеты, оценивающие специальные аспекты оказания медицинской помощи, позволяют врачам определять те стороны медицинского обеспечения, которыми пациенты менее удовлетворены, с целью их улучшения [94].

Исследования G.E. Hardy и S.E. Taylor еще в 1996 г. показали, что удовлетворенные пациенты с высокой степенью вероятности будут следовать медицинским рекомендациям [92] и с меньшей вероятностью поменяют своих лечащих врачей и предъявят какие-либо официальные жалобы в будущем [166]. Поэтому определение степени удовлетворенности пациентов является не менее важной задачей в совершенствовании качества оказываемой помощи [158,178].

С 1990 года Министерство здравоохранения Великобритании стало требовать от врачей общей практики оценивать удовлетворенность пациентов [85]. С тех пор оценка удовлетворенности пациентов становилась все более актуальной [46,52,116], и уже в 2000 г. приступило к осуществлению программы национального обследования, согласно которой каждый фонд NHS (National Health Service) обязан ежегодно проводить опрос своих пациентов о качестве оказываемого лечения [160].

В Швейцарии национальное министерство по улучшению качества оказания помощи рекомендовало использовать специальный опросник Пикера для оценки впечатлений пациентов об оказываемом медицинском уходе, который должен использоваться в 300 больницах ежегодно [107].

Основываясь на обширных качественных исследованиях, с целью определить, какие аспекты медицинской помощи важны для пациентов, Институт Пикера разработал стандартизированный инструмент для измерения качества лечения по отношению к конкретным аспектам медицинской помощи [63]. Специальный опросник впечатлений пациента Пикера (Picker Patient Experience Questionnaire – PPE-15), который был предложен С. Jenkinson с соавторами,

состоит из нескольких разделов: информирование и обучение, психологический аспект, уважение к пациенту, физическое состояние, вовлеченность семьи и друзей, преимущество оказания помощи. Опросник включает 15 вопросов, каждый вопрос кодируется для статистического анализа как дихотомический, что указывает на наличие или отсутствие проблемы. “Проблема” определяется как аспект медицинского обслуживания, который можно улучшить в глазах пациента. Содержание вопросов и аспекты оказания помощи, которые закодированы как “проблема” описаны в таблице 2.

В 2002 г. в исследовании, проведенном авторами, подтвердилась ее валидность, надежность и внутренняя согласованность [107]. Несомненным плюсом является ее простота и способность заполнить пациентом самостоятельно.

Анкета PPE – 15 активно применяется в ряде стран. В частности по этому опроснику были опрошены пациенты, поступившие в больницы скорой помощи пяти стран: Англии, Германии, Швеции, Швейцарии и США, в табл. 3 [107]. По данному опроснику были опрошены пациенты, госпитализированные в госпиталь скорой помощи пяти стран: Англии, Германии, Швеции, Швейцарии и США. Данные представлены в таблице 3

Доля пациентов, указавших на “проблему” по каждому из вопросов анкеты PPE-15 в разных странах, %

Англия	Швейцария	Швеция	Германия	США
28,1	12,7	21,6	17,5	23,9
24,1	10,9	15,3	13,0	28,7
23,3	14,6	17,7	15,4	17,9
15,1	5,1	8,2	11,7	15,9
34,1	17,8	35,7	23,7	23,6
32,6	18,6	31,2	26,2	32,4
30,6	17,6	28,6	27,6	33,5
29,7	11,4	13,6	10,0	12,5
59,3	35,5	53,3	45,9	36,9
20,1	9,0	11,1	12,9	17,3
32,8	15,2	14,1	17,3	27,6
38,3	16,7	22,0	27,8	25,5
23,2	11,1	16,5	16,5	13,7
35,8	31,2	44,4	31,5	29,4
59,9	33,8	46,7	44,2	31,9

По данным исследования С. Jenkinson с соавт. в 2002 г. наиболее важными детерминантами достижения удовлетворенности пациентов являются все аспекты по анкете PPE -15 («физический комфорт», «эмоциональная поддержка или психологический аспект» и «уважение к предпочтениям пациента»), за исключением пункта «информирования и образования» [106]. Данные литературы свидетельствуют, что большинство пациентов удовлетворены оказываемым медицинским уходом за ними [79,106,109].

Опросник оценки качества медицинского обеспечения «Анкета по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях», разработанный в Российской Федерации и утвержденный приказом от 2015 г., не стандартизован, нет доступа к методологии ФСО по его разработке. Оценка степени валидности, надежности и чувствительности российского инструмента так же затруднительна. Рекомендательный характер анкеты приводит к тому, что в каждом регионе

исследования уровня удовлетворенности проводятся с использованием различных методов [9].

Поэтому для получения качественной обратной связи особенно важно использовать высокочувствительный, надежный и валидный опросник [66].

Проведение опроса пациентов посредством специальных анкет дает представление о качестве их жизни, определение которого важно, т.к. субъективное мнение пациента его состоянии здоровья может отличаться от оценки медицинского персонала, особенно болевого синдрома. Опросники помогают выявить эти отличия в рутинной клинической практике.

Так же как в предыдущем разделе все описанные переменные факторы представлены в таблице 4.

Таблица 4

Переменные факторы удовлетворенности после тотального ЭП ТБС

Факторы	Влияние на удовлетворенность
Анестезия	± СВ
Хирургический доступ	Нет влияния
Хирургический разрез	± СВ
Способ фиксации импланта	± СВ
Послеоперационная реабилитация	+ ПВ (активная послеоперационная реабилитация) + ПВ (предоперационное обучение о послеоперационной реабилитации)
Послеоперационные осложнения	± СВ
Опыт и впечатления пациентов	+ ПВ
Предоперационное информирование	+ ПВ

Обозначения: ±СВ – сомнительное влияние, +ПВ – положительное влияние.

1.10 Резюме

Несмотря на то, что были сделаны существенные шаги в развитии технологий эндопротезирования, направленные на уменьшение болевого синдрома и улучшение функции сустава, дальнейший прогресс в этой области в ближайшее десятилетие вряд ли сможет существенно повлиять на удовлетворенность пациентов. Поэтому во всем мире растет понимание необходимости адекватной оценки удовлетворенности пациентов. Это направление является неотъемлемой частью растущей тенденции оценки результатов операции пациентом, так же как и хирургом. Совсем недавно Грэхем с соавт. подчеркнул необходимость в большем количестве публикаций посвященных этой теме в ортопедической литературе. Авторы отметили, что измерение удовлетворенности может стать ключевой мерой качества в изменяющемся климате системы здравоохранения. Удовлетворенность пациентов может оцениваться как в контексте качества оказания медицинской помощи, так и в отношении результатов лечения. Инструменты по исследованию удовлетворенности помогут определить ценность медицинского вмешательства так же хорошо как оценить качества медицинского ухода в медицинском учреждении [89,161]

Оценка ожиданий пациентов в ортопедии и их выполнение после операции так же является очень актуальным инструментом для измерения, который в последнее время активно исследуется, особенно после такой операции как тотальное эндопротезирование сустава. На сегодняшний день немало исследований, которые сосредоточены на выявлении факторов влияющих на ожидания больных перед операцией [127,140,182] на исполнение этих ожиданий в полной мере после операции [93,126,154,159] и, определением детерминантов удовлетворенности пациентов результатами эндопротезирования крупных суставов [40,129,145], которая может предложить новые перспективы улучшения качества оказания помощи больным. В ТЭП ТБС повышение удовлетворенности может быть достигнуто изучением этих двух групп. Понимание

предоперационных факторов, связанных с удовлетворенностью поможет хирургам при консультировании пациентов для того, чтобы попытаться смягчить некоторые из них, которые могут негативно повлиять на показатель удовлетворенности после операции. Также оценка ожиданий пациентов и оценка предикторов удовлетворенности позволит хирургам лучше выбирать кандидатов для оперативного лечения. Значимость оценки исходов пациентом является составной частью современной пациент-ориентированной модели оказания медицинской помощи, но, если данные о пациентах должны использоваться для улучшения медицинской помощи, они должны быть оценены надежным, валидным и применимым на практике способом [66].

В России проблема ожиданий пациентов и их удовлетворенности операцией тотального эндопротезирования тазобедренного сустава является новой, поскольку практически не используются инструменты, позволяющие исследовать эти показатели, а зачастую удовлетворенность пациентов трактуется на основании шкалы Harris или шкал оценки качества жизни, что не является показателем удовлетворенности пациента результатами операции [13,14]. Так же отсутствует единый национальный регистр артропластики, что затрудняет объективизацию реальной эффективности данных хирургических вмешательств [28].

Таким образом, назрела необходимость глубокого анализа ожиданий, удовлетворенности пациентов и их качества жизни после эндопротезирования тазобедренного сустава в России, поскольку по данным ранних исследований этнокультурные особенности населения и различия в системах здравоохранения разных стран могут вносить вклад в предпочтения пациентов в отношении их здоровья и влиять на их удовлетворенность [111,117,164].

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

2.1 Структура диссертационного исследования

Материалом для исследования послужили медицинская документация, данные лучевой диагностики и клинического осмотра 1015 пациентов, госпитализированных с показаниями к первичному эндопротезированию тазобедренного сустава на отделения ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России в период с 2015 по 2018 г.

Работа осуществлялась по нескольким направлениям, которые сформировались в соответствии с изучаемыми показателями (анализ ожиданий пациентов, их удовлетворенность качеством медицинской помощи, удовлетворенность результатом лечения через 3 и через 12 месяцев, оценка динамики показателей) (рис. 1).

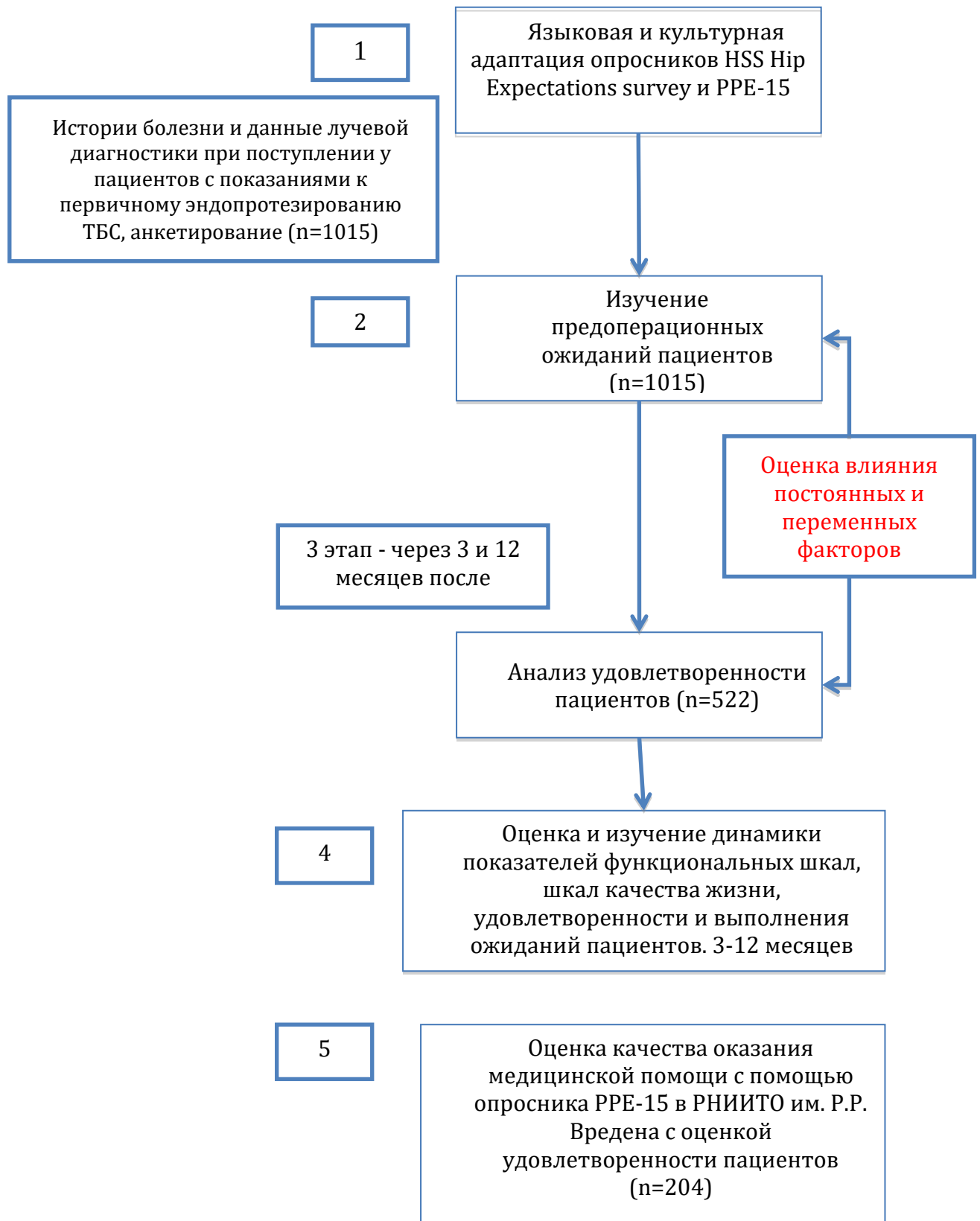


Рисунок 1 Этапы диссертационного исследования

Для начала сбора материала исследования было необходимо провести языковую и культурную адаптации иностранных анкет HSS Hip Expectations Survey и PPE-15. На данном этапе исследования были привлечены лингвисты с медицинским образованием и эксперты – врачи ортопеды, свободно говорящие на английском языке. Следующая часть исследования включала изучение предоперационных ожиданий 1015 пациентов и анализ факторов, влияющих на них. Целью являлось оценка ожидания пациентов перед операцией первичного эндопротезирования тазобедренного сустава с помощью адаптированной анкеты HSS Hip Expectations Survey и влияние на них социо-демографических факторов, предоперационных функциональных данных и качества жизни пациентов.

Через 3 (n=797) и 12 (n=710) месяцев после операции был проведен всесторонний анализ влияния различных пред- и послеоперационных факторов на показатели удовлетворенности пациентов и выполнение их ожиданий от оперативного лечения. В дальнейшем проводилась оценка динамики показателей функциональных шкал, шкал качества жизни, удовлетворенности и степени выполнения ожиданий пациентов (n=522). По аналогии с другими исследованиями показатели шкалы интерпретировали по следующей градации: (0-20 – не удовлетворен абсолютно, 21-40 – скорее не удовлетворен) – отнесли к неудовлетворенным, (41-59 – нейтрально, 60-79 – скорее удовлетворен, 80-100 – полностью удовлетворен) – к удовлетворенным результатами операции [148]. Отдельной частью исследования была оценка качества оказания медицинской помощи в условиях специализированного стационара ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России с использованием адаптированной версии опросника PPE-15 и оценкой удовлетворенности у 204 пациентов и степени готовности рекомендовать данное лечебное учреждение своим родным и близким.

2.2 Методология языковой и культурной адаптации опросников ожиданий пациентов HSS Hip Replacement Expectations Survey и оценки впечатлений пациента Пикера (PPE-15)

Валидность (от англ. validity – действенность, обоснованность) – показатель того, насколько хорошо предлагаемый тест определяет то, для чего он предназначен. Доказано, что оригинальный опросник HSS Hip Replacement Expectations Survey и анкета The PPE-15 (the Picker patient experience questionnaire) являются валидными инструментами [107,127]. Для сохранения валидности опросников были выполнены прямой и обратный переводы с последующей экспертной оценкой различий, сформирована и апробирована на 30 пациентах тестовая версия анкет с оценкой их надежности.

Для того чтобы любой иностранный опросник получил право на использование в исследованиях, необходимо соблюдать условия выполнения процедуры адаптации в соответствии с международными стандартами [48].

Для решения этой задачи мы следовали определенной схеме:

1. Этапы языковой и культурной адаптации:

Перевод с английского языка на русский (2 независимых переводчика) > I промежуточная версия > Обратный перевод на английский язык (2 независимых переводчика) > II промежуточная версия > Сравнение оригинальной и переведенной с русского (II промежуточной) версий и корректировка различий > Пилотное тестирование (претестинг) > Окончательная версия оценивалась статистически с помощью критериев α -Кронбаха и test-retest. Ретестовая надежность оценивалась с использованием внутриклассового коэффициента корреляции (ICC), внутренняя согласованность оценивалась с помощью критерия α -Кронбаха. Первоначально было получено разрешение автора опросника на проведение процесса проверки и дальнейшего использования анкеты в российской популяции. Согласно алгоритму проведена языковая и культурная адаптация оригинала опросника (см. табл. 1).

Первый и второй этапы. Проведен независимый прямой перевод анкеты двумя переводчиками (ортопедами) – носителями русского языка, свободно владеющими английским языком (с английского на русский). Далее в присутствии обоих переводчиков и еще одного независимого эксперта, который не участвовал в переводе, создается промежуточная русская версия опросника, суть которого заключалась в урегулировании некоторых различий между двумя переводами.

Третий и четвертый этапы. Проведен независимый перевод анкеты на английский язык двумя переводчиками, носителями английского языка, свободно владеющими русским языком (с русского на английский). Далее, в присутствии обоих переводчиков и еще одного независимого эксперта, аналогично прямому переводу, была создана промежуточная версия опросника на английском языке. Далее в присутствии всех переводчиков, участвовавших в прямом и обратном переводах, был проведен сравнительный анализ оригинала анкеты с полученной версией опросника. На этом этапе проводилось орфографическое и грамматическое редактирование.

Пятый этап. Претестинг – пилотное исследование, которое заключается в интервьюировании больных и децентеринге опросника. Децентеринг – внесение изменений в опросник по результатам тестирования. По данному опроснику было протестировано 30 пациентов, госпитализированных в РНИИТО им. Р.Р. Вредена с патологией тазобедренного сустава. Анализ результатов претестинга позволяет максимально приблизить концепцию опросника к культурным и языковым традициям и особенностям популяции [54,56,119].

Для оценки качества оказания медицинской помощи мы посчитали целесообразным использование опросника оценки впечатлений пациентов Пикера (PPE-15), поскольку, вопросы в отечественном опроснике носят общий смысл, без уточнения деталей оказания лечебного процесса. Соответственно стандартам, данный опросник аналогично опроснику ожиданий был подвергнут этапам языковой и культурной адаптации. Аналогично представленной схеме были выполнены этапы языковой адаптации данного опросника.

2. Исследование надежности для опросника PPE-15 и HSS Hip Replacement Expectations Survey:

Надежность переведенного опросника PPE-15 оценивалась методом теста-ретеста в проспективной группе из 30 пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, поступивших в плановом порядке на ортопедическое отделение РНИИТО им. Р.Р. Вредена. Средний возраст составил 58,8 года (от 36 до 70 лет).

Для исследования надежности опросника HSS Hip Replacement Expectations Survey проспективную группу составили 30 пациентов, поступивших в клинику РНИИТО им. Р.Р. Вредена с показаниями к первичному эндопротезированию тазобедренного сустава. Средний возраст составил 53,7 года (от 31 до 68 лет).

Пациенты исследуемой когорты перед операцией подвергались двукратному тестированию адаптированной версией опросника. Интервал между первым и вторым анкетированием для обоих опросников составил 3–7 дней (95%; ДИ 3,1–4,2).

Статистические расчеты проводились в программном обеспечении IBM SPSS Statistics Base 22.0. Ретестовая надежность (test-retest) оценивалась с использованием внутриклассового коэффициента корреляции (ICC), а внутренняя согласованность – с помощью критерия α -Кронбаха.

2.3 Анализ предоперационных ожиданий пациентов и регистрация исходных клинико-рентгенологических характеристик пациентов

При госпитализации в РНИИТО им. Р.Р. Вредена в период с ноября 2015 по октябрь 2017 г. было опрошено 1015 пациентов с показаниями к тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава. Критериями включения были предстоящее первичное эндопротезирование тазобедренного сустава, а также способность пациентов дать информированное согласие на исследование. Пациенты были исключены из исследования, если они отказались или не были способны по состоянию здоровья самостоятельно заполнять анкеты. Согласно

требованию комитета по этике необходимо, чтобы пациенты имели, по крайней мере, 24 часа для принятия решения об участии в исследовании. Поэтому пациенты, которым планировалось оперативное вмешательство на следующий день после госпитализации, также были исключены из исследования. Опрос перед операцией производился с использованием анкет оценки функционального статуса Oxford Hip Score (OHS) (0-48 баллов, 0 худшее функциональное состояние, 48 – лучшее), Harris Hip Score (HHS), оценки качества жизни EuroQol-5D (EQ-5D) (-0.5 – 1.0 баллов, -0.5 – наихудшее состояние здоровья, 1.0 – наилучшее состояние здоровья), степень болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (100 бальная шкала) и ожиданий пациентов Hospital for Special Surgery (HSS) для оценки наиболее частых ожиданий от операции первичного эндопротезирования тазобедренного сустава. Пациенту предлагалось отметить те из них, которые в наибольшей степени отражают их ожидания от результата проведенной операции по замене сустава. Все пациенты в зависимости от количества выбранных ожиданий были поделены условно на три группы: с низкими ожиданиями от операции (от 0–40% пунктов ожиданий) – 86 чел, со средними ожиданиями (от 41–70%) – 196 и с высокими ожиданиями (71–100%) – 731 пациента.

Также пациенты перед операцией проходили плановую предоперационную подготовку, включая первичный осмотр лечащего хирурга. Фиксировались исходные характеристики пациентов (пол, возраст, рост, вес, ИМТ по классификации ВОЗ, социальный статус (работает или не работает)), сопутствующая патология по шкале American Society of Anaesthesiologists (ASA), сопутствующая ортопедическая патология (боли в смежных коленных и тазобедренных суставах, наличие или отсутствие болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника), время от начала дебюта болевого синдрома в тазобедренном суставе в годах и разность в длине обеих нижних конечностей в сантиметрах. Как вероятный фактор, который мог повлиять на предоперационные ожидания пациентов, мы выделили пациентов с односторонним

эндопротезированием тазобедренного сустава и двусторонним, которым в анамнезе было выполнено эндопротезирование с противоположной стороны.

Диагнозы устанавливались по этиологическому признаку на основании данных рентгенограмм, выполненных в РНИИТО им. Р.Р. Вредена. В соответствии с этим пациенты были поделены на две группы: с первичным коксартрозом (идиопатическим) и вторичными дегенеративными изменениями вследствие диспластических изменений вертлужной впадины, феморо-ацетабулярного импинджмента, асептического некроза головки бедренной кости, посттравматических изменений в тазобедренном суставе, системных заболеваний опорно-двигательного аппарата (ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, гетеротопические оссификаты (рис. 2).

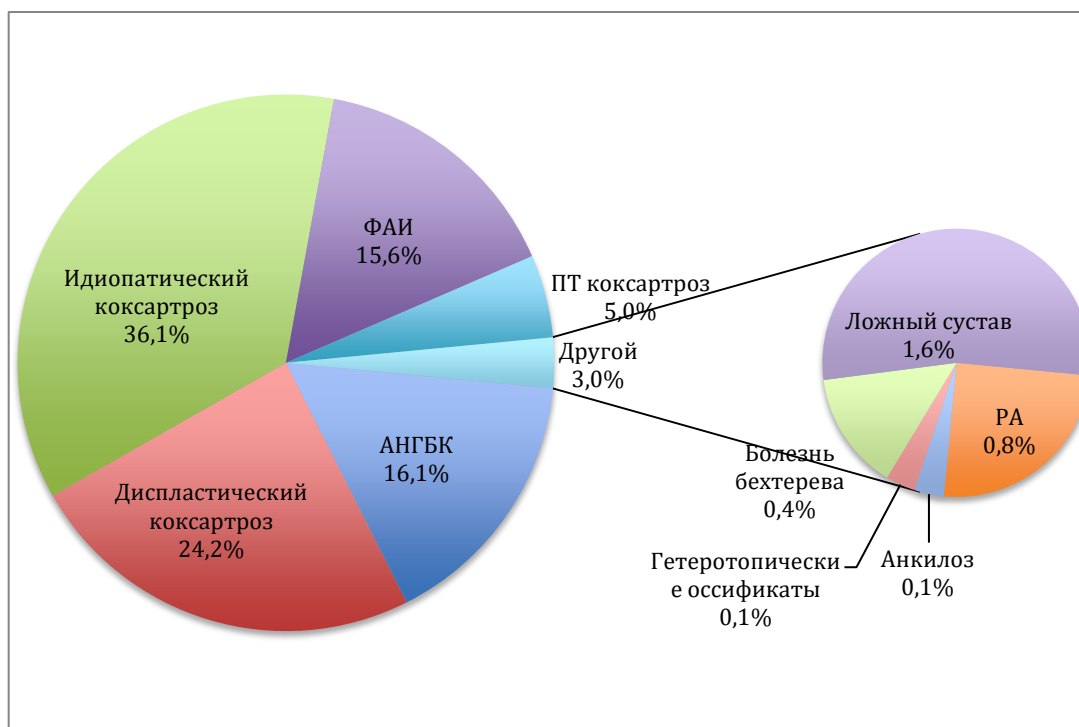


Рисунок 2 Распределение пациентов по диагнозам

Все факторы, влияние которых на предоперационные ожидания оценивали, были поделены условно на две категории: постоянные и переменные.

Постоянные факторы:

- пол,
- возраст,
- ИМТ
- рост,
- вес,
- диагноз,
- сопутствующая патология по шкале ASA,
- боли в поясничном отделе позвоночника, боли в смежных суставах (коленные, противоположный тазобедренный сустав),
- социальный статус (работает или не работает),
- разница в длине нижних конечностей в см,
- одностороннее эндопротезирование или двустороннее (пациенты, которым ранее выполнялось эндопротезирование на противоположной стороне).

Переменные факторы:

- функциональный статус по шкале OHS (Oxford Hip Score),
- качество жизни по анкете EQ-5D (EuroQol-5-dementions 5L),
- качество жизни по шкале EQ5D VAS,
- функциональный статус по шкале HHS (Harris Hip Score),
- болевой синдром по визуально-аналоговой шкале.

Оценивалось влияние перечисленных выше факторов на ожидания пациентов перед предстоящим вмешательством в трех группах и в генеральной совокупности выборки.

В исследуемую выборку вошли 637 пациентов женского пола, 378 – мужского. Средний возраст составил 56,7 (ДИ 95% 56 - 57,5), средний ИМТ - 29,2 (ДИ 95% 28,8 - 29,7) рис. 3, что соответствует избыточной массе тела. Средн. возраст мужчин составил 54,6 года (ДИ 95% 53,2 – 55,9) и женщин - 58,1 лет (ДИ 95% 57,1 – 59,1).

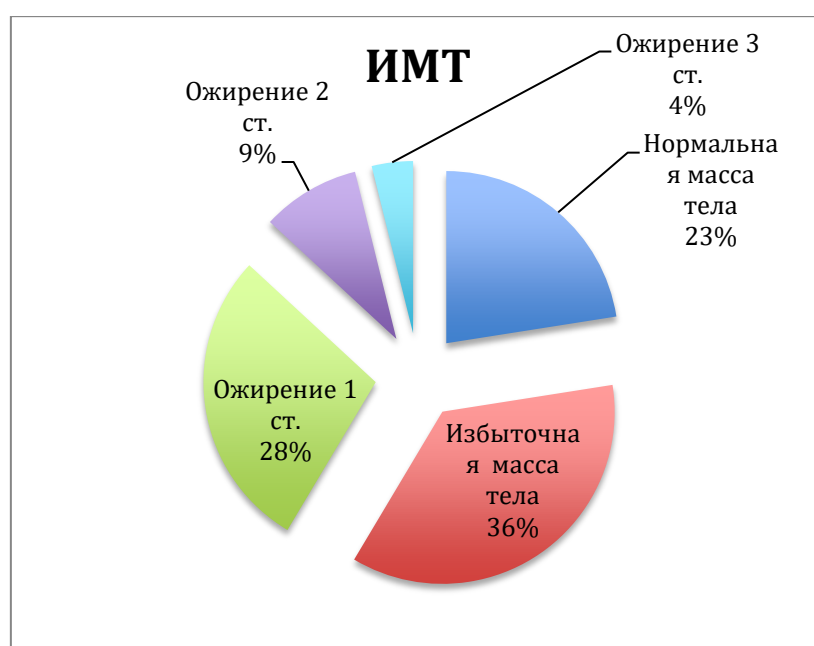


Рис. 3 Распределение пациентов по индексу массы тела

2.4 Анализ влияния пред- и послеоперационных факторов на показатель удовлетворенности пациентов через 3 и 12 месяцев после операции

Через три месяца был осуществлен повторный опрос 797 пациентов: 508 женского пола, 289 – мужского. Средний возраст пациентов составил 56,9 лет (ДИ 95% 56,04–57,87), средний ИМТ – 29,12 (ДИ 95% 28,66–29,58) , что соответствует избыточной массе тела.

Через 12 месяцев были собраны данные у 710 пациентов: 403 женского пола, 307 – мужского. Средний возраст – 56,3 лет (ДИ 95% 55,23–57,25), средний ИМТ – 29,27 (ДИ 95% 28,79–29,75), что так же соответствует избыточной массе тела. Количество пациентов, которые заполнили анкеты через 3 и 12 месяцев, составило 522 человека.

Для облегчения сбора контрольных результатов после операции использовался многофункциональный сервис для проведения опросов Testograf.ru. Данные анкет были загружены в Интернет. По прошествии необходимого срока пациентам предлагалось перейти по ссылке на анкеты с помощью СМС оповещения или после предварительного согласования по телефонному звонку с просьбой самостоятельно заполнить анкеты. Таким образом, это позволило максимально объективизировать результаты опроса.

Несколько ссылок для образца: Ohs.testograf.ru, Eq5d.testograf.ru

Сервисная служба располагается на территории РФ. Система сбора данных соответствуют федеральному закону № 152-ФЗ «О персональных данных», федеральному закону № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части уточнения порядка обработки персональных данных в информационно-телекоммуникационных сетях». Сервис находится в реестре, который Минкомсвязь России создало в соответствии со статьей 12.1 Федерального закона №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» с целью расширения использования российских программ, подтверждения их происхождения и поддержки правообладателей.

Опрос после операции так же производился с использованием анкет оценки функционального статуса Oxford Hip Score (OHS) (0-48 баллов, 0 худшее функциональное состояние, 48 – лучшее), Harris Hip Score (HHS), оценки качества жизни EuroQol-5D (EQ-5D) (-0.5 – 1.0 баллов, -0.5 – наихудшее состояние здоровья, 1.0 – наилучшее состояние здоровья), степень болевого синдрома оценивалась по визуально-аналоговой шкале (0 – боли нет, 100 – невыносимая боль). Также шкала боли интерпретировалась с помощью общепринятой

методики 0-4 мм – нет боли, 5-44 – слабая боль, 45-74 – умеренный болевой синдром, 75-100 – выраженная боль [110, 96]. Выполнение ожиданий пациентов оценивали с помощью анкеты Hospital for Special Surgery (HSS) для регистрации наиболее частых ожиданий, которые оправдываются после операции первичного эндопротезирования тазобедренного сустава. Подробное описание методики оценки и интерпретации данных опросника описаны в предыдущем блоке раздела «Материалы и методы». Пациенту предлагалось отметить те ожидания, которые были оправданы или выполнены в результате проведенной операции по замене сустава. Оценка удовлетворенности пациентов производилась по визуально-аналоговой шкале (0 – абсолютно удовлетворен, 100 – абсолютно не удовлетворен). К неудовлетворенным мы отнесли пациентов, которые указали по ВАШ балл выше 60.

Оценивалось влияние на показатель удовлетворенности характеристик пациентов (пол, возраст, рост, вес, ИМТ по классификации ВОЗ, социальный статус (работает или не работает)), влияние сопутствующей патологии по шкале American Society of Anaesthesiologists (ASA), сопутствующей ортопедической патологии (боли в смежных коленных и тазобедренных суставах, наличие или отсутствие болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника). Проводился анализ влияния времени от начала дебюта болевого синдрома в тазобедренном суставе в годах и разности в длине обеих нижних конечностей в см до и после операции по данным рентгеновских снимков в программе Nogos v2.2.0. Как вероятный фактор, который мог повлиять на удовлетворенность пациентов, мы выделили пациентов, которым эндопротезирование тазобедренного сустава выполняется впервые, и которым в анамнезе было выполнено эндопротезирование с противоположной стороны.

Еще одним фактором мы считали способ реабилитации пациентов (самостоятельные занятия дома при помощи методических руководств, амбулаторно в поликлинике или санаторно-курортное лечение). Степень предоперационных ожиданий нами выделялась как отдельный фактор, который

может оказывать влияние на степень их выполнения после операции и соответственно на удовлетворенность результатом лечения.

Часть пациентов после анкетирования с помощью перечисленных опросников в зависимости от их исходного состояния, функционального статуса, степени выраженности хромоты и болевого синдрома перед операцией мы подробно информировали об особенностях и возможностях оперативного вмешательства, о вероятности совпадения или несовпадения их ожиданий, о сроках реабилитации для того, чтобы выделить «информирование» перед операцией как отдельный фактор.

Еще в одну группу факторов мы выделили особенности оперативного вмешательства. Факторы анестезии мы разделили на 3 группы.

Первой группе пациентов эндопротезирование выполнялось исключительно под спинномозговой анестезией (СМА) с использованием ропивакаина. Во второй группе сочетали СМА и внутривенное введение лекарственных веществ, способствующих отключению сознания пациентов во время операции. В третьей группе пациентов помимо СМА с целью пролонгирования обезболивающего эффекта после операции на два-три дня либо устанавливался эпидуральный катетер (каждый час после операции в течение 2-3 суток через катетер вводили 0,2% ропивакаина), либо выполнялась проводниковая анестезия 0,2% ропивакаином 30 мл. Пациентам выполнялось оперативное вмешательство через мини-инвазивные доступы (MIS), стандартные доступы Хардинга и задние доступы. Учитывался способ фиксации ножки эндопротеза в костномозговом канале бедренной кости. Фиксация вертлужного компонента не регистрировалась, поскольку она выполнялась по технологии press-fit без использования цемента. Объем оперативного вмешательства ограничивался стандартным эндопротезированием, пациентам с тяжелыми формами диспластического коксартроза было выполнено эндопротезирование с укорачивающей остеотомией по Паавилайнену.

Все факторы, включенные для оценки их влияния на удовлетворенность, были также условно поделены на две категории: постоянные и переменные.

Постоянные факторы:

- пол,
- возраст,
- ИМТ,
- рост,
- вес,
- диагноз,
- сопутствующая патология по шкале ASA,
- боли в поясничном отделе позвоночника, боли в смежных суставах (коленные, противоположный тазобедренный сустав),
- социальный статус (работает или не работает),
- разница в длине нижних конечностей в см,
- одностороннее эндопротезирование или двустороннее (пациенты, которым ранее выполнялось эндопротезирование на противоположной стороне),
- наличие в анамнезе оперативных вмешательств на оперируемом суставе.

Переменные факторы:

- функциональный статус по анкете OHS (Oxford Hip Score),
- качество жизни по анкете EQ-5D (EuroQol-5-dementions 5L),

- качество жизни по шкале EQ5D VAS,
- функциональный статус по анкете HHS (Harris Hip Score),
- болевой синдром по визуально-аналоговой шкале,
- предоперационные ожидания по анкете HSS Hip Replacement Expectation Survey,
- способ восстановления после операции (самостоятельно с помощью методических пособий, амбулаторно в поликлинике, в санатории под руководством врача ЛФК),
- информирование с помощью буклета для пациентов,
- особенности оперативного лечения:
 - объем оперативного вмешательства,
 - факторы анестезии,
 - хирургический доступ,
 - кровопотеря,
 - длительность операции,
- рентгенографические показатели:
 - угол инклинации,
 - разница в длине нижних конечностей после операции в см,
 - тип эндопротеза,
 - способ фиксации ножки эндопротеза (цементное или бесцементное).

2.5 Анализ качества оказания медицинской помощи в условиях специализированного стационара при помощи опросника PPE-15 с оценкой удовлетворенности пациентов

Проспективно была исследована группа из 210 пациентов, госпитализированных в РНИИТО им. Р.Р. Вредена с разной ортопедической патологией в период с октября по декабрь 2017 года. Перед выпиской из стационара пациентам предлагалось заполнить опросник PPE-15 (Picker Patient Experience Questionnaire). Опросник включает 15 вопросов, каждый из которых кодируется для статистического анализа как дихотомический, что указывает на наличие или отсутствие проблемы. “Проблема” определяется как аспект медицинского обслуживания, который можно улучшить в глазах пациента. Суммарное количество рассчитывается в процентном соотношении (0 – нет проблем ни в одном из аспектов, 100 – наличие проблемы во всех доменах). Все вопросы сгруппированы в 7 доменов: информирование, согласованность, психологический аспект, уважение к пациенту, физическое состояние, вовлеченность семьи и друзей, преемственность оказания помощи. Содержание вопросов представлено в таблице 1.

Также в дополнение к опроснику фиксировались следующие показатели: возраст, пол, социальный статус (работает или не работает), количество койко-дней до и после операции, выраженность болевого синдрома по ВАШ, удовлетворенность по ВАШ. В конце пациентов просили ответить на вопрос: “Порекомендовали бы вы вашим родным и близким лечение в нашем стационаре?”

2.6 Статистическая обработка данных

Для оценки степени надежности переведенных и адаптированных на русский язык версий анкет HSS Hip replacement expectations survey и PPE-15 статистические расчеты проводились в программном обеспечении IBM SPSS

Statistics Base 22.0. Ретестовая надежность (test-retest) оценивалась с использованием внутриклассового коэффициента корреляции (ICC), а внутренняя согласованность – с помощью критерия α -Кронбаха. Ожидания пациентов оценивались в процентном соотношении от общего числа больных. Результаты домена EQ-5D-5L были использованы для расчета общего состояния здоровья по визуальной аналоговой шкале (VAS) согласно установленному значению UK VAS.

Обработка информации производилась с использованием программы STATISTICA for Windows (версия 10 Лиц. BXXR310F964808FA-V).

Сопоставление частотных характеристик (пол, социальный статус, наличие болей в спине и т.п.) качественных показателей проводилось с помощью непараметрических методов χ^2 , χ^2 с поправкой Йетса (для малых групп), критерия Фишера.

Сравнение количественных параметров (возраст, шкалы...), в исследуемых группах осуществлялось с использованием критериев Манна – Уитни, медианного хи-квадрат и модуля ANOVA. Влияние качественных показателей с более чем двумя значениями (например, боли в смежных суставах, диагноз, ИМТ и т.д.) было исследовано с помощью теста Краскелла – Уоллиса.

Оценка изучаемых показателей в динамике после проведенного лечения и в катамнезе выполнялась с помощью критерия знаков и критерия Вилкоксона

Для характеристики влияния различных пред- и послеоперационных факторов на удовлетворенность были вычислены коэффициенты корреляции Спирмена, интерпретация коэффициента корреляции основывалась на шкале Чеддока [34].

Оценка влияния наличия или отсутствия «проблемы» по каждому из доменов в анкете Пикера на удовлетворенность производилась с помощью критерия Стьюдента.

Часть информации обрабатывалась с использованием пакета статистической обработки данных PAST v. 3.14.

ГЛАВА 3. ПЕРВИЧНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА: ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ВЛИЯЮЩИЕ НА НИХ ФАКТОРЫ

3.1 Языковая и культурная адаптация опросника ожиданий Hip Replacement Expectation Survey (HNS)

Анкета Hip Replacement Expectation Survey (HNS) состоит из 18 пунктов ожиданий пациентов от предстоящей операции. Ответы ранжируются от 1 до 5 баллов: 1 – норма или полное выздоровление, 2 – почти полное восстановление, 3 – умеренное улучшение, 4 – незначительное улучшение, 5 – данное ожидание не относится ко мне или я его не рассматриваю. Суммарное количество баллов, которое респондент может получить, колеблется от 1 до 90. Расчет осуществляется в процентах следующим образом:

полученное количество баллов / 90 * 100.

Чем выше балл, тем больше пациент ожидает получить в результате проведенной операции. Разработчик вопросника была проинформирована и дала согласие на русский перевод анкеты ожиданий (Кэрол А. Манкузо, доктор медицинских наук, Госпиталь специальной хирургии). Опросник в оригинальном виде представлен на рисунке 4.

HOSPITAL FOR SPECIAL SURGERY

HIP REPLACEMENT EXPECTATIONS SURVEY

Please circle the number that best describes your response to each question .

How much relief or improvement do you expect in the following areas as a result of your hip replacement?

	Back to normal or complete improvement	Not back to normal, but...			I do not have this expectation, or this expectation does not apply to me
		a lot of improvement	a moderate amount of improvement	a little improvement	
Relief of daytime pain	1	2	3	4	5
Relief of pain that interferes with sleep	1	2	3	4	5
Improve ability to walk	1	2	3	4	5
Improve ability to stand	1	2	3	4	5
Get rid of limp	1	2	3	4	5
Remove need for a cane or other assistive device	1	2	3	4	5
Improve ability to climb stairs	1	2	3	4	5
Improve ability to get in or out of a bed, chair or car	1	2	3	4	5
Improve ability to perform daily activities around the home (for example, housework, gardening)	1	2	3	4	5
Improve ability to perform daily activities away from the home (for example, shopping volunteer work)	1	2	3	4	5
Eliminate need for medications	1	2	3	4	5
Be employed for monetary reimbursement	1	2	3	4	5
Improve sexual activity	1	2	3	4	5
Improve ability to exercise or participate in sports	1	2	3	4	5
Improve ability to participate in social activities or recreation	1	2	3	4	5
Improve ability to put on shoes and socks	1	2	3	4	5
Improve ability to cut toenails	1	2	3	4	5
Improve psychological well-being	1	2	3	4	5

© 1998, 2011 Hospital for Special Surgery. All Rights Reserved.

Рисунок 4 Анкета ожиданий пациентов (оригинальная англоязычная версия)

В ходе опроса пациентов отличия между первым и вторым заполнением опросника были небольшие. Большинство несоответствий было связано с синонимами британского и американского английского языка, например, переводчики вместо «assistive device» написали «mobility aids», вместо «away from home» – «outside the home», вместо «recreational activities» использовали «leisure activities», вместо «psychological well-being» – «psychological condition». Смысл вопросов в окончательной версии является корректным и совпадает со значением вопросов в оригинальной версии. При проведении алгоритма адаптации были соблюдены все стандарты, поскольку качество проведения адаптации определяет его психометрические свойства [25].

С учетом замечаний и пожеланий пациентов было проведено дополнительное редактирование опросников, в результате чего создан окончательный его вариант, пригодный к использованию в клинике (табл. 5).

Трудно сказать, почему пациенты не всегда указывали на одни и те же ожидания перед операцией. Однако коэффициент внутриклассовой корреляции (ICC) указывает на большую надежность, а коэффициент α -Кронбаха – на очень большую степень надежности опросника.

Коэффициент α -Кронбаха для опросника HSS Hip Replacement Expectations Survey – 0,957, а внутриклассовый коэффициент корреляции (ICC) – 0,77 (ДИ 95%, 0,607–0,888).

**Госпиталь специальной хирургии. Опросник оценки ожиданий от операции
эндопротезирования тазобедренного сустава (HSS Hip Replacement Expectations
Survey). Окончательная версия**

Пожалуйста, обведите номер, который лучше всего описывает ваш ответ на каждый вопрос.
Какое облегчение или улучшение вы ожидаете в результате операции по замене тазобедренного
сустава по следующим пунктам?

	Будет как в норме или полное выздоров- ление	Не как в норме, но ...			Данное ожидание не относится ко мне или я его не рассматриваю
		Почти полное восстанов ление	Умеренное улучшение	Незначительное улучшение	
Уменьшится боль в дневное время	1	2	3	4	5
Уменьшится боль в ночное время	1	2	3	4	5
Улучшение способности ходить	1	2	3	4	5
Улучшение способности стоять	1	2	3	4	5
Избавление от хромоты	1	2	3	4	5
Отказ от необходимости пользова- ться тростью и др. средствами дополнительной опоры.	1	2	3	4	5
Улучшение способности подниматься по лестнице	1	2	3	4	5
Улучшение способности ложиться и вставать с постели, садиться и вставать со стула или машину	1	2	3	4	5
Улучшение способности выполнять ежедневную бытовую активность по дому	1	2	3	4	5
Улучшение способности выпол- нять ежедневную бытовую активность вне дома	1	2	3	4	5
Избавится от потребности принимать медикаменты	1	2	3	4	5
Улучшение возможности зарабатывать деньги	1	2	3	4	5
Улучшение сексуальной активности	1	2	3	4	5
Улучшение способности выполнять упражнения и заниматься спортом	1	2	3	4	5

Улучшение способности участвовать в социальной активности и активном отдыхе	1	2	3	4	5
Улучшение способности надевать носки и обувь	1	2	3	4	5
Улучшение способности подстригать ногти на ногах	1	2	3	4	5
Достигнуть психологического благополучия	1	2	3	4	5

© 1998, 2011 Госпиталь специальной хирургии. Все права защищены.

3.2 Анализ предоперационных ожиданий пациентов и влияющих на них факторов

В исследование вошло 637 (62,7%) женщин и 378 (37,2%) мужчин. Средний возраст пациентов составил 56,7 лет (ДИ 95% 56–57,5). Средний предоперационный балл по анкете OHS составил 19,2 (ДИ 95% 18,7–19,6), среднее значение по анкете качества жизни EQ-5D составило 0,371 (ДИ 95% 0,357–0,385), по визульно-аналоговой шкале состояние здоровья в среднем составило 58,3 (ДИ 95% 57,2–59,4). Выраженность боли по визуально-аналоговой шкале в среднем составила 61,3 балла (ДИ 95% 60–62,5), средняя разница в длине нижних конечностей составила «-»1,3 (ДИ 95% «-»1,4 – «+»1,2), средний балл по шкале NHS – 46,7 (ДИ 95% 45,8–47,5), средний показатель предоперационных ожиданий по анкете HSS Hip Replacement Expectations Survey – 75,5% (ДИ 95% 74–77), давность заболевания в среднем 6,3 лет (ДИ 95% 5,9–6,7). Не работали на момент госпитализации 691 пациент (239 мужского пола и 452 – женского), 324 были трудоустроены (142 мужчин и 182 женщин). Подавляющее большинство пациентов (722) впервые поступило для оперативного вмешательства по замене тазобедренного сустава, 202 пациентам в анамнезе было выполнено эндопротезирование с противоположной стороны. Распределение пациентов по диагнозам, болевому синдрому в смежных суставах и в поясничном отделе позвоночника представлено на рисунках 2,5 и 6. Среднее время первичной беседы лечащего врача с пациентом составило 15–20 мин.

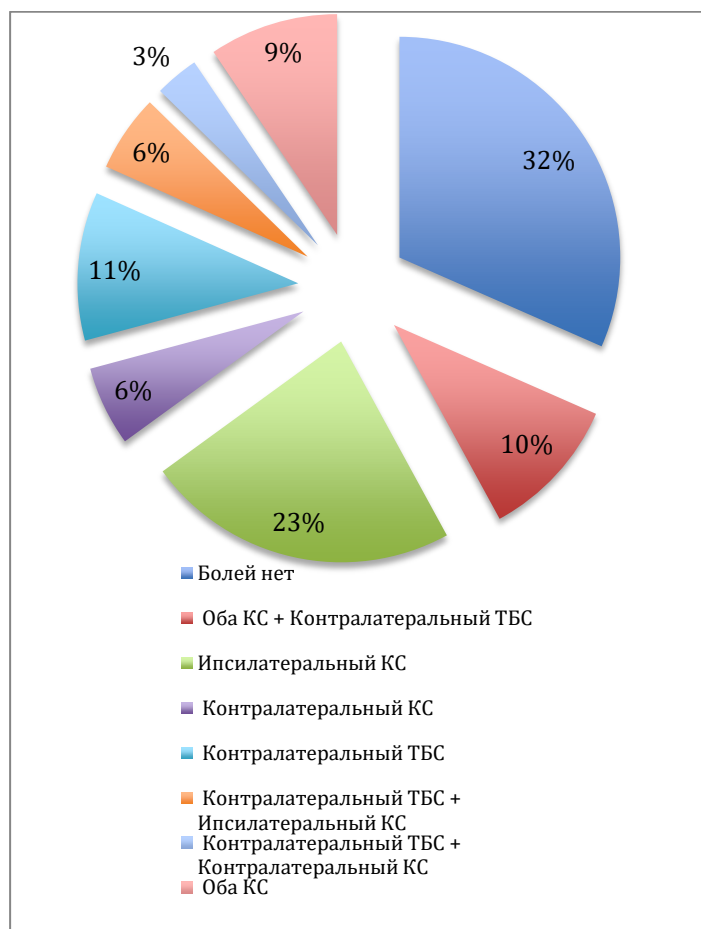


Рисунок 5. Болевой синдром в смежных суставах

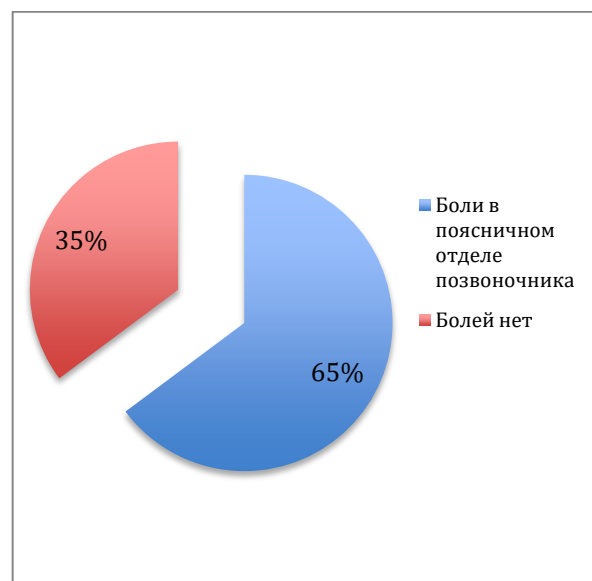


Рисунок 6. Болевой синдром в поясничном отделе позвоночника

Оказалось, что чаще всего при госпитализации, помимо оперируемого сустава, пациентов беспокоит болевой синдром в том или ином смежном суставе и всего у 32% дегенеративный процесс в тазобедренном суставе был изолированным (рис. 5). При делении групп пациентов в зависимости от дегенеративно-дистрофических процессов в поясничном отделе позвоночника (рис.6), мы получили примерно равное соотношение пациентов, только 35% из них не предъявляли жалобы на боли в нижней части спины. Однако когда мы объединили пациентов по этим двум критериям в один, как с сопутствующей ортопедической патологией и без нее, 84% пациентов вошли в группу с теми или иными сопутствующими проблемами в опорно-двигательном аппарате, и только 16% пациентов не предъявляли жалоб, кроме боли в оперируемом суставе (рис. 7).

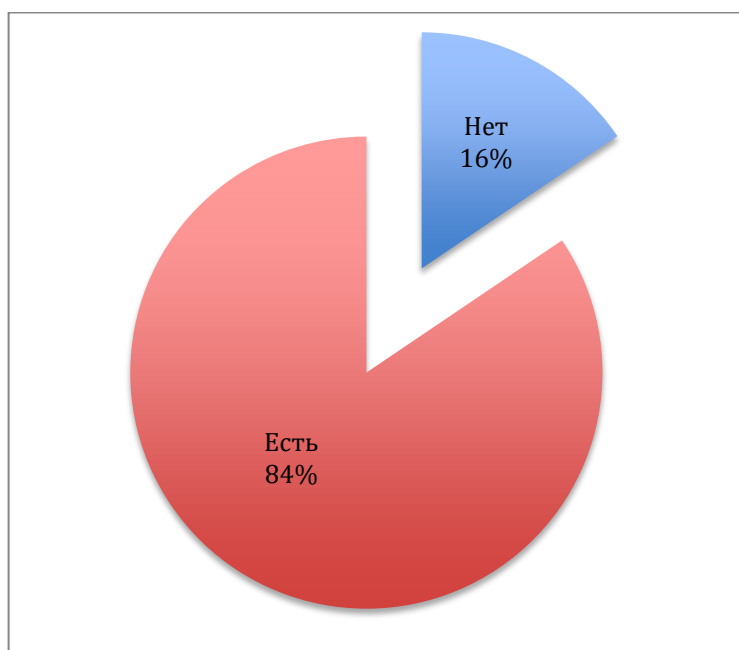


Рисунок 7. Сопутствующая ортопедическая патология

Наиболее частой патологией в представляемой выборке пациентов был идиопатический коксартроз, на втором месте – диспластический артроз тазобедренного сустава. Пациентов с фемороацетабулярным импинджментом и асептическим некрозом головки бедренной кости было относительно равное количество – 15,6% и 16,1% соответственно. Небольшую часть составили пациенты с посттравматическим артрозом тазобедренного сустава (5%), при расчетах к этой группе пациентов вы отнесли пациентов с ложными суставами шейки бедренной кости (1,6%). Единичные случаи пациентов были зафиксированы с системными заболеваниями, которые приводят к тугоподвижности суставов: гетеротопические оссификаты (0,1%), анкилозирующий спондилит или болезнь Бехтерева (0,4%), ревматоидный артрит (0,8%) (рисунок 2).

При детальном изучении болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале, оказалось, что болевой синдром больше выражен у женщин ($n=626$) и составил 64,5 балла (ДИ 95% 63 - 66), чем у мужчин ($n=372$) - 55,9 балла (ДИ 95% 53,9 -

58), $p < 0,001$ (рисунок 8). Так же, стало очевидно, что пациенты, которые указывали на сопутствующие боли в поясничном отделе позвоночника ($n=647$) отмечают по шкале ВАШ более высокие цифры болевого синдрома в оперируемом суставе 63 (ДИ 95% 61,6 – 64,5), чем в группе без болей ($n=352$) – 58 балла (ДИ 95% 55,6 – 60,3), $p < 0,001$.

Рисунок 8. Степень выраженности болевого синдрома (ВАШ) в тазобедренном суставе в группах по полу ($p < 0,001$)

Аналогичная закономерность была выявлена в отношении сопутствующего болевого синдрома в смежных суставах. У пациентов без болей ($n=316$) среднее значение болевого синдрома составила 55,4 балла (ДИ 95% 53–57,8), а в группе сравнения ($n=685$) – 60 баллов (ДИ 95% 62,5 – 65,4) (рис. 9).

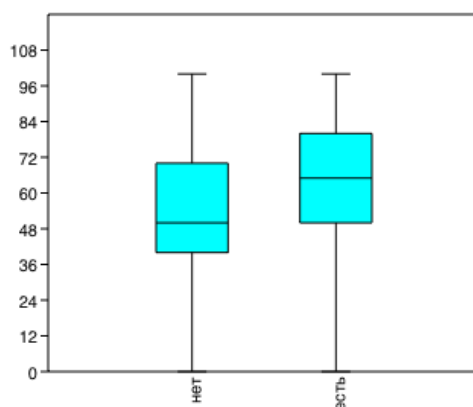


Рисунок 9. Степень выраженности болевого синдрома (ВАШ) в тазобедренном суставе в зависимости от болевых ощущений в смежных суставах ($p < 0,001$)

Наиболее частыми ожиданиями были улучшение способности к пешим прогулкам (84%) и избавление от хромоты (82%). Чуть менее востребованным ожиданием является улучшение способности подстригать ногти на ногах (79%), надевать носки и обувь (81%), улучшение способности выполнять ежедневную бытовую активность по дому – 81% пациентов, в противовес

ожиданию по улучшению способности выполнять ежедневную бытовую активность вне дома, которую обозначили только 78% опрошенных. Так же достаточно большой процент опрашиваемых пациентов ожидали улучшения способности ложиться и вставать с постели, садиться и вставать со стула или машины - 80%, улучшения способности подниматься по лестнице – 79%. Что касается купирования болевого синдрома, то уменьшение боли в дневное и в ночное время ожидали получить соответственно 69% и 76%. Отказ от необходимости пользоваться тростью и другими средствами дополнительной опоры ожидали 62% пациентов, улучшение способности стоять – 75%, избавления от потребности принимать медикаменты ожидали 60%, улучшение сексуальной активности – 30%, возможности зарабатывать деньги – 36%, улучшение способности участвовать в социальной активности и активном отдыхе – 65%, улучшение способности выполнять упражнения и заниматься спортом – 46%, достигнуть психологического благополучия – (75%) (рисунок 10).

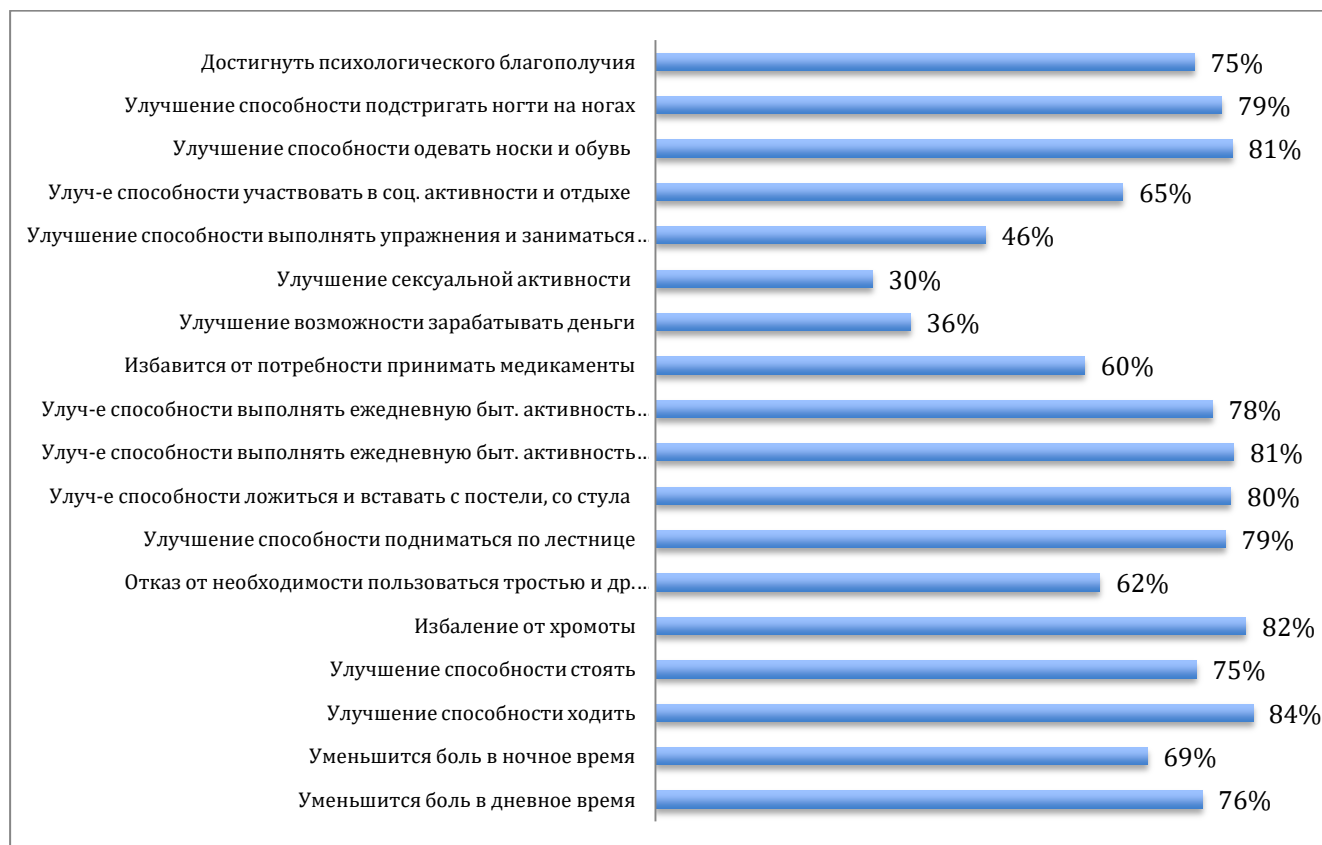


Рисунок 10. Предоперационные ожидания пациентов

Статистически значимые различия в отношении уровня предоперационных ожиданий оказались у пациентов в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей ортопедической патологии, в зависимости от социального статуса и в отношении пациентов, которым в анамнезе было выполнено эндопротезирования другого тазобедренного сустава (табл. 6).

Таблица 6

Факторы, значимо влияющие на ожидания пациентов перед оперативным вмешательством

Боли в ПОП	Нет	Есть	Статистика	р
median, SD	0,72 (SD=0,25)	0,78 (SD=0,25)	m-w 97894	=0,01
Боли в смежных суставах	нет	есть		
median, SD	0,72, (SD=0,24)	0,77, (SD=0,19)	m-w 92496	=0,01
Соц. статус	не работает	работает		
median, SD	0,75, (SD=0,21)	0,77, (SD=0,22)	m-w 95686	=0,01
Одно- и двустороннее ЭП	Одностороннее	Двустороннее		
median, SD	0,77, (SD=0,20)	0,71, (SD=0,22)	m-w 61179	<0,001

ПОП – поясничный отдел позвоночника.

Ожидания от предстоящей операции значимо завышаются у пациентов с болью в смежных коленных или тазобедренных суставах ($p=0,01$). Примечательно, что в группе пациентов без сопутствующей боли в других суставах были более высокие требования в отношении активного отдыха, занятий спортом и сексуальной активности (рис. 11).

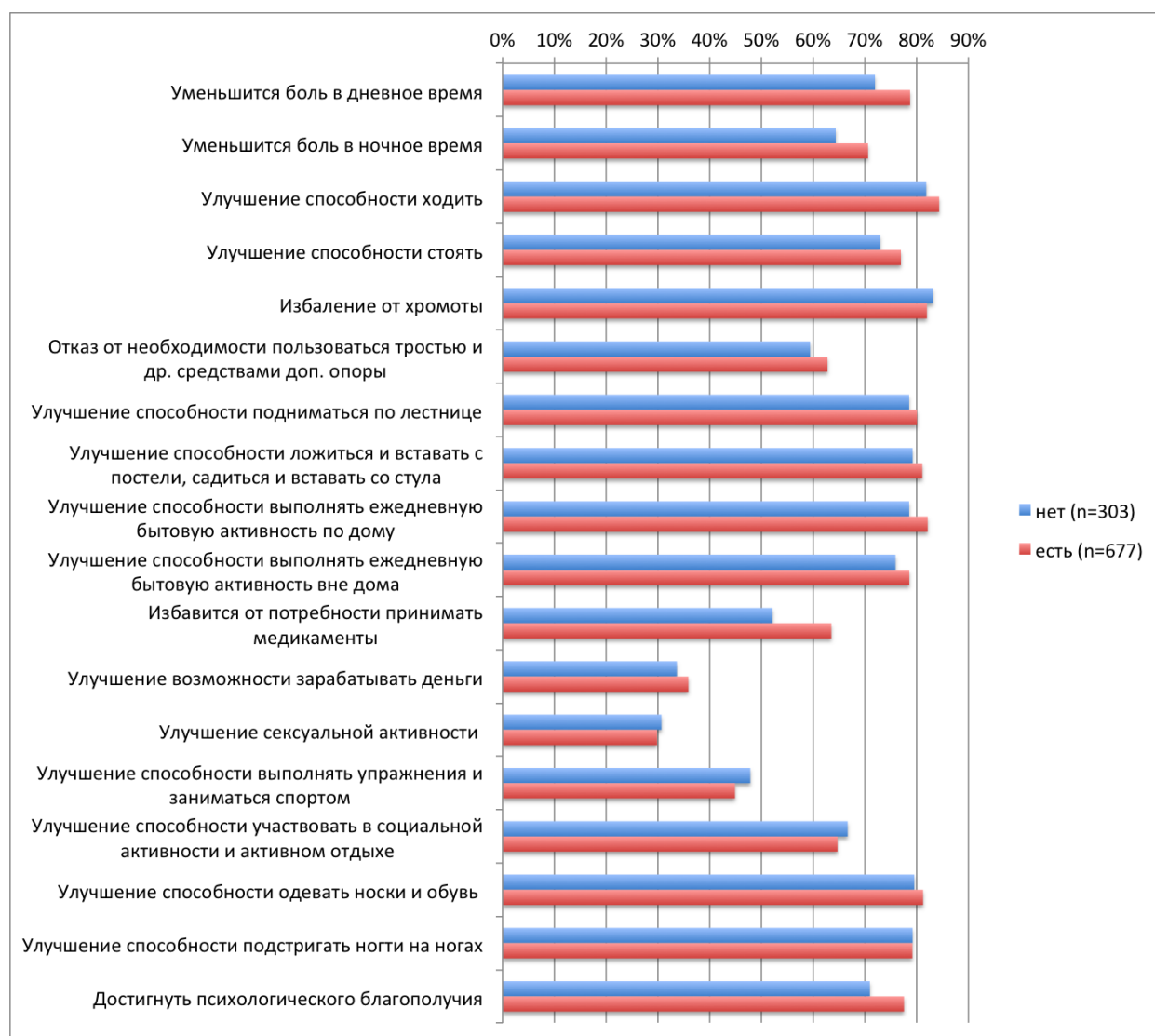


Рисунок 11. Предоперационные ожидания пациентов в зависимости от отсутствия или наличия болей в смежных суставах ($p=0,01$)

Пациенты с сопутствующим болевым синдромом в поясничном отделе позвоночника и в смежных тазобедренных и коленных суставах ожидают избавления от болевых ощущений в оперируемом тазобедренном суставе и улучшения способности самообслуживания в быту в большей степени, в чем в группе сравнения. Скорее всего, как отмечалось выше, это связано с тем, что наличие болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника и смежных суставах усиливает болевой синдром в области тазобедренного сустава. Несмотря на то, что по возрасту перечисленные группы пациентов статистически не различались, у пациентов без болевого синдрома в смежных суставах, и без болей в поясничном отделе завышены требования к улучшению способности больше

зарабатывать, улучшению способности участвовать в активном отдыхе и занятиям спортом (рис. 11, 12). А в отношении пола, оказалось, что женщин чаще беспокоят боли в поясничном отделе позвоночника ($n=449$ – 70,5%), чем мужчин ($n=196$ – 51,8%). Данный фактор мог оказаться смешивающим, поскольку мужчины чаще женщин ожидают улучшить свое финансовое положение после операции, чем женщины (рис. 13).

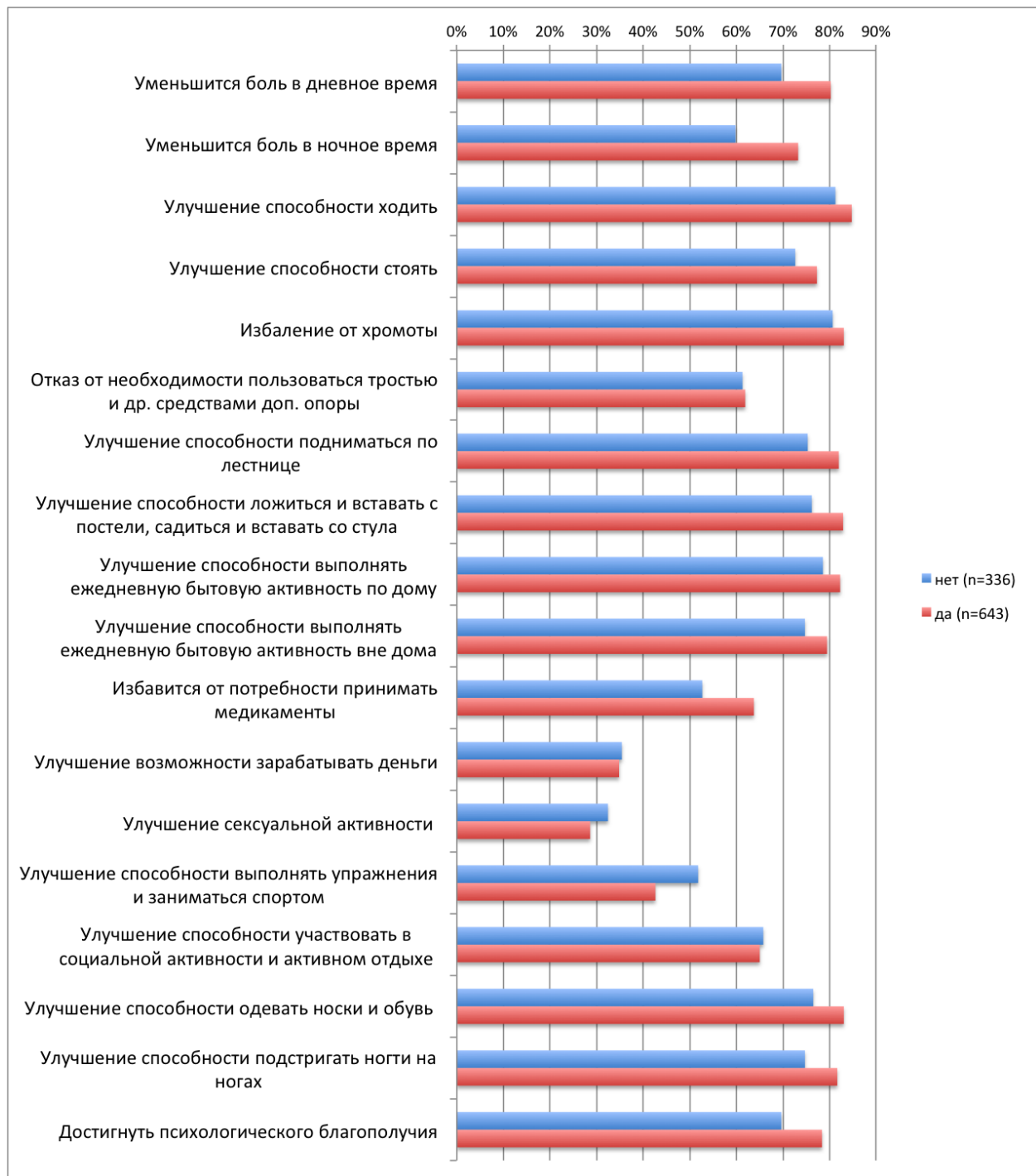


Рисунок 12. Предоперационные ожидания пациентов в зависимости от отсутствия или наличия болей в поясничном отделе позвоночника ($p=0,01$)

Ряд факторов оказались статистически не значимыми. На рисунке 13 представлено распределение предоперационных ожиданий в зависимости от пола пациента. Несмотря на то, что средние значения уровня предоперационных ожиданий пациентов не отличаются статистически значимо, при детальном наглядном рассмотрении видно, что требования у мужчин и женщин от оперативного вмешательства разные. Ожидания у женщин практически по большинству параметрам выше, чем у мужчин, за исключением некоторых позиций, которые чаще ожидают мужчины. К таким пунктам относится желание участвовать в активном отдыхе, спорте, способности улучшить финансовое благосостояние после операции. Возможно, что такая разница была связана с тем, что у женщин болевой синдром по шкале ВАШ был более выражен, чем у мужчин.

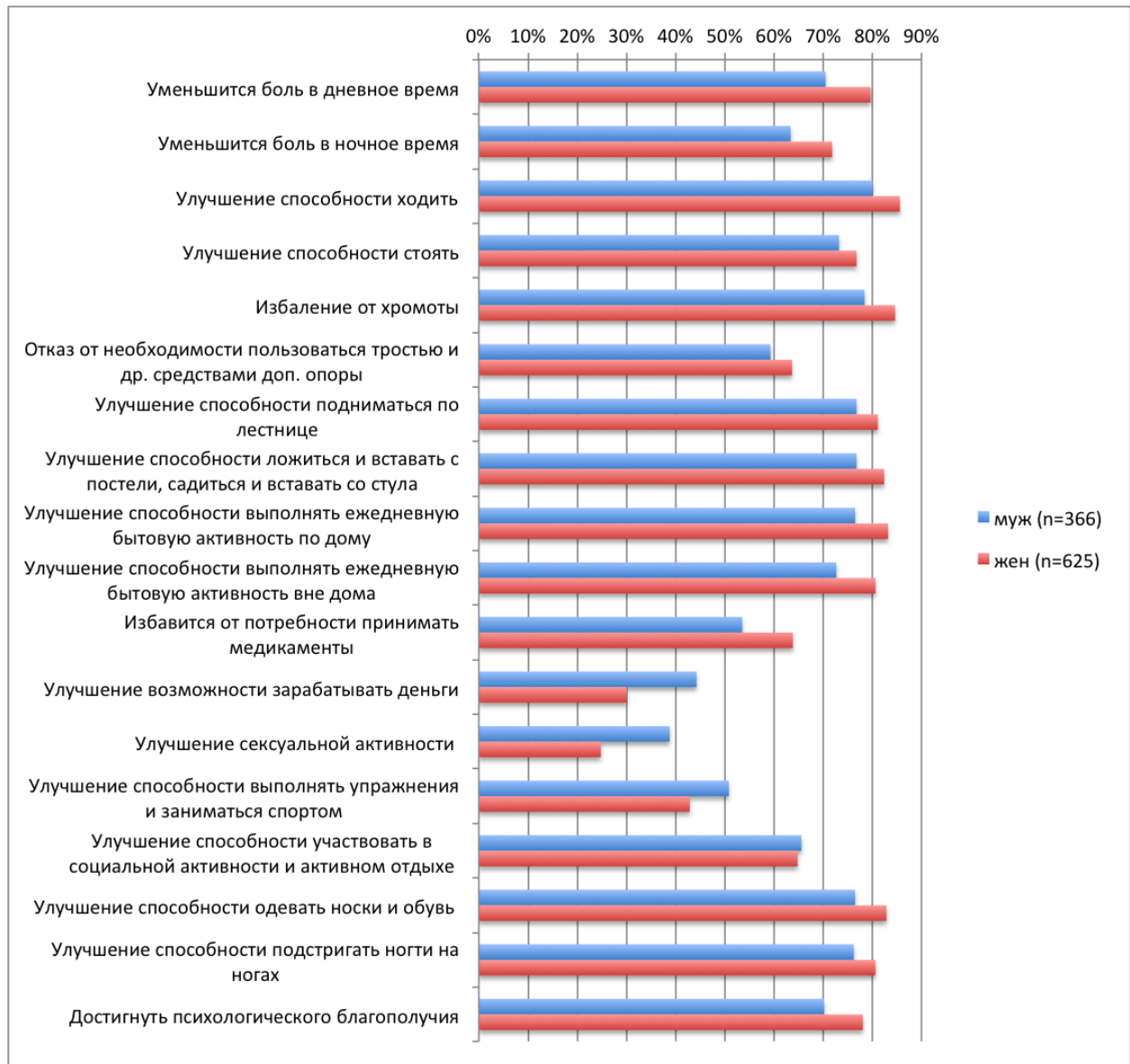


Рисунок 13. Предоперационные ожидания в зависимости от пола пациентов

Социальный статус пациентов оказался статистически значимым в отношении предоперационных ожиданий. Средний возраст работающих пациентов составил 52,3 года (ДИ 95% 51 – 52,6), не работающих - 59 лет (ДИ 95% 58 - 60). Данные свидетельствуют, что более молодые пациенты ожидают в большей степени получить возможность тренироваться, выполнять упражнения, улучшить возможность зарабатывать деньги и улучшения двигательной активности в интимной жизни (рисунок 14).

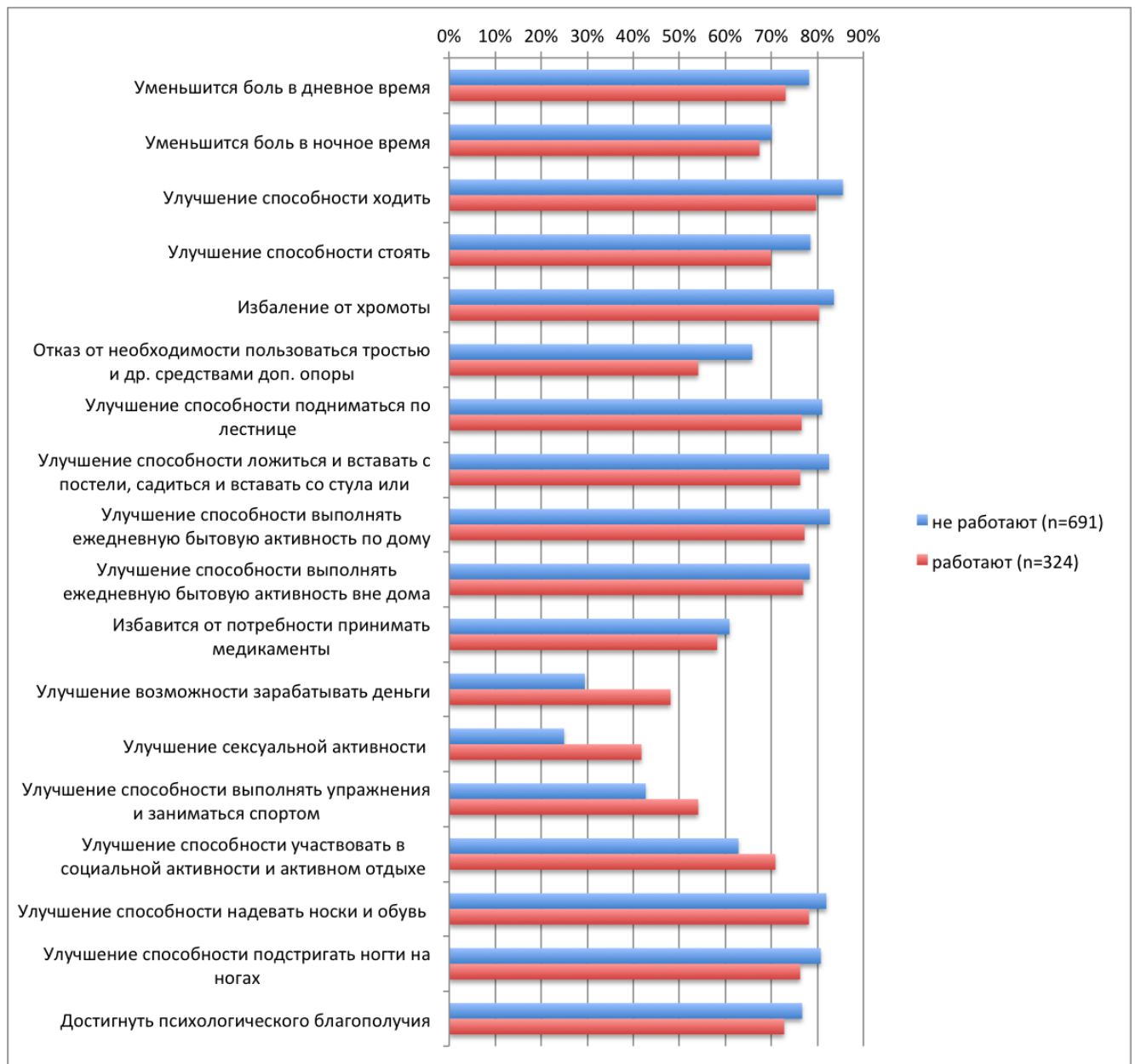


Рисунок 14. Уровень предоперационных ожиданий в зависимости от социального статуса пациента ($p < 0,001$)

Интересные результаты были получены при анализе предоперационных ожиданий у пациентов в зависимости от первичной патологии тазобедренного сустава (рис. 15). Несмотря на то, что средние значения степени болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале между группами не различались, избавления от болевого синдрома в дневное и ночное время беспокоило чаще всего пациентов с фемороацетабулярным импиджментом (ФАИ) (60,2 баллов по ВАШ (ДИ 95% 56,7 - 63,6)) и идиопатическим коксартрозом (ИКА) (64 балла по ВАШ (ДИ 95% 61,9 – 66,2)). Пациентов с системными заболеваниями опорно-двигательного аппарата эти позиции беспокоили меньше всего (48,4 баллов по ВАШ (ДИ 95% 33,8 - 63)). Их требования были сравнительно завышены в отношении способности подниматься по лестнице. Пациенты с ФАИ чаще остальных групп предъявляли требования к избавлению от хромоты, бытовой активности как по дому, так и за его пределами. Также как и с ФАИ, пациенты с посттравматическим коксартрозом (ПТКА) чаще остальных групп ожидали улучшения способности участвовать в активном отдыхе и социальной активности, способности подстригать ногти на ногах и надевать носки и обувь. Пациентов с ПТКА более других беспокоила опорная функция, а именно способность стоять или ходить, чаще других пациентов беспокоились о возможности избавиться от средств дополнительной опоры и приема медикаментов.

А в отношении пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости, то по большинству аспектов анкеты их ожидания были сравнительно равными, за исключением нескольких пунктов относительно желания выполнять упражнения и заниматься спортом, активным отдыхом, ожиданий улучшения способности больше зарабатывать, и улучшение возможностей в интимной жизни после выполнения операции.

На рисунке 16 представлен анализ ожиданий пациентов в разных возрастных категориях. Как видно из диаграммы с возрастом пациенты все меньше предъявляют требования к активным занятиям упражнениями, спортом, интимной жизни и финансовым возможностям после операции. Но, наглядно

видно, что с годами у пациентов появляется все больше требований в отношении самообслуживания и двигательной активности в быту, а именно улучшения способности подниматься или спускаться по лестнице, улучшения способности садиться или вставать со стула, завышенные требования в отношении бытовой активности по дому и вне дома, а также подстригания ногтей на ногах, надевания обуви.

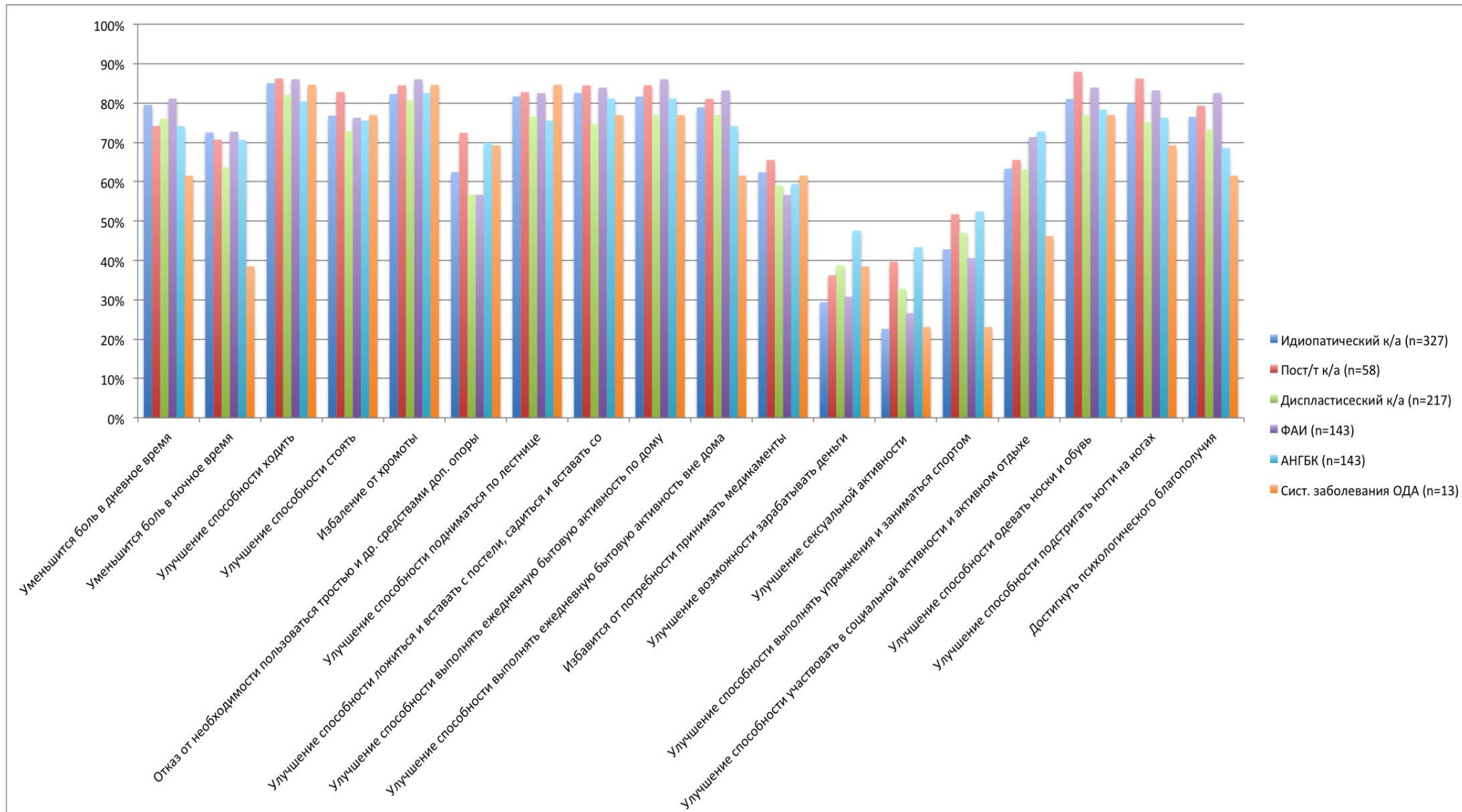


Рисунок 15. Предоперационные ожидания пациентов в зависимости от патологии тазобедренного сустава.

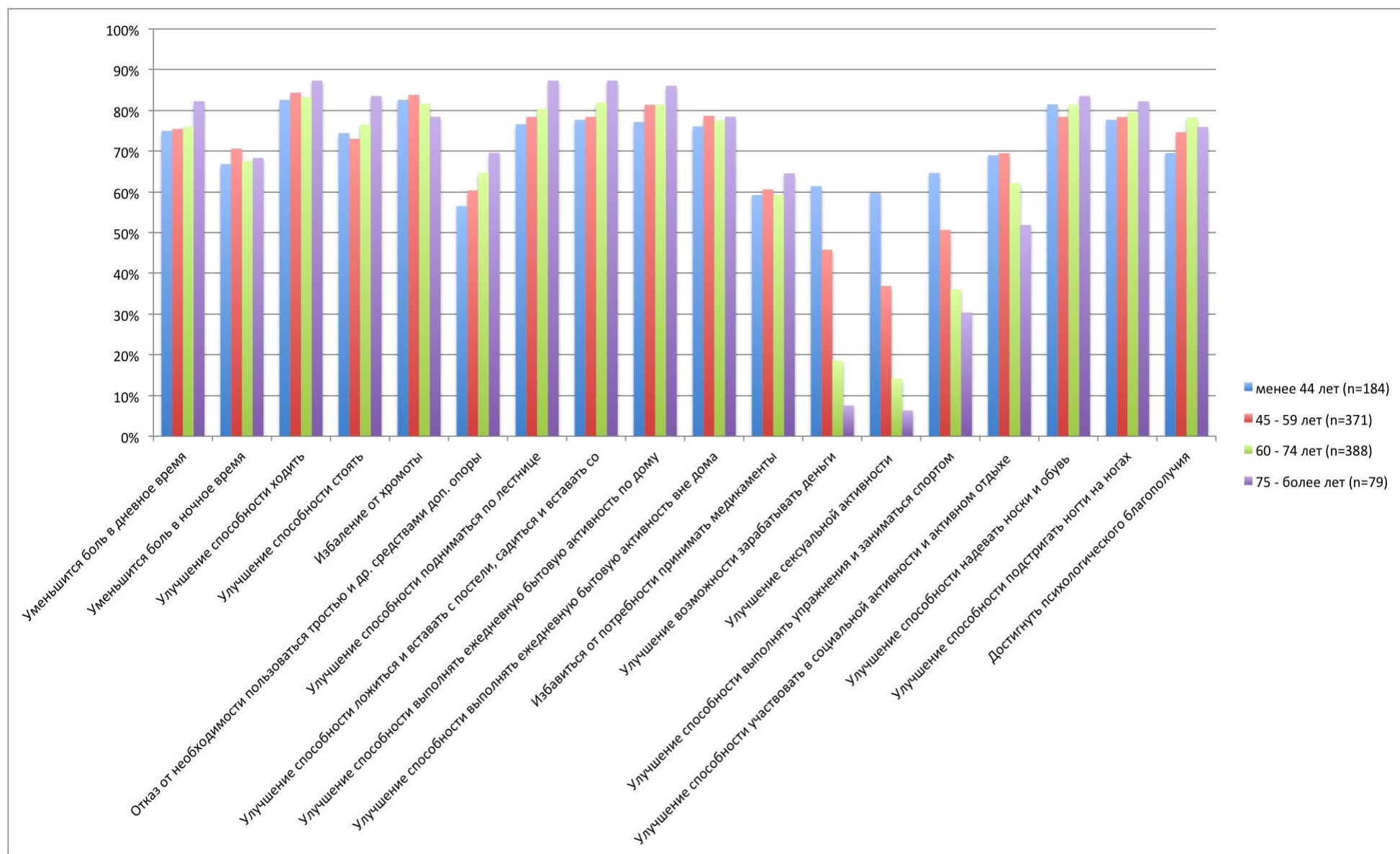


Рисунок 16. Уровень предоперационных ожиданий пациентов по возрасту (классификация ВОЗ)

Результаты предоперационного опроса пациентов по шкалам Harris, Oxford Hip Score, EQ5D, VAS боли в трех группах и анализа их зависимости от ожиданий представлены в таблице 7.

Таблица 7

Анализ зависимости «переменных» факторов от ожиданий в трех группах.
Критерий Краскела-Уоллиса ($p < 0,001$)

Предоперационные ожидания			
	низкие	средние	высокие
Eq5D	0,430	0,409	0,354
количество	83	188	724
мин.	-0,087	-0,594	-0,594
макс.	0,837	0,836	1
SD	0,194	0,232	0,234
Eq5D VAS	58,434	58,597	58,326
количество	83	186	721
мин.	20	0	0
макс.	95	95	100
SD	16,710	16,757	17,800
OHS	22,128	21,038	18,418
количество	78	185	713
мин.	8	0	0
макс.	39	43	43
SD	7,386	7,280	7,052
HHS	51,098	48,989	45,689
количество	82	183	708
мин.	20	12	0
макс.	85	91	96
SD	14,437	14,286	13,907
ВАШ боли	55,291	56,378	63,138
количество	79	185	716
мин.	0	0	0
макс.	100	100	100
SD	22,168	21,891	19,238

Данный анализ показал, что пациенты с наименьшим качеством жизни, выраженном в показателях EQ5D, функциональным статусом по опроснику OHS и NHS, более выраженной степенью болевого синдрома по шкале ВАШ имеют значимо выше требований от оперативного вмешательства ($p < 0,001$).

В результате корреляционного анализа между количественными показателями шкал и ожиданиями пациентов, между показателями функциональных шкал, качества жизни и степени болевого синдрома по шкале ВАШ связь оказалась очень слабой (от 0,11 до 0,17, $p < 0,001$). Однако была выявлена статистически значимая заметная корреляция между показателями качества жизни пациентов и их функцией в тазобедренном суставе, между функцией и степенью болевого синдрома, и между степенью болевого синдрома и качеством жизни ($p < 0,001$) (рис. 17).



Рисунок 17. Коэффициент корреляции Пирсона. Значение коэффициента корреляции указано на стрелках

В данной работе мы выделили две категории факторов риска завышения ожиданий пациентов. К постоянным факторам мы отнесли те, на которые врач не может непосредственно повлиять в ходе дальнейшего лечения. Соответственно, к переменным отнесли данные функциональных шкал, шкал здоровья и качества жизни, на которые врач может существенно воздействовать.

При оценке зависимости ожиданий от «постоянных» и «переменных» факторов в генеральной совокупности выборок мы не нашли существенной связи между предоперационными ожиданиями пациентов и их качеством жизни, функциональным статусом по шкалам OHS и NHS, степени выраженности болевого синдрома и др. Вероятно такие данные мы получили из-за большой и разнородной выборки. Однако значимыми оказались следующие «постоянные» факторы: «боли в ПОП», «в смежных суставах», «соц. статус», «одно- или двустороннее эндопротезирование» (см. табл. 6). Это может свидетельствовать, что пациенты с сопутствующими болями в поясничном отделе позвоночника, в смежных коленных или тазобедренных суставах, то есть, с сопутствующей ортопедической патологией склонны к завышению их ожиданий от предстоящего вмешательства. Также внимание следует обратить на группу трудоустроенных пациентов – их ожидания вполне обоснованно завышены относительно неработающих пациентов. Примечательно, что пациенты, которым в анамнезе было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава на противоположной стороне, наоборот, имеют невысокие ожидания относительно тех, кому впервые выполняется данное оперативное вмешательство.

Вместе с тем, когда мы провели групповой анализ и поделили пациентов на три группы в зависимости от их ожиданий перед операцией, то при оценке зависимости «переменных» факторов от уровня предоперационных ожиданий были обнаружены значимые различия в группах в отношении качества жизни (EQ5D), их предоперационного функционального состояния по шкалам OHS, NHS, степени болевого синдрома. То есть чем хуже качество жизни пациентов, хуже функция в суставе и более выражен болевой синдром, тем выше их предоперационные ожидания (см. табл. 7).

Также, мы подтвердили, что качество жизни пациентов неразрывно связано со степенью их болевого синдрома [121] и их предоперационным функциональным статусом [168].

Резюмирую эту часть исследования, можно сделать вывод о том, что ожидания пациентов в генеральной совокупности и в каждой отдельной группе пациентов различаются. И, несмотря на то, что статистически значимые различия в отношении уровня ожиданий перед операцией были выявлены не во всех группах, при детальном рассмотрении оказалось, что в каждой группе пациентов в большей или меньшей степени беспокоят не все позиции по предложенному опроснику. Предложенный опросник позволяет выявить группы пациентов с завышенными ожиданиями, с его помощью можно консультировать пациентов перед операцией о вероятности реализации их ожиданий в послеоперационном периоде в каждом конкретном случае с учетом индивидуальных функциональных характеристик, качества жизни, патологии тазобедренного сустава, а также социального статуса, гендерных и возрастных различий.

ГЛАВА 4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТБС: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ В СРОКИ 3 И 12 МЕСЯЦЕВ

Функциональный статус и показатели качества жизни и удовлетворенности пациентов до операции и в сроки 3 и 12 месяцев после представлены в таблице 8.

Таблица 8

Результаты анкетирования пациентов в послеоперационном периоде

Показатели	Значение до операции / ДИ 95%	3 мес. (n=797) Среднее значение / ДИ 95%	12 мес.(n=710) Среднее значение/ДИ 95%
EQ5D	0,371 / 0,357 - 0,385	0,718 / 0,613 - 0,822	0,740 / 0,723 - 0,756
EQ5D шкала	58,3 / 57,2 - 59,4	67,1 / 65,8 - 68,3	70,6 / 69 - 72,2
Harris Hip Score	46,7 / 45,8 - 47,5	72,2 / 71,1 - 73,4	79,9 / 78,5 - 81,4
Oxford Hip Score	19,2 / 18,7 - 19,6	32,65 / 31,95 - 33,36	39,06 / 38,4 - 39,7
Боль по ВАШ	61,3 / 60 - 62,5	22,1 / 20,6 - 23,4	17,3 / 16 - 18,7
Ожидания по анкете HSS Hip Replacement Expectation Survey,			
Удовлетворенность по ВАШ	-	77,4 / 75,7-79,2	83,4 / 81,75 - 85
Количество неудовлетворенных пациентов	-	87 (10,9%)	51 (7,2%)
Количество удовлетворенных пациентов	-	707 (89,1%)	651 (92,8%)

На основе корреляционного анализа мы не обнаружили статистически значимой связи предоперационных показателей различных шкал с удовлетворенностью пациентов в сроки 3 и 12 месяцев после операции. Однако, в послеоперационном периоде функциональный статус, качество жизни, степень купирования болевого синдрома оказались значимыми факторами, связанными с

удовлетворенностью в сроки 3 месяца и 12 месяцев (табл. 9). Данные свидетельствуют, что чем лучше функция сустава по шкалам OHS и NHS, чем лучше качество жизни по анкете EQ5D, чем меньше выражен болевой синдром, тем выше их удовлетворенность результатом операции.

Таблица 9

Степень корреляции послеоперационных показателей (количественных показателей) и удовлетворенности пациентов через 3 и 12 месяцев после операции ($p < 0,001$)

Значение коэффициента Спирмена (r)	3 мес.	12 мес.
0.1 < r < 0.3: очень слабая	OHS оперируемой конечности, прирост (разница) по шкале самочувствия EQ5D VAS, прирост (разница) по анкете EQ5D	Прирост (разница) по шкале самочувствия EQ5D VAS, разница (уменьшение) болевого синдрома по ВАШ
0.3 < r < 0.5: слабая	OHS оперируемой конечности, прирост (разница) функции по шкале OHS оперируемой конечности, шкала самочувствия EQ5DVAS, качество жизни по анкете EQ5D, анкета NHS, прирост (разница) по анкете NHS, балл по анкете NHS, выполнение ожиданий	OHS не оперируемой конечности, прирост (разница) функции по шкале OHS оперируемой конечности, прирост (разница) по анкете EQ5D, шкала самочувствия EQ5DVAS, выполнение ожиданий, прирост (разница) по анкете NHS
0.5 < r < 0.7: заметная	Боль по визуально-аналоговой шкале	Боль по визуально-аналоговой шкале, OHS оперируемой конечности, качество жизни по анкете EQ5D, балл по анкете NHS

Была обнаружена связь между степенью выполнения ожиданий и удовлетворенностью пациентов результатом лечения (коэффициент корреляции Спирмена -0,396) на сроке 3 месяца после операции, а через год коэффициент составил -0,454, что свидетельствует о зависимости этих показателей друг от друга.

Существенное влияние на уровень удовлетворенности оказывало наличие болевого синдрома в поясничном отделе позвоночника (ПОП) после операции. Средний уровень удовлетворенности пациентов без болевого синдрома в ПОП составил 80,38 (SD 21,7) балла, а у пациентов с наличием болей – 73,82 (SD 8,8).

Болевой синдром в смежных коленных и тазобедренных суставах в сроки 3 и 12 месяцев также значимо влиял на удовлетворенность пациентов – в группе без болевого синдрома средний показатель ВАШ составил 88,1 (SD 16,1), а в группе с наличием болевого синдрома – 83,7 (SD 18).

В результате анализа влияния информирования пациентов об особенностях и возможностях оперативного вмешательства, о вероятности совпадения или несовпадения их ожиданий по анкете HSS Hip Replacement Expectations Survey и т.д. на показатели удовлетворенности пациентов были обнаружены значимые различия в группах на сроке 12 месяцев после операции. В группе проинформированных пациентов показатели лучше в сравнении со второй группой. Удовлетворенность у проинформированных пациентов составила 85,8 (SD 15,7), а у остальных - 81,6 (SD 18,6). В таблице 10 кратко представлены результаты анализа данных о влиянии различных постоянных (неизменных) и переменных пред- и послеоперационных факторов на показатели удовлетворенность пациентов результатом операции по замене тазобедренного сустава.

Факторы удовлетворенности в результате операции ТЭП ТБС

	Постоянные факторы	Переменные факторы
+ ПВ	Женский пол	выполнение ожиданий, улучшение показателей шкал после операции (OHS, NHS, ВАШ боли, EQ5D, EQ5DVAS), информирование пациентов
- ОВ	Боли в смежных коленных и тазобедренных суставах после операции, мужской пол, Вмешательства на оперируемом суставе в анамнезе	
±СВ	Боли в поясничном отделе позвоночника после операции (отрицательное влияние на сроке 3 месяца, нет влияния через год)	
БВ	Возраст, рост, вес, ИМТ, давность заболевания, диагноз, соц. статус, клиническое и рентгенологическое укорочение оперируемой конечности до операции, сопутствующая соматическая патология (ASA), уровень предоперационных ожиданий, Боли в смежных коленных и тазобедренных суставах перед операцией, Боли в поясничном отделе позвоночника перед операцией	Рентгенографические показатели (разница длин нижних конечностей после операции, угол инклинации, тип эндопротеза, способ фиксации имплантата), кровопотеря, длительность операции, хирургический доступ, объем операции, вид анестезии, фактор эндопротезирования в анамнезе. Показатели шкал перед операцией (OHS, NHS, ВАШ боли, EQ5D, EQ5DVAS)

Примечание: +ПВ – положительное влияние, ± СВ – сомнительное влияние, -ОВ – отрицательное влияние, БВ – без влияния.

В нашем исследовании в срок 3 месяца неудовлетворенные результаты были у 87 (10,9%) пациентов. Через год после операции 51 (7,2%) пациент оставался неудовлетворенными исходом операции. При оценке относительного риска (ОР) неудовлетворенности пациентов через год среди пациентов, которые не были удовлетворены в срок 3 месяца, мы обнаружили статистически значимые результаты (ОР – 1,7, $p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют, что если пациент не удовлетворен в срок 3 месяца, то вероятность того что он останется неудовлетворенным через 1 год выше в 1,7 раза в сравнении с удовлетворенными пациентами.

В срок 3 месяца у 31 пациента были зафиксированы следующие осложнения:

- вывихи в послеоперационном периоде, один вывих вправляли открытым способом – 12 (1,5%),
- проблемы с заживлением послеоперационной раны, 1 saniрующая операция – 21 (2,66%),
- вмешательства в связи с глубокой инфекцией в области тазобедренного сустава – 4 (0,5%).

При этом относительный риск неудовлетворенности при наличии осложнений составил 2,3 (95% ДИ 0,92 - 5,6) ($p = 0,07$).

Наличие у пациентов умеренного или выраженного болевого синдрома через 3 месяца после операции по визуально-аналоговой шкале повышает риск неудовлетворительного исхода в срок 12 месяцев в 3,8 раза (ОР 3,8 (95% ДИ 2,3–6,2) ($p < 0,001$)). Также оказалось, что имеющиеся в анамнезе оперативные вмешательства на оперируемом суставе повышают риск развития недовольства пациентов через год после операции в 2,6 раза (ОР 2,59, 95% ДИ 1,44 – 4,656) ($p < 0,001$).

Оценка результатов тотального эндопротезирования эволюционировала от фокусировки внимания врачей, прежде всего, на относительно объективной клинической эффективности, определяемой с помощью различных опросников, до анализа субъективных показателей пациентов и степени их удовлетворенности. По различным данным, от 9 до 30% пациентов могут остаться недовольными результатами операции, соответственно, более глубокое понимание детерминантов удовлетворенности пациентов позволит улучшить субъективные результаты [74,145,150]. В нашем исследовании на сроке 3 месяца неудовлетворенными результатом оказались 87 (10,9%) пациентов. Через год после операции 51 (7,2%) пациент оставался неудовлетворенным исходом операции.

В исследовании была использована визуально-аналоговая шкала удовлетворенности, которая позволяет пациентам произвольно оценить результат операции. Необходимо отметить, что сколько бы мы не твердили об исключительной эффективности первичного эндопротезирования ТБС, на 100%

удовлетворенными результатами через год после операции было всего лишь 272 (38,7%) пациента. Более широкое толкование удовлетворенности позволило отнести к этой категории через 3 месяца 89,1% пациентов, а через год – 92,7%, при этом средний уровень удовлетворенности в соответствующие сроки составил 77,4 и 83,4 балла соответственно. В исследовании E. Kelly с соавт. удовлетворенность составила 76% [115]. По данным R.B. Bourne с соавт. уровень удовлетворенности после ЭП ТБС достигает 89% [58]. N. Mahomed с соавт. сообщили об удовлетворенности после ТЭП ТБС у 92,4% пациентов через 1 год после операции [124].

Анализ литературы позволил выделить несколько групп факторов, способных влиять на удовлетворенность пациентов, которые мы также оценили в своем исследовании.

Предоперационные показатели

Мы не обнаружили значимого влияния предоперационного функционального статуса, качества жизни, степени болевого синдрома в оперируемом суставе или в смежных суставах на удовлетворенность пациентов результатом эндопротезирования тазобедренного сустава, а также не обнаружили связи между удовлетворенностью и социально-демографическими характеристиками, диагнозом, давностью заболевания и особенностями оперативного пособия, что противоречит недавним исследованиям [124,154,157,172]. Как показало наше исследование, предоперационные показатели шкал не имеют большого значения, поскольку, вероятно, важно не исходное состояние пациента, а насколько проведенная операция улучшает качество жизни и двигательную активность относительно того состояния, с которым больной поступил на лечение. Так же мы не обнаружили значимого влияния осложнений на удовлетворенность пациентов через год после операции, эти данные сопоставимы с недавними исследованиями [40,102,148].

Информирование. Удовлетворенность информированных пациентов, по нашим данным, значимо выше, чем у пациентов, с которыми не проводилось

детальное обсуждение перед операцией. Это полностью согласуется с работами J.S. Kearney с соавт. и J.S. Giraudet-LeQuintrec с соавт., в соответствии с которыми у пациентов, проходивших обучение в специальных школах или детально проинформированных при помощи буклетов, видеоматериалов удовлетворенность после эндопротезирования значительно выше в сравнении с контрольной группой. Авторы отмечают, что тревога повышает чувствительность к боли, а уменьшение беспокойства о своем здоровье приводит к уменьшению болевого синдрома [88,113]. Осведомленные пациенты лучше понимают особенности операции и реабилитации и легче справляются с болевым синдромом, раньше встают после операции [68]. R.S. Yoon с коллегами подчеркнули преимущества персонализированного образования пациентов «лицом к лицу» над групповыми занятиями, поскольку у пациентов появляется возможность задать личные вопросы, связанные с их здоровьем, которые вызывают у них тревогу [183]. В недавнем обзоре D. Aydin с соавторами отмечают, что работ, посвященных изучению влияния информирования пациентов на удовлетворенность, недостаточно. Сроки предоперационного образования варьируют от 2 до 6 недель, включают самые разные способы обучения (персонализированное, групповое, с помощью буклетов или видеоматериалов, через специальный веб-портал) пациентов. На основании представленных результатов авторы делают вывод о необходимости предоперационного образования [44].

Послеоперационные показатели

Боль в смежных коленных и тазобедренных суставах после операции. Отсутствие болевого синдрома в смежных суставах является значимым фактором в достижении удовлетворенности пациентов на сроке 3 и 12 месяцев после операции, что было вполне ожидаемо, поскольку боль является одним из главных предикторов нарушения качества жизни пациентов. На это необходимо обращать внимание пациентов с целью прогнозирования их ожиданий. Результаты подтверждаются недавним исследованием 2015 года [139].

Улучшение функции, изменение качества жизни и купирование болевого синдрома. Данные, полученные в сроки 3 и 12 месяцев, свидетельствуют, что чем лучше функция сустава по шкалам OHS и NHS, чем лучше качество жизни по анкете EQ5D, тем выше их удовлетворенность результатом операции. Так же с уменьшением болевого синдрома в сроки 3 и 12 повышается удовлетворенность результатом операции. Наши данные аналогичны результатам С. Palazzo с соавт., различия состояли в использовании других шкал для оценки качества жизни, функции сустава [148]. Это вполне объяснимо, поскольку эти показатели являются наиболее важными как для хирурга, так и для пациента.

Ожидания пациентов. В отношении гипотезы о том, что оправдание ожиданий приводит к удовлетворенности, наши данные аналогичны исследованиям зарубежных авторов. А в основе формирования ожидания пациентов должна лежать их полная информированность о результатах обследования и возможностях операции. Чем больше у пациентов оправдывается ожиданий от проведенного лечения, тем выше их удовлетворенность результатами операции [126,145,159]. Однако данные относительно влияния уровня предоперационных ожиданий на удовлетворенность пациентов противоречивы. По нашим данным удовлетворенность пациентов не зависит от степени их предоперационных ожиданий, что подтверждается некоторыми исследованиями зарубежных коллег [129,159], но в других исследованиях авторы предполагают, что оптимистичные ожидания могут сами по себе приводить к более высокой удовлетворенности [83,91,125]. Данные различия в результатах могут зависеть от многих факторов, начиная от этнокультурных особенностей пациентов разных стран, заканчивая уровнем медицинского обеспечения и ухода за больными и способами их информирования перед операцией. Трудно предположить, почему результаты разных исследований различаются в отношении предоперационных ожиданий и связи их с удовлетворенностью пациентов.

Наиболее значимыми предикторами неудовлетворенности пациентов через год после операции в нашем исследовании было наличие в анамнезе у пациентов

оперативных вмешательств и сохраняющийся болевой синдром через 3 месяца после операции. Отсутствие связи с другими показателями может быть объяснено либо малым числом наблюдений, либо доминирующим влиянием качества выполненного хирургического вмешательства. Очень важным показателем является оценка результата в срок 3 месяца. Именно в этот период при неудовлетворенности лечения необходимо провести тщательное обследование пациента для выявления причин сохраняющегося болевого синдрома. Ожидание «самоизлечения» не дает результата и не является оправданным.

Изменения функционального статуса, показателей качества жизни, степени выполнения предоперационных ожиданий и удовлетворенности пациентов в сроки 3 и 12 месяцев (n=520) после операции в динамике представлены в таблице

Таблица 11

Динамика показателей через 3 и 12 месяцев после выполнения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (n=520).

Показатель	Значение до операции / ДИ 95%	P	Значение через 3 мес. / ДИ 95%	P знач.	Значение через 12 мес. / ДИ 95%
EQ5D	0,342 / 0,323 – 0,363	P<0,001	0,627 / 0,611 – 0,641	P<0,001	0,727 / 0,710 – 0,745
EQ5D шкала	55,1 / 53,6 – 56,6	P<0,001	66,1 / 64,6 – 67,6	P<0,001	70,8 / 69 – 72,6
Harris Hip Score	45,2 / 43,9 – 46,4	P<0,001	71,4 / 70 – 72,8	P<0,001	79,3 / 77,8 – 89
Oxford Hip Score	18,6 / 18 – 19,2	P<0,001	31,7 / 31,8 – 32,5	P<0,001	39,1 / 38,5 – 39,7
Боль по ВАШ	63 / 61,2 – 64,9	P<0,001	24,5 / 22,8 – 26,2	P<0,001	17,4 / 16 – 18,9
Уровень ожиданий перед операцией и их выполнение	74,8 / 72,8 – 77		56,4 / 54,3 – 58,4	P<0,001	69,6 / 67,6 – 71,5
Удовлетворенность по ВАШ	-		76 / 73,9 – 78	P<0,001	84,9 / 83,36 – 86,4
Количество удовлетворенных пациентов			77,8%		89,5%

Через 3 месяца наблюдается статистически значимое ($p<0,001$) улучшение функциональных параметров пациентов и показателей качества жизни, а интенсивность болевых проявлений уменьшается в 2,6 раза.

В то же время ожидания пациентов в среднем выполняются на 75,4% от предоперационного уровня, и удовлетворены достигнутыми результатами только 77,8% пациентов, при этом средний уровень удовлетворенности составляет 76 балла.

Последующее изменение показателей происходит неравномерно – качество жизни, измеренное по шкале EQ5D, улучшается в дальнейшем на 15,9%, а по шкале ВАШ самочувствие увеличивается лишь на 7,1% к году после операции ($p<0,001$). Показатели по HHS и OHS улучшаются соответственно на 11% и 23,3% ($p<0,001$) (см. табл. 12).

Ожидания пациентов в среднем к году после операции оправдываются почти в полном объеме (93%), тем не менее, 10,5% пациентов остаются не удовлетворены результатами операции, а средний уровень удовлетворенности достигает лишь 84,9 баллов.

Таблица 12

Прирост показателей в течение года после операции в процентном соотношении

Показатель	До опер. – 3 мес.	3 мес. – 12 мес.
EQ5D	83,3	15,9
EQ5D шкала	19,9	7,1
Harris Hip Score	57,9	11
Oxford Hip Score	70,4	23,3
Боль по ВАШ	- 61	- 28,9
Степень выполнения ожиданий от заявленных перед операцией	75,4	93
Удовлетворенность по ВАШ		15

Представленные на рисунке 18 результаты анализа реализации ожиданий пациентов после операции в динамике показали существенные различия в отношении большинства показателей по анкете ожиданий. Максимальное выполнение ожиданий пациентов наступает через 12 месяцев после операции. Через 3 месяца после операции полностью или почти полностью (свыше 90%) были выполнены ожидания у 33,7% (176) пациентов, а через 1 год – у 54,8% (286) пациентов.

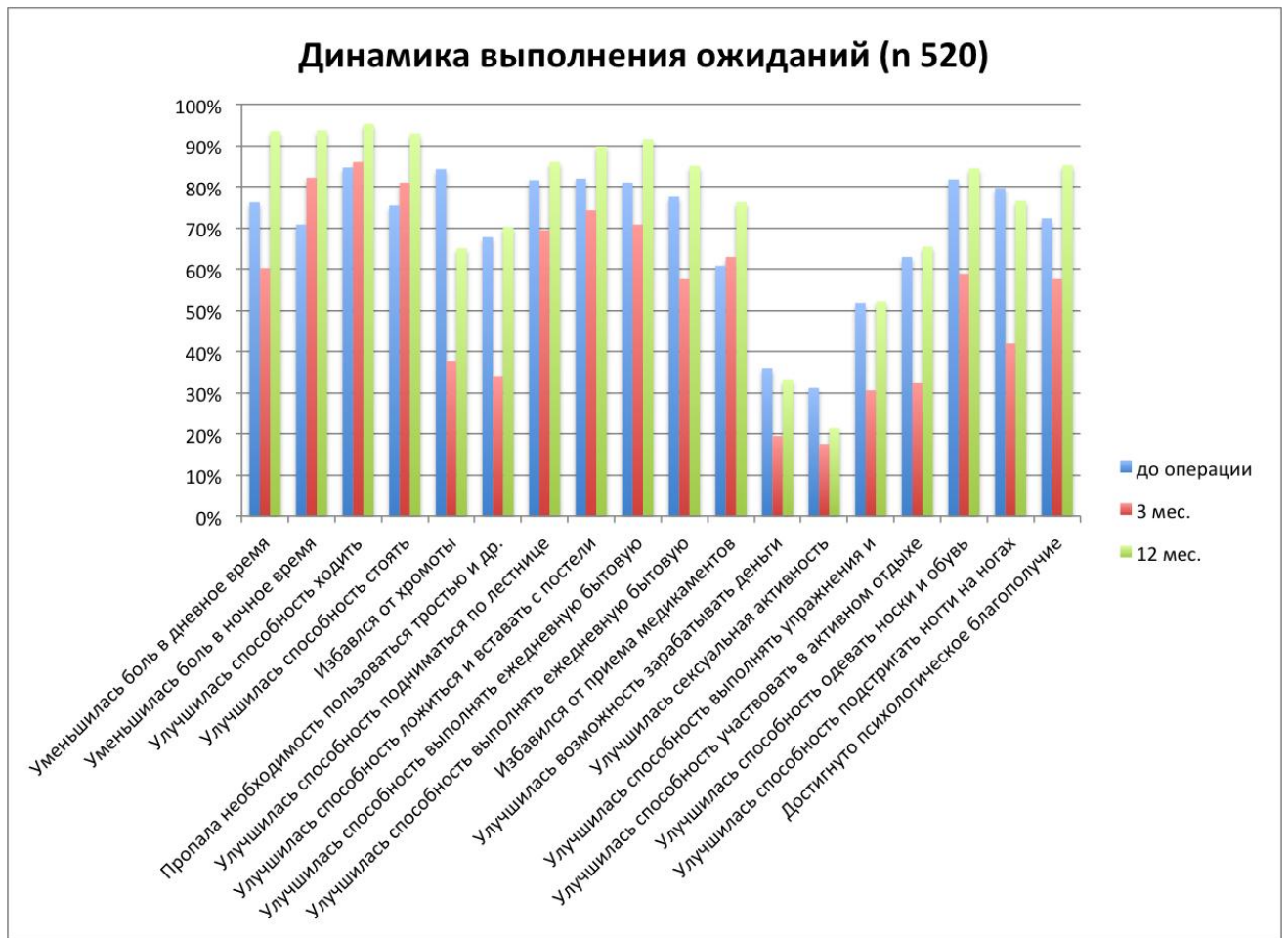


Рисунок 18. Динамика выполнения ожиданий пациентов через 3 и 12 месяцев после операции ($p < 0,001$)

Через 3 месяца после операции лишь в 33,7% наблюдений пациентов были максимально полно (более 90%) выполнены предъявляемые ими к медицинскому вмешательству требования. Что касается отдельных ожиданий исследуемых, то через 3 месяца только у 79% уменьшилась боль в дневное время среди тех, кому это было особенно важно, лишь 45% пациентов избавились от хромоты, у 50% отпала необходимость пользоваться средствами опоры, 53% опрошенных смогли самостоятельно подстригать ногти на ногах, 51% улучшили возможность активного отдыха и у 54% расширились возможности трудоустройства и зарабатывания денег. Остальные показатели были выполнены максимально, либо стремились к таковым. Через 12 месяцев максимально полностью (более 90%) было выполнены требования у 54,8% пациентов, а при детальном рассмотрении,

как показано на рисунке 18, видно, что к году происходит реализация почти по всем пунктам.

Ожидания пациентов от операции эндопротезирования крупных суставов, в частности тазобедренного сустава, являются одним из важнейших факторов, определяющих качество ортопедической помощи, и подчеркиваются многими авторами как неотъемлемая составляющая предоперационной подготовки [65,103,114], поскольку грамотная коррекция ожиданий может значительно улучшить результаты, а также повысить степень удовлетворенности от проведенного лечения [68,177].

В нашем исследовании каждый пациент анкетировался перед операцией и по 2 раза после операции – в сроки 3 и 12 месяцев. На начальном этапе у каждого пациента была возможность тщательно обдумать каждый свой ответ с целью определения максимально полной картины его текущего функционального состояния и качества жизни, а также его ожиданий от будущего вмешательства. Используемый опросник ожиданий HSS Hip Replacement Expectations Survey включал элементы, которые были максимально актуальны для пациента, даже если они казались нереалистичными и неочевидно связанными с их ортопедическим статусом [173]. Данный опросник помог сформулировать наиболее типичные ожидания для российских пациентов от операции первичного эндопротезирования тазобедренного сустава.

Анализ ожиданий продемонстрировал, что беспокойство больных по поводу их восстановления и прогрессирующего улучшения качества жизни не ограничиваются лишь болевым синдромом или снижением подвижности в области тазобедренного сустава, а распространяются на многие сферы их личной жизни [128,159,167]. Это улучшение способности самообслуживания (68–85%), социальной активности (до 63%) и даже возможность улучшить свое финансовое положение после эндопротезирования (до 36%).

Полученные при анализе выполнения ожиданий данные оказались сопоставимы, а по некоторым показателям даже превосходили данные литературы о выполнении ожиданий через год после операции [167]. С одной

стороны, это может свидетельствовать о высоком качестве выполнения операций, но с другой стороны, через три месяца после вмешательства только 33,7% пациентов полностью или почти полностью реализовали свои ожидания. В случаях, когда ожидания не были оправданы, хирургам приходилось считаться с явными упреками со стороны пациентов, а на заявления больных «Я не этого ожидал (а)», утверждать, что «Все в порядке и требуется дальнейшее наблюдение». Это самый деликатный момент, когда важно доступно объяснить пациенту о продолжающейся реабилитации и необходимости выполнять требования лечащего врача. Именно в этот период времени все невыполненные обещания, нереализованные ожидания пациентов, разочарования по поводу их неоптимального состояния достигают своего максимума. Некоторыми авторами период спустя 4 месяца после операции стал называться фазой дискомфорта, разочарований и даже расстройств касательно оценки пациентами своего состояния, определяемый более чем у 50% исследуемых [147]. Особенно это касается следующих критериев успешного протезирования: избавление от хромоты, отсутствие необходимости использования дополнительной опоры и избавление от приема медикаментов. Если в данной ситуации адекватная установка эндопротеза рентгенологически подтверждена, клинико-лабораторные показатели стремятся к норме, а болевой синдром имеет четкую тенденцию к уменьшению, доктору важно успокоить пациента и объяснить необходимость терпеливого ожидания и что состояние его будет постоянно и неуклонно улучшаться. Однако выраженная потеря функции, сохранение болевого синдрома и сомнительные клинико-лабораторные показатели уже в этот период времени позволяют рассматривать вопрос о ревизионной операции, поскольку относительный риск того, что с течением времени не будет достигнуто удовлетворение пациента результатами вмешательства при сохранении болевого синдрома, составляет 3,8 (ОР 3,8 (95% ДИ 2,3 – 6,2) ($p < 0,001$)).

V. Pascault-Legendre и J.P. Courpied в своей работе отметили, что с течением времени пациенты переосмысливают свое положение, интернализуют его и достигают нового чувства равновесия и уверенности в качестве собственной

жизни, интерпретируя его как «что то другое, но лучше чем раньше» [147]. На заключительном этапе мы обнаружили изменения отношении исследуемых к своей болезни, а именно – во всей когорте наблюдаемых произошло существенное увеличение выполнения ожиданий за период оценки их состояния от 3 до 12 месяцев (до 54,8%).

Статистически подтвержденное различие показателей оценки качества проведенного лечения на разных временных отрезках свидетельствует о постоянной, динамически изменяемой системе мониторинга пациентом собственной болезни, которое, еще на дооперационном этапе, может быть скорректировано, что приведет к большей удовлетворенности лечением. Как мы можем видеть из нашего исследования, в процессе длительной реабилитации состояние пациента претерпевает значительные изменения.

Что касается удовлетворенности лечением, то она, оцененная по шкале ВАШ, с 76 на сроке 3 месяца к году достигла 84,9. Количество удовлетворенных пациентов составило 77,8 и 89,5% соответственно. В статье С.А. Mancuso с соавторами говорится о удовлетворенности лечением 89% наблюдаемых в течение 2-3 лет после операции [128]. Такие результаты могут говорить о необходимости дальнейшего наблюдения за пациентами, так как очевидно, что их состояние постоянно изменяется. Тем не менее, работы, демонстрирующие удовлетворенность на десятилетнем сроке наблюдения после ТЭП ТБС, говорят о 88% удовлетворенности лечением [170], что, в свою очередь, свидетельствует о существовании некоего плато удовлетворенности, выше которого значения никогда не поднимутся. Эта тема достаточно интересна для дальнейшего изучения, так как на сегодняшний день имеется существенный пробел в освещении этой проблемы.

Хочется еще раз подчеркнуть необходимость оценки субъективного состояния пациента с использованием приведенных выше систем анкетирования. Для некоторых пациентов это, пожалуй, единственный способ как-то обозначить свое реальное положение в системе ожиданий и удовлетворенности от лечения,

когда на помощь выражению их мыслей приходят правильно составленные вопросы [147].

Клинический пример №1:

Пациент N, 33 года, рост – 180 см, вес 55 кг. в сентябре 2015 г. в результате ДТП получил ушиб левого ТБС, обоих голеностопных суставов, ушиб внутренних органов и разрыв селезенки. Был в коме 1,5 месяца после ДТП. Оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате не выполняли. С течением времени стал отмечать уменьшение амплитуды и ограничение движений в левом тазобедренном суставе, усиление болевого синдрома. В марте 2016 г. был госпитализирован в РНИИТО им. Р.Р. Вредена для тотального эндопротезирования левого ТБС. Пациент прошел плановую подготовку к операции, включая осмотр и консультацию врача специалиста ортопеда. Учитывая тяжесть патологии, больной был информирован о деталях и возможностях операции, о сроках восстановительного периода и возможных осложнениях. Пациенту было выполнено эндопротезирование с использованием слайд-остеотомии для сохранения отводящего мышечного аппарата, удалены гетеротопические оссификаты с установкой тотального бесцементного эндопротеза. Время операции составило 2 часа 50 минут, кровопотеря - 700 мл. Рентгенограммы пациента до операции и после эндопротезирования представлены на рисунках 19, 20.

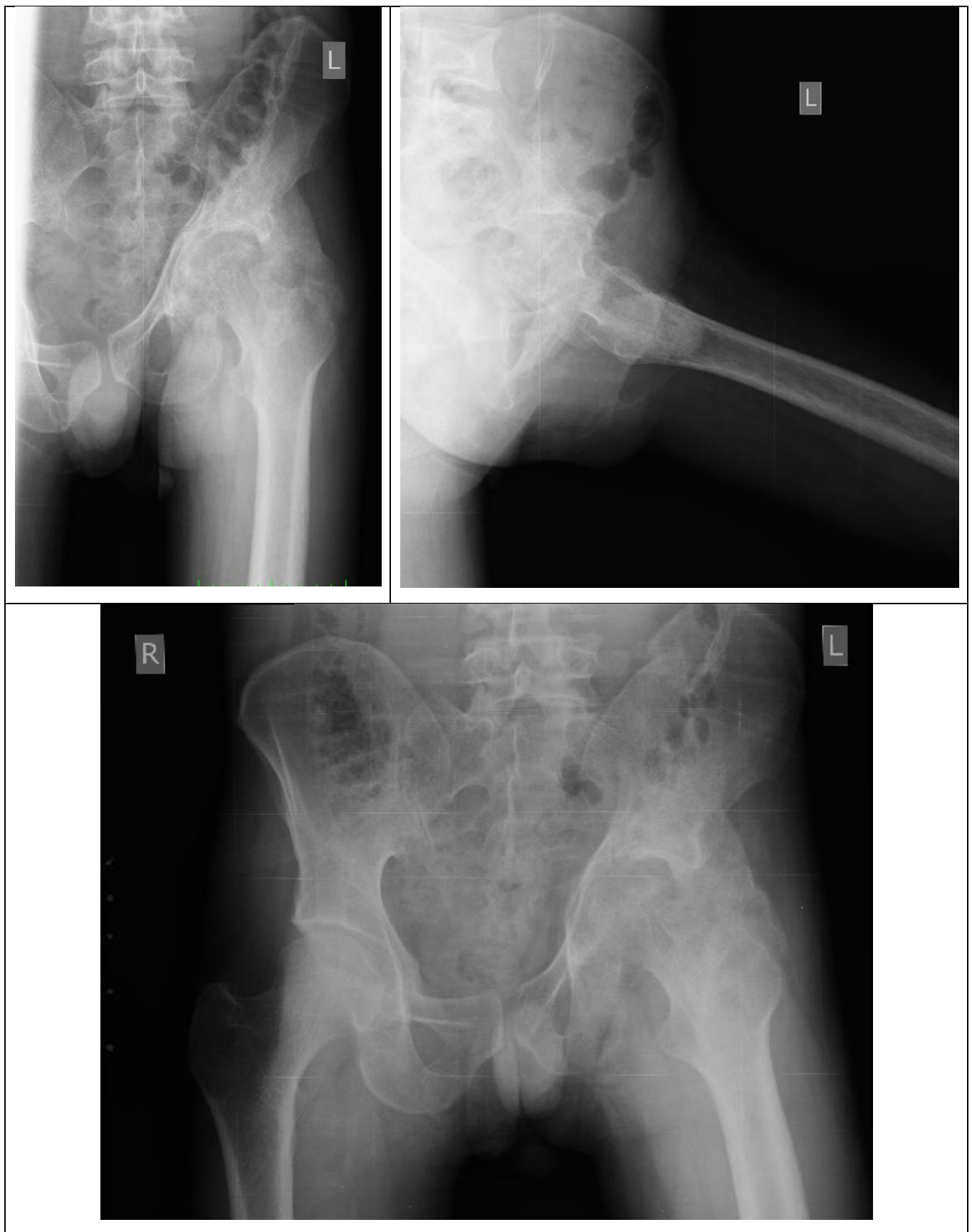


Рисунок 19. Рентгенограммы пациента перед оперативным вмешательством

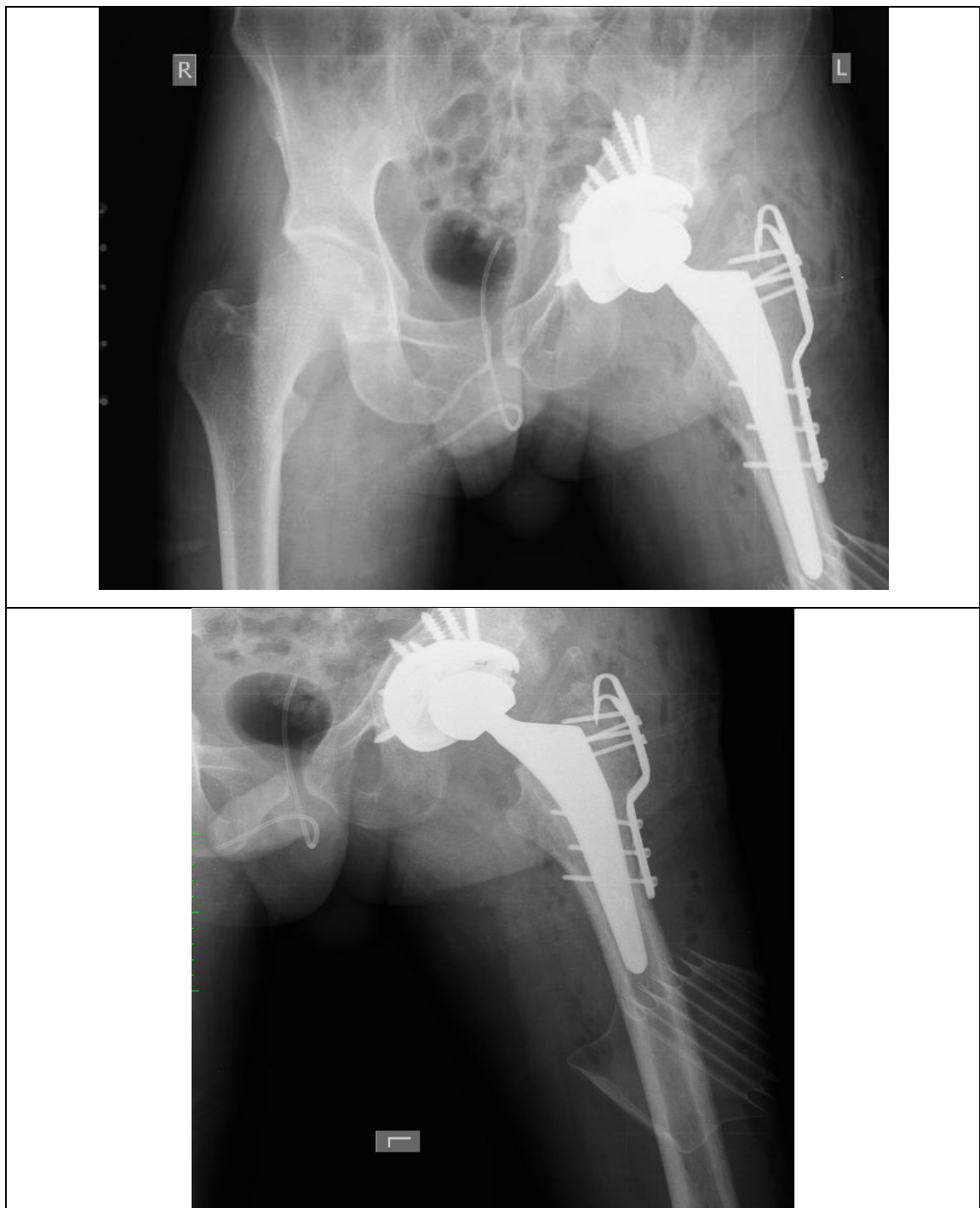


Рисунок 20. Рентгенограммы пациента после операции

Динамика функционального статуса и качества жизни представлена в таблице 13.

Таблица 13

Динамика показателей анкетирования на разных временных отрезках

Показатель	До опер.	Через 3 мес.	Через 12 мес.
Oxford Hip Score	12	38	44
EQ5D VAS	10	80	100
EQ5D	-0,069	0,747	0,778
Harris Hip Score	29	67	85
ВАШ боли	50	0	0
Удовлетворенность пациента по ВАШ		80	90
Ожидания по анкете HSS Hip Replacement expectations survey	100%	56%	64%

За время восстановительного периода у пациента значительно улучшилась двигательная активность и качество жизни по данным анкетирования. Однако интерпретация этих данных не позволяет судить об отличных результатах как на сроке 3 мес., так и через 1 год после операции, в особенности это видно по опроснику Харриса, где результат менее 70 расценивается как неудовлетворительный, 70-79 – как удовлетворительный, и только 80-89 – хороший и 90-100 – отличный. Как видно из таблицы, субъективная оценка пациентом была очень высокой уже на сроке 3 месяца, несмотря на несовершенные показатели других шкал.

Эти данные подтверждают гипотезу о том, что динамическое улучшение состояния играет ключевую роль в достижении удовлетворенности и не всегда объективная оценка в полной мере отражает достигнутый результат. Так же, несмотря на тяжесть исходной рентгенологической картины, сложность оперативного пособия и неполной реализации ожиданий пациента, при достаточной информированности больного можно достичь удовлетворенности пациента исходом эндопротезирования тазобедренного сустава.

Клинический случай 2:

Пациент N, женщина 41 года, рост – 164 см, вес 55 кг. С врожденной патологией обоих тазобедренных суставов. Поступила в стационар РНИИТО им. Р.Р. Вредена с двусторонним диспластическим коксартрозом 3 ст. по классификации Crow. В анамнезе со слов пациентки известно наличие вмешательств на обоих тазобедренных суставах в возрасте 4-х лет, объем которых не уточняется ввиду давности вмешательств. Пациентку беспокоили боль и ограничение движений в обоих тазобедренных суставах с 2009 г., хромоту. При осмотре у пациентки выраженное ограничение амплитуды движений: сгибание 80 гр., отведение и приведение по 10 гр., внутренняя ротация – 0 гр., наружная ротация – 5 гр. Укорочение левой нижней конечности по рентгенограммам составило 0,5 см. В связи с тем, что болевой синдром больше был выражен слева и, учитывая молодой возраст, было выполнено тотальное бесцементное эндопротезирование левого тазобедренного сустава эндопротезом типа Zweimuller. Время операции – 1 час 50 минут, кровопотеря – 300 мл. Рентгенограммы пациента до и после выполненной операции представлены на рисунке 21.





Рисунок 21. Рентгенограммы пациента до и после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава

Данные пред- и после операционных результатов анкетирования представлены в таблице 14.

Таблица 14

Динамика показателей анкетирования на разных временных отрезках

Показатель	До опер.	Через 3 мес.	Через 12 мес.
Oxford Hip Score	19	21	48
EQ5D VAS	65	50	100
EQ5D	0,516	0,538	1,0
Harris Hip Score	56	44	83
ВАШ боли	50	20	0
Удовлетворенность пациента по ВАШ		40	90
Ожидания по анкете HSS Hip Replacement expectations survey	100%	11%	72%

После операции прооперированная нижняя конечность удлинилась на 1,0 см. В раннем послеоперационном периоде пациентка стала отмечать более выраженную хромоту и связывала ее с отмеченной разницей длин нижних конечностей в 1 см. несмотря на то, что данной патологией больная страдает с детства. В послеоперационном периоде была консультирована врачом лечебной физкультуры. По мнению специалиста, хромота была связана с мышечной дистрофией и недостаточностью отводящего аппарата. Была рекомендована разработка движений и укрепление отводящих мышц. Результатом операции на момент выписки пациентка осталась недовольна, а через 3 месяца удовлетворенность достигла 40 баллов по визуально-аналоговой шкале. Как видно в таблице, в отношении объективизирующих шкал динамика до 3х месяцев незначительная за исключением болевого синдрома по ВАШ, а ожидания пациентки реализованы лишь на 11%. Однако к году после операции значительно улучшились показатели шкал и больше реализованы ожидания. Пациентка отметит почти полное восстановление, избавилась от трости и ждет выполнения операции на правом тазобедренном суставе.

Как отмечает зарубежный коллега Amar Ranawat из госпиталя специальной хирургии, после операции пациент сталкивается с такими проблемами как усталость, дискомфорт, боль, беспокойство и это не самое подходящее время для того, чтобы предоставлять ему информацию о его будущем. Проинформированные пациенты чувствуют себя увереннее и знают чего ожидать [37]. Вероятнее всего, неудовлетворенность пациентки в раннем восстановительном послеоперационном периоде была связана с недостаточной информированностью перед операцией. Больная впервые узнала о мышечном дефиците и потребности в ежедневных упражнениях для избавления от хромоты только после операции.

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА ПРИ ПОМОЩИ ОПРОСНИКА PPE-15 С ОЦЕНКОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

5.1 Языковая и культурная адаптация опросника впечатлений пациентов Пикера (PPE-15)

Перед началом сбора материала, аналогично опроснику ожиданий, была проведена языковая и культурная адаптация иностранного опросника впечатлений пациента Пикера (the Picker patient experience questionnaire – PPE-15). Опросник оценки впечатлений пациентов качеством оказания медицинской помощи PPE-15 включает 15 вопросов. Каждый вопрос кодируется для статистического анализа как дихотомический, что указывает на наличие или отсутствие проблемы. “Проблема” определяется как аспект медицинского обслуживания, который можно улучшить в глазах пациента [107]. Суммарное количество рассчитывается в процентном соотношении (0 – нет проблем ни в одном из аспектов, 100 – наличие проблемы во всех доменах). Все вопросы сгруппированы в 7 доменов: информирование, согласованность, психологический аспект, уважение к пациенту, физическое состояние, вовлеченность семьи и друзей, преемственность оказания помощи. Примеры вопросов представлены в таблице 15.

Пример вопросов из анкеты впечатлений пациентов Пикера
(the Picker PPE-15 survey)

When you had important questions to ask a doctor, did you get answers you could understand?

1. ☐ Yes, always
2. ☒ Yes, sometimes
3. ☒ No
4. ☐ I had no need to ask

Sometimes in hospital one doctor or nurse will say one thing and another will say something quite different.

Did this happen to you?

1. ☒ Yes, often
2. ☒ Yes, sometimes
3. ☐ No

Did doctors talk in front of you as if you weren't there?

1. ☒ Yes, often
2. ☒ Yes, sometimes
3. ☐ No

Did you want to be more involved in decisions made about your care and treatment?

1. ☒ Yes, often
2. ☒ Yes, sometimes
3. ☐ No

Закрашенные квадратики закодированы как 'проблема'.

Успешность стационарного лечения складывается из совокупности факторов. Субъективная оценка пациентом условий пребывания в стационаре зачастую вносит значимый вклад в результат многофакторной оценки качества лечения и в большей степени влияет на удовлетворенность пациента оказываемым лечением и уходом. На момент проведения настоящего исследования в Российской Федерации не существовало валидного, надежного, структурированного опросника для оценки впечатлений пациента, находившегося в стационаре. Переведенный и адаптированный нами опросник позволяет оценить различные аспекты оказания медицинской помощи с точки зрения пациента в условиях стационарного лечения, тем самым позволяя выяснить, насколько условия пребывания в стационаре влияют на общую структуру удовлетворенности лечебным процессом. Статистическая оценка полученных

результатов с определением коэффициента α -Кронбаха составившего 0.89 и внутриклассового коэффициента корреляции (ICC) составившего 0,85 (ДИ 95%, 0,791-0,912) позволила доказать высокую надежность опросника (табл. 16).

Таблица 16

Опросник впечатлений пациента Пикера (the Picker PPE-15 survey)

Информирование и обучение		
1	Если у вас возникали важные вопросы к лечащему доктору, получали ли вы понятный ответ?	☐ Да, всегда ☒ Да, иногда ☒ Нет ☐ Мне все было понятно
2	Если у вас возникали важные вопросы к медицинской сестре, получали ли вы понятный ответ?	☐ Да, всегда ☒ Да, иногда ☒ Нет ☐ Мне все было понятно
Согласованность		
3	Случалось ли с Вами в этой клинике такое, что суждения одного врача или мед. сестры расходилось с мнением другого врача или мед сестры?	☒ Да, часто ☒ Да, иногда ☐ Нет
Психологический аспект		
4	Если у вас были тревога или страхи относительно вашего состояния или лечения, обсуждал ли ваш врач их с вами?	☐ Да, в полном объеме ☒ Да, в определенной степени ☐ У меня не было тревог и страхов
Уважение к пациенту		
5	Создавалось ли у Вас впечатление при разговоре с врачами, что они говорят не с вами?	☒ Да, часто ☒ Да, иногда ☐ Нет
6	Хотели бы Вы быть в большей степени вовлеченным (-ой) в принятии решений относительно Вашего лечения и оказываемого за Вами ухода.	☒ Да, определенно ☒ Да, в некоторой степени ☐ Нет
7	В целом, находясь в больнице, чувствовали ли вы, что к Вам относятся с уважением и достоинством?	☐ Да, всегда ☒ Да, иногда ☒ Нет
Психологический аспект		
8	Если у вас были тревоги и страхи относительно вашего состояния или лечения, обсуждала ли медсестра их с вами?	☐ Да, в полном объеме ☒ Да, в определенной степени ☐ У меня не было тревог и страхов
9	Находили ли Вы кого-нибудь из медицинского персонала, с кем бы Вы могли поговорить о Ваших проблемах?	☐ Да, определенно ☒ Да, в некоторой степени ☒ Нет ☐ Меня ничего не беспокоило
Физическое состояние		

10	Испытывали ли Вы болевой синдром?	☐ Да ☐ Нет <i>Если да ...</i> <i>На Ваш взгляд, медицинский персонал сделал все возможное, чтобы помочь Вам справиться с болью?</i> ☐ Да, определенно ☒ Да, в некоторой степени ☒ Нет
Вовлеченность семьи и друзей		
11	Если у членов Вашей семьи или кто-то из близких Вам людей возникало желание поговорить с доктором, была ли у них достаточная возможность для этого.	☐ Да, определенно ☒ Да, в некоторой степени ☒ Нет ☐ Меня не сопровождали ни члены семьи, ни близкие мне люди ☐ Члены моей семьи не хотели или не были заинтересованы в дополнительной информации ☐ Я не хотел, чтобы члены моей семьи или друзья говорили с доктором
12	Предоставляли ли врачи или медицинские сестры всю необходимую информацию членам Вашей семьи, чтобы помочь Вам восстановиться?	☐ Да, определенно ☒ Да, в некоторой степени ☒ Нет ☐ Меня не сопровождали ни члены семьи, ни близкие мне люди ☐ Члены моей семьи или друзья не хотели или не нуждались в дополнительной информации
Преимственность оказания помощи		
13	Доступно ли кто-либо из персонала объяснял вам о назначениях медикаментов, которые вам следовало принимать дома после выписки из стационара?	☐ Да, полностью ☒ Да, в некоторой степени ☒ Нет ☐ Я не нуждался в объяснениях ☐ У меня не было медикаментов – см. вопрос 15
14	Говорил ли кто-либо из персонала вам о возможных побочных эффектах медикаментов, требующих внимания после выписки домой?	☐ Да, полностью ☒ Да, в некоторой степени ☒ Нет ☐ Я не нуждался в объяснениях
15	Рассказывал ли кто-нибудь Вам о тревожных сигналах относительно вашего заболевания или лечения, на которые следует обратить внимание после выписки домой из стационара?	☐ Да, полностью ☒ Да, в некоторой степени ☒ Нет

5.2 Качество оказания медицинской помощи в условиях специализированного стационара

В исследование по анализу качества медицинского обеспечения вошло 87 (42%) мужчин и 120 (58%) женщин. Средний возраст пациентов составил 49,4 лет (ДИ 95% 46,2–52,6). Среднее значение по визуально-аналоговой шкале боли 27,4 баллов (ДИ 95% 24,2–30,5), удовлетворенность медицинским обеспечением в среднем составила 93 балла (ДИ 95% 90,8–95,2); 91% пациентов готовы были рекомендовать своим родным и близким лечение в нашей клинике, 6% воздержались и оставили вопрос без ответа, 3% ответили отрицательно.

Нами был использован зарубежный опросник RPE - 15, поскольку опросник оценки качества медицинского обеспечения, разработанный в Российской Федерации: «Анкета по анализу удовлетворенности качеством предоставления медицинских услуг в стационарных условиях», утвержденная приказом от 2015 г. не стандартизован, некоторые вопросы несут общий смысл, например, «Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?» или «Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?». Нет четкого понимания, чем пациент удовлетворен конкретно или чем не удовлетворен. Такой тип шкал относится к номинальным, которые представляют никак не связанные между собой состояния или свойства исследуемого признака. Здесь отсутствуют главные атрибуты измерительных шкал, а именно упорядоченность, интервальность, нулевая точка. Наиболее часто для определения степени удовлетворенности пациентов используется порядковая шкала Ренсиса Лайкерта [1,124,47], которая была предложена еще в 1932 г. [120]. Порядковая шкала Лайкерта позволяет определить степень выраженности исследуемого признака, в частности, удовлетворенности пациентов. Хотя данный способ ранжирования широко распространен, нами была использована визуально-аналоговая шкала удовлетворенности, поскольку она отвечает всем требованиям измерительных шкал, которые перечислены выше.

Наиболее сильной оказалась связь между удовлетворенностью пациентов и 1, 3, 4 и 7-м доменами анкеты RPE -15 ($p < 0,001$). (табл. 17). Связи удовлетворенности с другими факторами выявлено не было.

Таблица 17

Оценка влияния наличия или отсутствия «проблемы» по каждому из доменов в анкете RPE -15 на удовлетворенность, критерий Стьюдента.

Удовлетворенность – RPE-15	Проблема	N	Средн.	95% ДИ	Стат-ка	p
1. Информирование	нет	375	93,1	(91,8 - 94,3)	t: 2,7734	<0,01
	есть	37	87,1	(81,9 - 92,1)		
2. Согласованность	нет	161	92,9	(91 - 94,8)	t: 1,5049	0,134
	есть	28	88,9	(82,4 - 95,4)		
3. Психологический аспект	нет	470	93,4	(92,4 - 94,5)	t: 2,906	<0,01
	есть	144	90,0	(87,6 - 92,4)		
4. Уважение к пациенту	нет	330	93,4	(92,2 - 94,6)	t: 2,5753	0,01
	есть	149	90,2	(87,8 - 92,6)		
5. Физическое состояние	нет	177	92,7	(90,8 - 94,6)	t: 0,26363	0,792
	есть	27	92	(86,9 - 97,1)		
6. Вовлеченность семьи и друзей	нет	339	92,8	(91,4 - 94,1)	t: 0,35615	0,722
	есть	407	92,5	(91,2 - 93,7)		
7. Преемственность оказания помощи	нет	497	93,8	(92,8 - 94,8)	t: 5,3232	<0,001
	есть	115	87,1	(84,1 - 90)		

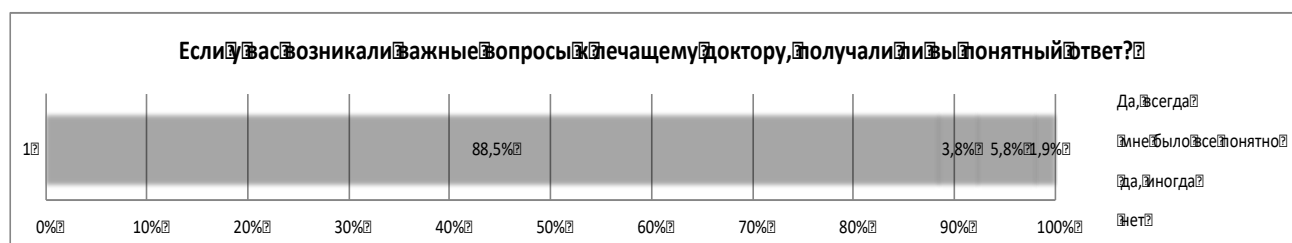


Рисунок 22. Домен 1, «информирование» (1-й вопрос) анкеты RPE-15

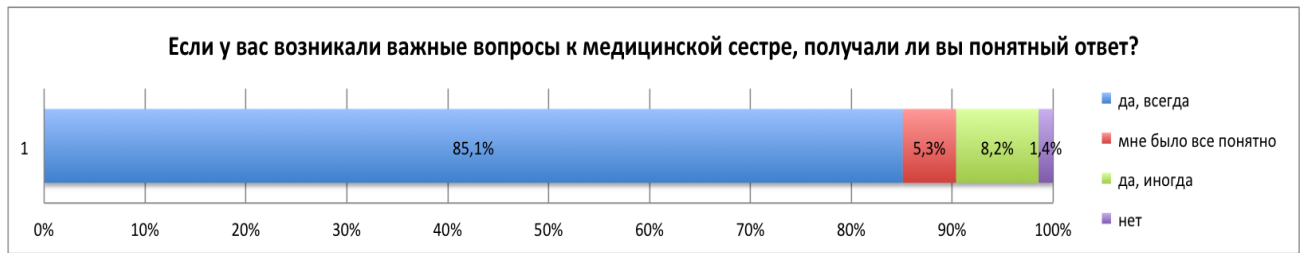


Рисунок 23. Домен 1, «информирование» (2-й вопрос) анкеты PPE-15

Первый домен состоит из двух вопросов, связанных с информированием пациентов (рис. 22, 23). Как видно на слайде почти 6 % пациентам были не совсем понятны ответы на вопросы, которые они получали от лечащего доктора, а 2% не понимали ничего. В отношении медсестер свыше 8% пациентов не получали ясный ответ и 1,5% процентов пациентам ответы не были понятны вообще. Третий домен состоит из одного вопроса об общей тревоге и страхе, 18% пациентов отмечали, что их лечащие доктора не в полном объеме уделяли им внимание по этому вопросу (рис. 24).

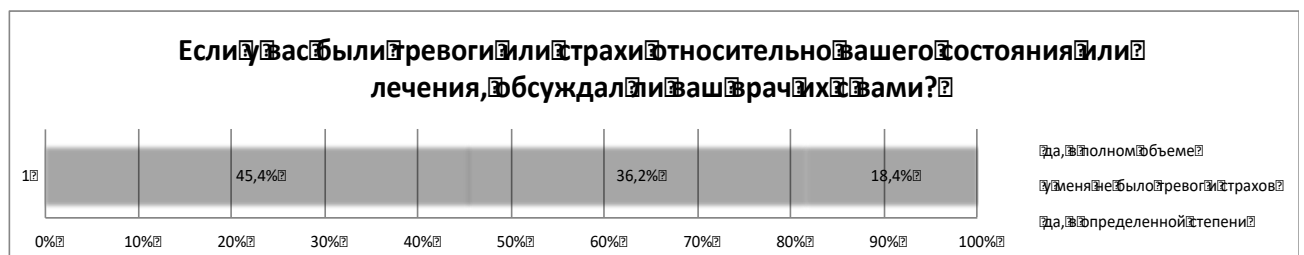


Рисунок 24. Домен 3, «психологический аспект» (4-й вопрос) анкеты PPE-15

По 4-му домену, который также оказался связанным с удовлетворенностью пациентов, 6% пациентов иногда казалось, что врач разговаривает не с ними. 3.4% пациентов это казалось часто. По последнему вопросу в целом почти половина пролеченных пациентов хотели бы быть более вовлеченными в принятии решений относительно лечения и оказываемого ухода. Отвечая на 7 вопрос почти 8% отметили, что с уважением к ним относятся иногда, а 3% чувствовали отсутствие уважения (рис. 25).

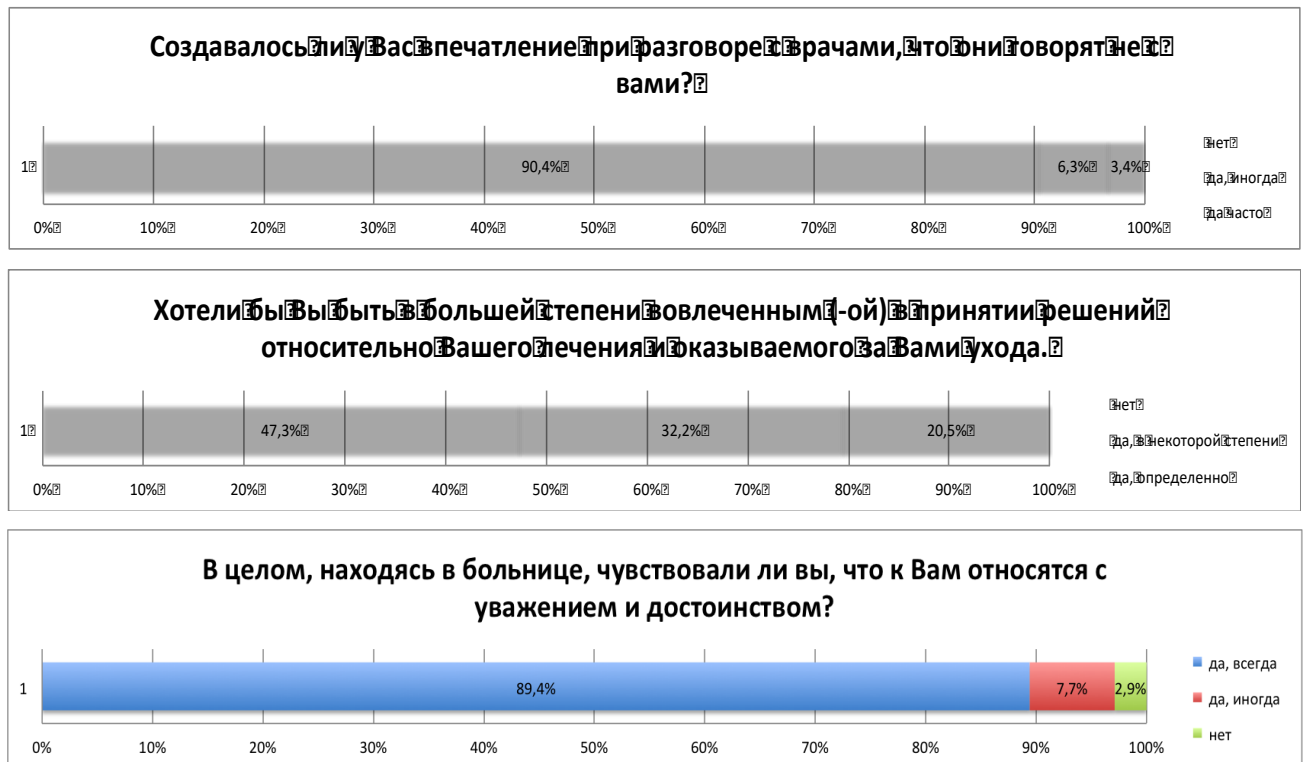


Рисунок 25. Домен 4, «уважение к пациенту» (5-7-е вопросы) анкеты PPE -15

Что касается 7 домена анкеты Пикера о преимущественности оказания помощи, то в 13 вопросе около 8% пациентов указали о том, что им в некоторой степени доступно были разъяснены рекомендации, а 4% вовсе отрицают, что им разъясняли о них что либо.

Согласно ответам на 14-й вопрос 9% пациентов не полностью поняли информацию о возможных побочных эффектах медикаментов, требующих внимания после выписки из стационара.

А по результатам 15-го вопроса 8,3% пациентов отмечают, что им не рассказывали о тревожных сигналах относительно их заболевания, на которые следовало обратить внимание после выписке домой (рис. 26).

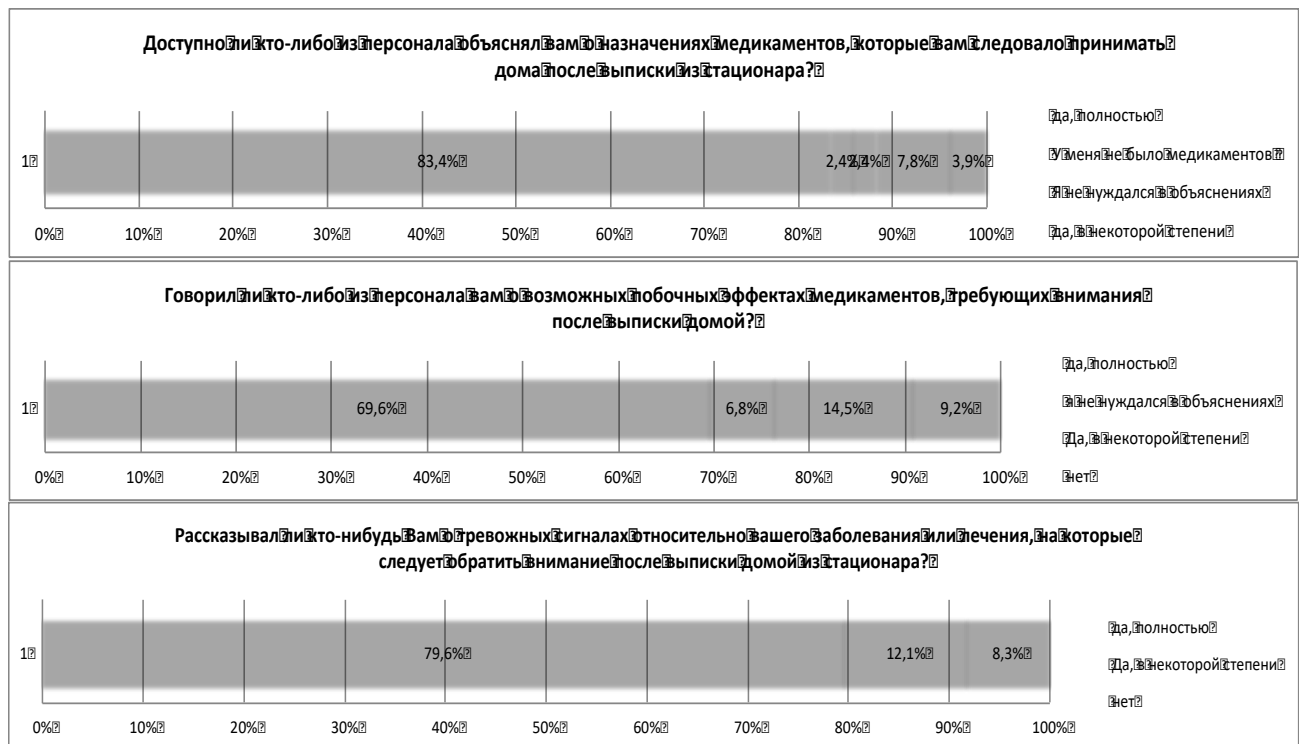


Рисунок 26. Домен 7, «преемственность оказания помощи» (13-15-е вопросы) анкеты PPE -15

Анкета PPE-15 активно применяется в ряде стран, в частности по данному опроснику были опрошены пациенты, поступившие в учреждения скорой помощи пяти стран: Англии, Германии, Швеции, Швейцарии и США, [107]. В таблице 18 для сравнения в последнем столбце представлены результаты опроса пациентов РНИИТО им. Р.Р. Вредена. Исходя из таблицы видно, что в целом картина по качеству оказания медицинской помощи в институте Вредена значительно лучше по большинству аспектам медицинской помощи, чем в других странах. Однако заставляют обратить внимание на себя 4-й и 6-й вопросы, где ответы хуже, чем в других стационарах. Четвертый вопрос – это психологический аспект – пациенты хотят, чтобы лечащие доктора больше беседовали с ними об их тревогах перед операцией. По 6-му вопросу большой процент пациентов хочет быть более вовлеченными в лечебный процесс.

Сравнительный результат опроса пациентов, указавших на “проблему” по каждому из вопросов анкеты PPE-15 в разных странах, %

Англия	Швейцария	Швеция	Германия	США	РНИИТО
28,1	12,7	21,6	17,5	23,9	7,6
24,1	10,9	15,3	13,0	28,7	9,0
23,3	14,6	17,7	15,4	17,9	13,3
15,1	5,1	8,2	11,7	15,9	18,1
34,1	17,8	35,7	23,7	23,6	9,5
32,6	18,6	31,2	26,2	32,4	48,6
30,6	17,6	28,6	27,6	33,5	10,5
29,7	11,4	13,6	10,0	12,5	21,9
59,3	35,5	53,3	45,9	36,9	28,6
20,1	9,0	11,1	12,9	17,3	13,3
32,8	15,2	14,1	17,3	27,6	18,1
38,3	16,7	22,0	27,8	25,5	16,7
23,2	11,1	16,5	16,5	13,7	11,4
35,8	31,2	44,4	31,5	29,4	23,3
59,9	33,8	46,7	44,2	31,9	20,0

Возможно, такая картина обусловлена тем, что анкетирование в других странах охватывало больницы скорой помощи, а наше в исследование включены пациенты, госпитализированные в плановом порядке.

По нашим данным, наибольшее значение в достижении удовлетворенности имеют «информирование», «уважение к пациенту», «психологический аспект» и «преимущество оказания помощи», о чем свидетельствуют статистические расчеты.

Данные литературы свидетельствуют, что большинство пациентов удовлетворены оказываемым медицинским уходом за ними [79,106,109]. Результаты, представленные в этой работе, так же указывают на высокий уровень удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи (93 балла). Кроме того, 91% пациентов отметили готовность рекомендовать своим родным и близким лечение в больнице, в которой они получали лечение. Однако многие респонденты, которые указали, что были удовлетворены своим здоровьем, также указывают на проблемы в различных аспектах медицинского ухода. Действительно, в отношении готовности рекомендовать больницу другим, некоторые пациенты указывали на «проблемы» по всем доменам вопросника Picker. Это, по-видимому, свидетельствует о том, что удовлетворенность пациентами и желание рекомендовать медицинское учреждение не означает, что все аспекты этой помощи были успешно выполнены в отношении больного.

Несмотря на то, что не все домены анкеты Пикера были связаны с удовлетворенностью пациентов, по результатам опроса видно, что и в их отношении пациенты так же указывали на проблемы в качестве оказания медицинских услуг. Так, касаясь второго домена, более 13% пациентам, находясь в клинике, иногда или часто казалось, что мнения одних врачей или мед. сестер расходились с мнениями других (рисунок 27). 72,5% пациентов отмечают, что испытывали болевой синдром, однако 13,1% из них отметили, что медицинский персонал делал не все возможное, чтобы помочь им справиться с болью (рисунок 28).



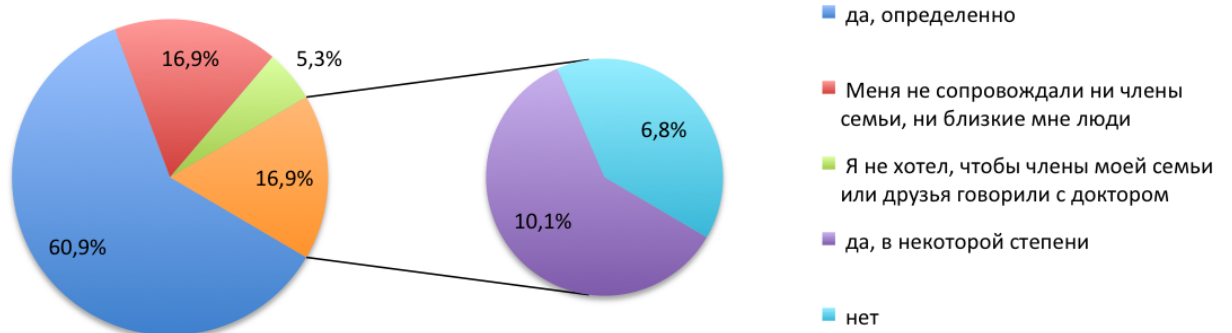
Рисунок 27. Домен 2, «Согласованность» (3-й вопрос) анкеты PPE -15



Рисунок 28. Домен 5, «Физическое состояние» (10-й вопрос)
анкеты PPE-15

Находясь в клинике, как правило, пациентов сопровождают близкие им люди, которые сопереживают им, беспокоятся о здоровье близкого им человека и имеют к докторам вопросы. Общение с родственниками пациентов, также имеет значение, ведь не всегда пациент способен воспринять ту информацию, которую врач может до него донести. В таких случаях помощь родственников напротив может оказывать дополнительное влияние на восприятие пациента. Несмотря на это понимание, шестой домен о вовлеченности родных и близких, также указал на дефекты оказания медицинской помощи. Оказалось, что родственникам почти 17% пациентов зачастую было трудно встретиться с лечащим доктором или у них не всегда была такая возможность. Такой же процент родных и близких посчитали, что получали не достаточно необходимой информации для того, чтобы помочь больному быстро восстановиться.

Если у членов Вашей семьи или кто-то из близких Вам людей возникало желание поговорить с доктором, была ли у них достаточная возможность для этого?



Предоставляли ли врачи или медицинские сестры всю необходимую информацию членам Вашей семьи, чтобы помочь Вам восстановиться?

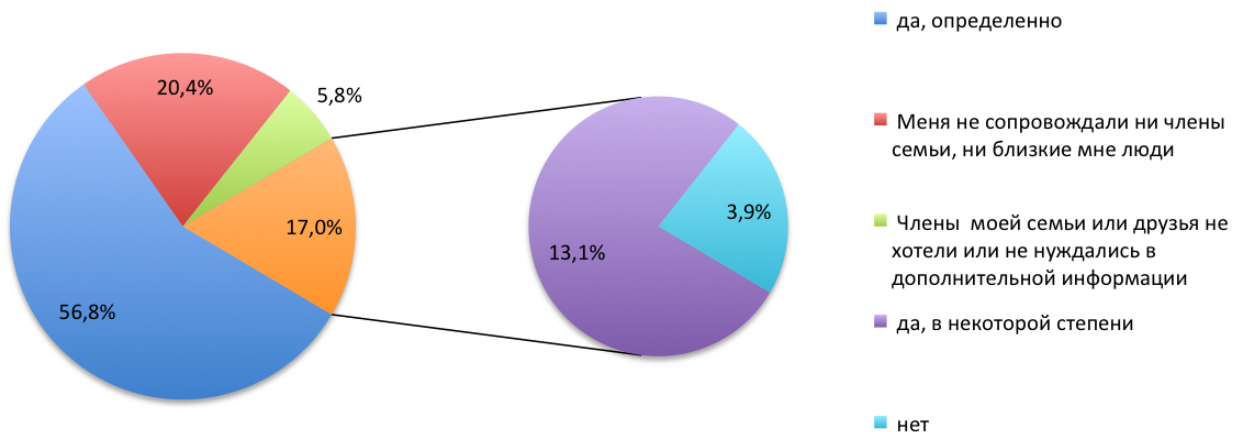


Рисунок 29. Домен 6, «Вовлеченность семьи и друзей» (11-12-е вопросы) анкеты PPE-15

Данное исследование показывает, что качество медицинских услуг и восприятие лечебного процесса больным строится из многих аспектов. Полученные данные позволили выявить те из них, которые в большей степени нуждаются в совершенствовании. Изучение потребностей больных с помощью предложенного опросника позволяет взглянуть на лечебный процесс с точки зрения пациентов и способствует улучшению взаимосвязи «врач-пациент» для достижения максимальной удовлетворённости не только достигнутым результатом оперативного лечения, но и всем лечебным процессом в клинике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современным трендом в оценке результатов лечения вообще и эндопротезирования суставов, в частности, является использование методов регистрации исходов пациентами (patients report outcomes). Данные методики позволяют в большей степени объективизировать получаемые результаты, исключая субъективный фактор лечащего врача.

Повышение удовлетворенности пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава – трудная задача. Несмотря на то, что замена тазобедренного сустава удовлетворяет многие потребности пациентов, остается небольшая группа больных, которые остаются не удовлетворены полученными результатами.

Первым этапом исследования были сформированы инструменты для получения необходимой информации. Предлагаемый опросник оценки ожиданий пациентов HSS Hip Replacement expectations survey позволит оптимизировать проведение этих исследований, поскольку лучшее понимание ожиданий пациентов является неотъемлемой частью анализа клинической эффективности эндопротезирования суставов [125]. Детализация потребностей пациента является также полезным инструментом в руках врача, поскольку выявление группы пациентов, имеющих завышенные ожидания, несоответствующие их функциональному статусу, позволяет осуществлять коррекцию «нереальных» требований и улучшать восприятие полученного результата в глазах оперируемых больных. По нашему мнению, опросник PPE-15 так же является полезным и простым инструментом для оценки впечатлений пациента по прошествии стационарного лечения, т.к. позволяет структурировать опыт пациента по таким параметрам как: информирование и обучение, психологический аспект, уважение к пациенту, физическое состояние, вовлеченность семьи и друзей, преемственность оказания помощи.

Тщательное соблюдение условий языковой и культурной адаптации позволило сохранить надежность и валидность опросников. Русскоязычные

версии HSS Hip Expectations Survey и Picker Patient Experience Questionnaire-15 являются надежными опросниками, сравнимыми с оригинальными версиями, которые могут быть рекомендованы русскоговорящим клиницистам для оценки ожиданий пациентов перед тотальным эндопротезированием тазобедренного сустава и анализа их реализации в послеоперационном периоде, а также для оценки удовлетворенности пациентов оказываемым уходом и лечением, направленным на повышение уровня оказываемой специализированной помощи.

Во второй части исследования мы провели анализ предоперационных потребностей пациентов, чтобы иметь представление о том, какие ожидания от операции по замене ТБС имеются у пациентов разных возрастных групп и социального статуса, с различной патологией тазобедренного сустава. Это позволило выявить группы пациентов с более высокими ожиданиями, чем у других пациентов. Так же попытались выявить факторы, которые могут оказывать влияние на этот параметр. Таким образом, особое внимание стоит обратить на пациентов с сопутствующей ортопедической патологией, а именно с болевым синдромом в смежных коленных и тазобедренных суставах, которая требует дополнительной диагностики. Также работающие пациенты и те, которым данное вмешательство выполняется впервые, имеют более высокие ожидания перед операцией. При детальном рассмотрении стало ясно, что, пожилые пациенты имеют меньше ожиданий в отношении физических упражнений, интимной жизни и активного отдыха, и больше предъявляют требований к бытовой активности. Молодые пациенты ожидают в большей степени получить возможность тренироваться, выполнять упражнения, улучшить возможность зарабатывать деньги и улучшения двигательной активности в интимной жизни. Такая же закономерность была обнаружена в отношении социального статуса, пола пациентов. В отношении патологии тазобедренного сустава, то требования отличаются. Пациенты с ФАИ и идиопатическим коксартрозом чаще других ожидали уменьшения болевого синдрома в дневное и ночное время. Напротив, больные с системной патологией опорно-двигательного аппарата в отношении уменьшения болевого синдрома предъявляли меньше всех требований. Хромота

беспокоила группу пациентов с ФАИ чаще всего, на втором месте пациенты с системной патологией, а на третьем – группа с посттравматическим коксартрозом. Однако при оценке взаимосвязи уровня предоперационных ожиданий пациентов с удовлетворенностью в послеоперационном периоде, мы не получили статистически значимой связи, что подтверждается некоторыми исследованиями зарубежных коллег, однако в других исследованиях авторы предполагают, что оптимистичные ожидания могут сами по себе приводить к более высокой удовлетворенности. Данные различия в результатах могут зависеть от многих факторов, начиная от этнокультурных особенностей пациентов разных стран, заканчивая уровнем медицинского обеспечения и ухода за больными и способами их информированием перед операцией. Трудно предположить, почему результаты разных исследований различаются в отношении предоперационных ожиданий и связи их с удовлетворенностью пациентов.

Последующее изучение реализации требований пациентов в послеоперационном периоде позволило определить, в какие сроки происходит наиболее полная встреча пациентами своих ожиданий. После замены сустава средние значения реализации ожиданий через 3 месяца составили 58% (ДИ 95% 56–59), а уже через год – 70% (ДИ 95% 68–72), при среднем предоперационном значении 68,7% (ДИ 95% 61–77). Что касается отдельных ожиданий исследуемых, то через 3 месяца только у 79% уменьшилась боль в дневное время среди тех, кому это было особенно важно, лишь 45% пациентов избавились от хромоты, у 50% отпала необходимость в использовании средств опоры, 53% опрошенных смогли самостоятельно подстригать ногти на ногах, 51% улучшили возможность активного отдыха и у 54% расширились возможности трудоустройства и зарабатывания денег. А через 12 месяцев происходит реализация ожиданий максимально полно или стремится к таковой по всем пунктам.

В третьей части исследования мы попытались выявить предикторы удовлетворенности и неудовлетворенности пациентов. Полученные нами данные свидетельствуют, что чем лучше функция сустава, определяемая по шкалам OHS и HHS на сроках 3 и 12 месяцев, и чем лучше качество жизни по анкете EQ5D,

тем выше их удовлетворенность результатом операции. Также с уменьшением болевого синдрома на сроках 3 и 12 повышается удовлетворенность результатом операции. Отсутствие болевого синдрома в смежных суставах также является значимым фактором в достижении удовлетворенности пациентов в сроки 3 и 12 месяцев после операции, что было вполне ожидаемо, поскольку боль является одним из главных предикторов нарушения качества жизни пациентов.

В отношении гипотезы о том, что оправдание ожиданий приводит к удовлетворенности, наши данные аналогичны исследованиям зарубежных авторов. Реализация ожиданий пациента является важным прогностическим фактором удовлетворенности после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Необходимо соблюдать тонкий баланс между высокими ожиданиями пациента и реальными возможностями операции. А в основе формирования ожидания пациентов должна лежать их полная информированность о результатах обследования и возможностях операции. Чем больше у пациентов оправдываются ожидания от проведенного лечения, тем выше их удовлетворенность результатами операции.

Активная послеоперационная реабилитация и обучение пациентов физиотерапевтами относительно их ожиданий в послеоперационном периоде могут обеспечить дополнительный вклад в удовлетворенность пациентов.

Наиболее значимыми предикторами неудовлетворенности пациентов через год после операции в нашем исследовании было наличие в анамнезе у пациентов оперативных вмешательств и сохраняющийся болевой синдром через 3 месяца после операции (рис. 30).

Крайне сложным, и не получившим должного освещения в литературе является вопрос объективной оценки качества выполненной операции (т.е. те или иные технические погрешности, которым невозможно дать должную оценку, например, травматичность операции), и его влияние на удовлетворенность пациента.

На наш взгляд, удовлетворенность пациента перенесенной операцией является неотъемлемой составляющей оценки результата лечения, порой более

важной, нежели оценка с использованием функциональных шкал, т.к. включает в себя интегрированный показатель отношения оперированного больного к проведенной операции. Оценка удовлетворенности может использоваться в сочетании с другими инструментами с целью более всестороннего анализа результатов первичного эндопротезирования тазобедренного сустава.

Накопление данных позволит изучать сложные взаимосвязи между болевым синдромом, функцией сустава, качеством жизни пациентов, их ожиданиями от предстоящей операции и их удовлетворенностью ее результатами. Выявление любого фактора риска неудовлетворенности пациента хирургическим вмешательством дает возможность, влияя на него, улучшить в дальнейшем восприятие пациентами результатов эндопротезирования тазобедренного сустава.

Показанные в нашем исследовании сроки достижения удовлетворенности результатами операции и степень выполнения ожиданий свидетельствуют о необходимости динамического наблюдения за пациентами и самоконтроля и терпеливого ожидания последних в процессе восстановления, поскольку окончательный результат операции должен оцениваться не ранее, чем через год после операции.



Рисунок 30. Предикторы удовлетворенности пациентов

Концепция удовлетворенности пациентов основана на многих факторах, которые пациент испытывает до, во время и после нахождения в лечебном учреждении. И ее реализация представляет для врачей немалые трудности. Изучение опыта нахождения пациентов и их семей в лечебном учреждении так же имеет одно из основополагающих значений, предоставляет врачам обратную связь, дает возможность улучшить медицинское обеспечение и качество лечения с точки зрения самой заинтересованной стороны лечебного процесса - больного.

ВЫВОДЫ

1. Анкета HSS Hip Replacement Expectations survey позволяет детально изучить ожидания пациентов от операции эндопротезирования ТБС, охватывающих широкий диапазон активности. Реализация предоперационных ожиданий пациентов составляет 75,4% через три месяца после операции и достигает 93% через год. При этом пациенты с сопутствующей ортопедической патологией, работающие пациенты и впервые оперируемые пациенты склонны к завышению предоперационных ожиданий, что ведет к невозможности их полной реализации.

2. Операция по замене тазобедренного сустава приводит двукратному улучшению качества жизни пациентов (от 0,342 до 0,727), вдвое увеличивает их двигательную активность (HHS – от 45,2 до 79,3, OHS – от 18,6 до 39,1), в три раза снижается интенсивность болевых проявлений (от 63 до 17,4 баллов по ВАШ) и через год после операции 92,7% пациентов удовлетворены проведенным лечением. Перечисленные показатели изменяются в динамике неравномерно, и доля полностью удовлетворенных пациентов, в период с 3 месяцев до года увеличивается на 15%, что свидетельствует о том, что окончательная оценка результатов должна осуществляться не ранее, чем через год после замены сустава.

3. Использование опросника впечатлений пациента Picker Patient Experience Questionnaire для оценки качества оказания медицинской помощи позволяет выявить те аспекты медицинского обеспечения, которые необходимо улучшить с точки зрения пациентов. Наиболее важными аспектами для пациентов является более широкое вовлечение в лечебный процесс, включающее обсуждение с врачами их тревоги относительно предстоящего лечения, доступное и полное разъяснение особенностей лечения и более четкие рекомендации при выписке из стационара. Периодическая оценка опыта и впечатлений пациента необходима для совершенствования качества оказания медицинской помощи, поскольку клинико-рентгенологические данные не всегда оказываются ключевыми факторами в достижении удовлетворенности больных.

4. Комплекс мероприятий, направленных на повышение удовлетворенности пациентов включает полноценное информирование их о предстоящей операции по замене сустава, ее возможностях в данном конкретном случае с учетом имеющихся функциональных нарушений и соответствующую коррекцию предоперационных ожиданий. Более широкое вовлечение пациентов в лечебный процесс позволяет выработать оптимальный по срокам и объему план послеоперационного восстановления и последующую адекватную реабилитацию, гарантирующие достижение ожидаемого результата.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Изучение ожиданий пациентов от операции эндопротезирования тазобедренного сустава с помощью адаптированного опросника HSS Hip Replacement Expectations Survey позволяет выделить группу больных с завышенными требованиями, которые идут в разрез с возможным функциональным исходом. Такие пациенты требуют повышенного внимания лечащего врача, поскольку неполная реализация ожиданий и несоответствие реального результата ожидаемому, ведет к неудовлетворенности пациентов и негативному восприятию исхода лечения.

2. Полноценное информирование больных о предстоящей операции с помощью информационного буклета по замене сустава, ее возможностях в каждом конкретном случае с учетом имеющихся функциональных нарушений и последующая коррекция ожиданий пациентов позволяют выработать адекватный по срокам и объему план послеоперационного восстановления. Для некоторых пациентов это единственный способ корректно обозначить свое реальное положение и потребности, когда на помощь выражению их мыслей приходят правильно составленные вопросы

3. Использование в повседневной практике анкеты впечатлений пациента Пикера (The Picker Patient Experience Questionnaire – PPE-15) позволит выявить те аспекты медицинского обеспечения, которые необходимо улучшить с точки зрения пациента. Ежегодная оценка опыта и впечатлений пациента необходима для совершенствования качества оказания медицинской помощи, поскольку клинико-рентгенологические данные не всегда оказываются ключевыми факторами в достижении удовлетворенности больных.

4. Оценка результатов должна проводиться не только на основании анализа клинико-функционального состояния пациентов, но и дополняться другими инструментами с целью более всестороннего анализа эффективности первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, с определением изменения качества жизни, полноты реализации предоперационных ожиданий и

степени удовлетворенности. При этом необходимо оценивать данные показатели в динамике с пониманием, что окончательные выводы о достигнутых результатах необходимо делать не ранее, чем через год после вмешательства.

5. Наличие у пациента ярко выраженных предикторов неудовлетворенности требуют немедленной реакции лечащего врача для своевременного устранения их возможного негативного влияния на восприятие пациентом результатов замены сустава.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеенко, А.М. Технология ускоренной реабилитации после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов (обзор литературы) / А.М. Агеенко, М.А. Садовой, О.В. Шелякина, М.А. Овтин // Травматология и ортопедия России. – 2017. – Т. 23, № 4. – С. 146-155.
2. Андреев, Д.В. Влияние хирургического доступа на функциональные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в раннем послеоперационном периоде / Д.В. Андреев, И.В. Наumenко, М.Ю. Гончаров [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2013. – № 3. – С. 13-21.
3. Ахтямов, И.Ф. Анализ изменений качества жизни пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава / И.Ф. Ахтямов, М.Э. Гурылева, А.И. Юосеф [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2007. – № 2. – С. 89-93.
4. Ахтямов, И.Ф. Оценка возможных параллелей между показателями качества жизни и клинико-функциональным состоянием у больных после эндопротезирования тазобедренного сустава / И.Ф. Ахтямов, М.Э. Гурылева, А.И. Юосеф [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2008. – № 1. – С. 71-74.
5. Воронцова, Т.Н. Краткий обзор оказания специализированной травматолого-ортопедической помощи взрослому населению Снкт-Петербурга / Т.Н. Воронцова, А.Ж. Черный // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии : сб. научных статей, посв. 110-летию РНИИТО им. Р.Р. Вредена. – СПб : РНИИТО им. Р.Р. Вредена, 2016. – С. 52-57.
6. Гуреева, И.Л. Психологическое состояние пациентов в период ожидания хирургической операции протезирования клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения / И.Л. Гуреева, Е.Р. Исаева // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2012 – Т. 304, № 45. – С. 83-87.

7. Деев, Р.В. Клеточные технологии в травматологии и ортопедии: пути развития / Р.В. Деев, А.А. Исаев, А.Ю. Кочиш, Р.М. Тихилов // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. – 2007. – Т. 2, № 4. – С. 18-31.
8. Загородний, Н.В. Регистры по эндопротезированию тазобедренного сустава / Н.В. Загородний, Ш.Л. Евгений, Г.Г. Батыгин // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2012. – № 3. – С. 66-71.
9. Загородний, Н.В. Эндопротезирование у лиц пожилого возраста при коксартрозах / Н.В. Загородний, А.С. Канаев, Н.П. Акимов [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2015. – № 2. – С. 73-80.
10. Кобякова, О.С. Удовлетворенность медицинской помощью: как измерить и сравнить? / О.С. Кобякова, И.А. Деев, Д.С. Тюфилин [и др.] // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2016. – Т. 49, №3. – Режим доступа: <file:///C:/Users/ivkolesnikova/Downloads/udovletvorennost-meditsinskoy-pomoschu-kak-izmerit-i-sravnit.pdf>
11. Коваленко, А.Н. Обеспечивают ли новые и более дорогие имплантаты лучший результат эндопротезирования тазобедренного сустава? / А.Н. Коваленко, И.И. Шубняков, Р.М. Тихилов, А.Ж. Чёрный // Травматология и ортопедия России. – 2015. – № 1. – С. 5-20.
12. Коваленко, А.Н. Первый опыт и технические особенности применения индивидуальных конструкций в ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава. / А.Н. Коваленко, С.С. Билык, А.О. Денисов [и др.] // Избранные вопросы хирургии тазобедренного сустава : сб. науч. статей. – СПб, 2016. – С. 103-107.
13. Колесников, М.А. Динамика показателей качества жизни у пациентов, перенесших эндопротезирование коленного сустава / М.А. Колесников, М.Э. Гурылева, И.Ф. Ахтямов [и др.] // Практическая медицина. – 2013. – № 1-2, Т. 2.
14. Корыткин, А.А. Опыт применения индивидуальных трехфланцевых вертлужных компонентов при ревизионном эндопротезировании тазобедренного

сустава / А.А. Корыткин, Д.В. Захарова, Я.С. Новикова [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2017. – Т. 23, № 4. – С.101-111.

15. Корьяк, В.А. Эпидемиология коксартроза / В.А. Корьяк, В.А. Сороковиков, В.В. Свистунов [и др.] // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – Т. 123. № 8. – С. 39-45.

16. Мазуренко, А.В. Оценка возможности восстановления длины конечности у пациентов с тяжелой степенью дисплазии тазобедренного сустава при различных вариантах хирургической техники эндопротезирования / А.В. Мазуренко, Р.М. Тихилов, И.И. Шубняков [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2010. – № 3. – С. 16-20.

17. Макарова, М.Р. Реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренных суставов на этапе функционального восстановления / М.Р. Макарова, Д.А. Сомов, И.В. Ксенофонтова // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93, № 2-2. – С. 99-100.

18. Машков, В.М. Результаты эндопротезирования при двустороннем врожденном вывихе бедра / В.М. Машков, В.В. Долгополов, В.А. Шильников [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. – С. 158.

19. Миронов, С.П. Ранние и среднесрочные результаты первичного эндопротезирования тазобедренного сустава с применением эндопротеза Ильяс / С.П. Миронов, А.В. Балберкин, Н.В. Загородний [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2015. – № 2. – С. 5-12.

20. Мистиславская, И.А. Качество жизни как показатель эффективности эндопротезирования / И.А. Мистиславская // Травматология и ортопедия России. – 2003. – № 2. – С. 78-80.

21. Мурылев, В.Ю. Пятилетние результаты применения керамических и керамополиэтиленовых пар трения при эндопротезировании тазобедренного сустава / В.Ю. Мурылев, Г.М. Кавалерский, Д.И. Терентьев // Травматология и ортопедия России. – 2017. – Т. 23, № 1. – С. 89-97.

22. Мурылев, В.Ю. Эндопротезирование тазобедренного сустава как возможность улучшения качества жизни пациентов старческого возраста с ложным суставом шейки бедренной кости / В.Ю. Мурылев, П.М. Елизаров, Я.А. Рукин [и др.] // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, № 5. – С. 725-732.
23. Неверов, В.А. Биомеханические исследования в оценке эффективности эндопротезирования / В.А. Неверов, С.Х. Курбанов, О.Л. Белянин [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – Т. 165, № 2. – С. 53-59.
24. Неверов, В.А. Отдалённые результаты эндопротезирования тазобедренного сустава / В.А. Неверов, С.Х. Курбанов, С.К. Серб // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – Т. 170, № 3. – С. 96-100.
25. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / А.А. Новик, Т.И. Ионова / под. ред. Ю.Л. Шевченко. — М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
26. Синеокий, А.Д. Кросс-культурная адаптация и валидация русскоязычной версии анкеты Oxford Knee Score для пациентов с гонартрозом, ожидающих выполнения первичного эндопротезирования [эл. ресурс] / А.Д. Синеокий, С.С. Билык, В.В. Близнюков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. – Режим доступа : <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26312> (дата обращения: 13.09.2018)
27. Слободской, А.Б. Среднесрочные результаты первичного эндопротезирования тазобедренного сустава имплантатами фирмы "ZIMMER" цементной и бесцементной фиксации / А.Б. Слободской, А.Г. Лежнев, И.С. Бадак [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2011. – № 2. – С. 44-49.
28. Тихилов, Р.М. Клиническая оценка результатов эндопротезирования тазобедренного сустава / Р.М. Тихилов, И.И. Шубняков, М.Ю. Гончаров [и др.] // Руководство по хирургии тазобедренного сустава / под ред. Р.М. Тихилова, И.И. Шубнякова. – СПб : РНИИТО им. Р.Р. Вредена, 2015. – Т. 2. – С.104-118.
29. Тихилов, Р.М. Организационно-методическая работа по созданию и развитию травматологической службы / Р.М. Тихилов, Т.Н. Воронцова, С.С. Лучанинов. – СПб, 2009. – 372 с.

30. Тихилов, Р.М. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава с укорачивающей остеотомией по методике Т. Раавилainen при полном вывихе бедра / Р.М. Тихилов, А.В. Мазуренко, И.И. Шубняков [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2014. – № 1. – С. 5-15.
31. Тихилов, Р.М. Структура ранних ревизий эндопротезирования тазобедренного сустава / Р.М. Тихилов, И.И. Шубняков, А.Н. Коваленко [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2014. – № 2. – С. 5-13.
32. Федосеев, А.В. Качество жизни у пациентов после тотального цементного и бесцементного эндопротезирования тазобедренного сустава / А.В. Федосеев, А.А. Литвинов, А.А. Чекушин [и др.] // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2014. – № 4. – С. 120-123.
33. Черкасов, М.А. Сравнительная оценка обоснованности использования русских версий шкал Харриса (HHS) и Оксфорд (OHS) для тазобедренного сустава / М.А. Черкасов, С.С. Билык, А.Н. Коваленко [и др.] // Избранные вопросы хирургии тазобедренного сустава : сб. науч. статей. – СПб, 2016. – С.148-152.
34. Шишлянникова, Л.М. Применение корреляционного анализа в психологии / Л.М. Шишлянникова // Психологическая наука и образование. – 2009. – № 1. – С. 98-107.
35. Шубняков, И.И. Русскоязычная версия опросника ожиданий HSS Hip Replacement expectations survey: языковая и культурная адаптация [электронный ресурс] / И.И. Шубняков, М.А. Черкасов, А.О. Бадмаев // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. – Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26292>.
36. Шубняков, И.И. Эпидемиология первичного эндопротезирования тазобедренного сустава на основании данных регистра артропластики РНИИТО им. Р.Р. Вредена / И.И. Шубняков, Р.М. Тихилов, Н.С. Николаев [и др.] // Травматология и ортопедия России. – 2017. – Т. 23, № 2. – С. 81-101.

37. Aditya, V. M. Multimodal Pain Management after Total Hip and Knee Arthroplasty at the Ranawat Orthopaedic Center / V.M. Aditya, C. Yossef, Amar S. Ranawat // Clin Orthop Relat Res. – 2009. – Vol. 467, N 6. – P. 1418–1423.
38. Allen Butler, R. The Frank Stinchfield Award: the impact of socioeconomic factors on outcome after THA: a prospective, randomized study / R. Allen Butler, S. Rosenzweig, L. Myers, R.L. Barrack // Clin. Orthop. Relat. Res. – 2011. – Vol. 469, N 2. – P. 339-347.
39. Alviar, M.J. Do patient-reported outcome measures in hip and knee arthroplasty rehabilitation have robust measurement attributes? A systematic review / M.J. Alviar, J. Olver, C. Brand [et al.] // J. Rehabil. Med. – 2011. – Vol. 43. – P. 572-583.
40. Anakwe, R.E. Predicting dissatisfaction after total hip arthroplasty: a study of 850 patients / R.E. Anakwe, P.J. Jenkins, M. Moran // J. Arthroplasty. – 2011. – Vol. 26, N 2. – P. 209-213.
41. Andersson, G. Hip assessment: a comparison of nine different methods / G. Andersson // J. Bone Joint. Surg. Br. – 1972. – Vol. 54, N 4. – P. 621-625.
42. Arden, N.K. What is a good patient reported outcome after total hip replacement? / N.K. Arden, A. Kiran, A. Judge [et al.] // Osteoarthr. Cartil. – 2011. – Vol. 19, N 2. – P. 155-162.
43. Avis, M. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction / M. Avis, M. Bond, A. Arthur // J. Advan. Nurs. 1995. – Vol. 22. – P. 316-322.
44. Aydin, D. No major effects of preoperative education in patients undergoing hip or knee replacement - a systematic review / D. Aydin, J. Klit, S. Jacobsen [et al.] // Dan. Med. J. – 2015. – Vol. 62, N 7. – pii: A5106.
45. Baker, P.N. The role of pain and function in determining patient satisfaction after total knee replacement. Data from the national joint registry for England and Wales / P.N. Baker, J.H. Van der Meulen, J. Lewsey, P.J. Gregg // J. Bone Joint Surg. Br. – 2007. – Vol. 89, N 7. – P. 893-900.

46. Baker, R. What type of practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction / R. Baker, J. Streatfield // *Br. J. Gen. Pract.* – 1995. – Vol. 45. – P. 654-659.
47. Baumann, C. Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery / C. Baumann, A.C. Rat, G. Osnowycz [et al.] // *BMC Musculoskelet. Disord.* – 2009. – Vol. 10. – P. 150.
48. Beaton, D.E. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures / D.E. Beaton, C. Bombardier, F. Guillemin, M.B. Ferraz // *Spine.* – 2000. – Vol. 25. – P. 3186-3191.
49. Beattie, M. Do the Institute of Medicines' (IOM) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care? – an integrative review / M. Beattie, A. Shepherd, B. Howieson // *J. Res. Nurs.* – 2012. – Vol. 18. – P. 288-304.
50. Beattie, M. Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol / M. Beattie, W. Lauder, I. Atherton, D. Murphy // *Syst. Rev.* – 2014. – Vol. 3. – P. 4.
51. Bellamy, N. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee / N. Bellamy, W.W. Buchanan, C.H. Goldsmith [et al.] // *J. Rheumatol.* – 1988. – Vol. 15, N 12. – P. 1833-1840.
52. Berkowitz, B. The patient experience and patient satisfaction: measurement of a complex dynamic / B. Berkowitz // *Online J. Issues Nurs.* – 2016. – Vol. 21, N 1. – P. 1.
53. Birrell, F. Projecting the need for hip replacement over the next three decades: influence of changing demography and threshold for surgery / F. Birrell, O. Johnell, A. Silman // *Ann. Rheum. Dis.* – 1999. – Vol. 58. – P. 569-572.
54. Bjorner, J.B. The Danish SF-36 Health Survey: translation and preliminary validity studies / J.B. Bjorner, K. Thunedborg, T.S. Kristensen [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 51, N 11. – P. 991-999.
55. Bland, J. Statistics notes: Cronbach's Alpha / J. Bland, D. Altman // *BMJ.* 1997. – Vol. 314, N 22. – P. 572.

56. Bonomi, A.E. Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Quality of Life Measurement System / A.E. Bonomi, D.F. Cella, E.A. Hahn [et al.] // Qual. Life Res. – 1996. – Vol. 5. – P. 1-12.
57. Bourne, R.B. Comparing patient outcomes after THA and TKA: Is there a difference? / R.B. Bourne, B. Chesworth, A. Davis [et al.] // Clin. Orthop. Relat. Res. 2010. – Vol. 468, N 2. – P. 542-546.
58. Bourne, R.B. Patient satisfaction after total knee arthroplasty: who is satisfied and who is not? / R.B. Bourne, B.M. Chesworth, A.M. Davis [et al.] // Clin. Orthop. Relat. Res. – 2010. – Vol. 468, N 1. – P. 57-63.
59. Brokelman, R.B.G. Patient versus surgeon satisfaction after total hip arthroplasty / R.B.G. Brokelman, C.J.M. Van Loon, W.J. Rijnberg // J. Bone Joint Surg. Br. – 2003. – Vol. 85, N 4. – P. 495-498.
60. Busch, C.A. Efficacy of periarticular multimodal drug injection in total knee arthroplasty. A randomized trial / C.A. Busch, B.J. Shore, R. Bhandari [et al.] // J. Bone Joint Surg. Am. – 2006. – Vol. 88, N 5. – P. 959-963.
61. Busch, C.A. The efficacy of periarticular multimodal drug infiltration in total hip arthroplasty / C.A. Busch, M.R. Whitehouse, B.J. Shore [et al.] // Clin. Orthop. Relat. Res. – 2010. – Vol. 468, N 8. – P. 2152-2159.
62. Carr-Hill, R.A. The measurement of patient satisfaction / R.A. Carr-Hill // J. Public Health Med. – 1992. – Vol. 14, N 3. – P. 236-249.
63. Cleary, P.D. Patients evaluate their hospital care: a national survey / P.D. Cleary, S. Edgman-Levitan, M. Roberts [et al.] // Health Aff. – 1991. – Vol. 10, N 4. – P. 254-267.
64. Clement, N.D. The outcome of primary total hip and knee arthroplasty in patients aged 80 years or more / N.D. Clement, D. MacDonald, C.R. Howie [et al.] // J. Bone Joint Surg. Br. – 2011. – Vol. 93, N 9. – P. 1265-1270.
65. Clohisy, J.C. AOA symposium: hip disease in the young adult: current concepts of etiology and surgical treatment / J.C. Clohisy, P.E. Beaulé, A. O'Malley [et al.] // J. Bone Joint Surg. Am. – 2008. – Vol. 90, N 10. – P. 2267-2281.

66. Coulter, A. The point of care measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses / A. Coulter, R. Fitzpatrick, J. Cornwell. – London : The Kings fund, 2009. – P. 1–32.
67. Council of Medical Speciality Societies. The measurement of health care performance: a primer from the CMSS. USA: United Health Services Inc; 2007. – https://cmss.org/wp-content/uploads/2015/07/CMSS-Quality-Primer-layout.final_.pdf
68. Cross, M. Patient expectations of hip and knee joint replacement surgery and postoperative health status / M. Cross, H. Lapsley, A. Barcenilla [et al.] // Patient. – 2009. – Vol. 2, N 1. – P. 51-60.
69. Daltroy, L.H. Preoperative education for total hip and knee replacement patients / L.H. Daltroy, C.I. Morlino, H.M. Eaton [et al.] // Arthritis Care Res. – 1998. – Vol. 11. – P. 469-478.
70. Dawson, J. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement / J. Dawson, R. Fitzpatrick, D. Murray [et al.] // J. Bone Joint Surg. Br. – 1998. – Vol. 80, N 1. – P. 63-69.
71. Dickstein, R. Total knee arthroplasty in the elderly: patients' self-appraisal 6 and 12 months postoperatively / R. Dickstein, Y. Heffes, E.I. Shabtai, E. Markowitz // Gerontology. – 1998. – Vol. 44, N 4. – P. 204-210.
72. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care / A. Donabedian // Milbank Q. – 2005. – Vol. 83, N 4. – P. 691-729.
73. Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment // Ann Arbour: Health Admin Press, 1980.
74. Dorr, L.D. Psychologic reasons for patients preferring minimally invasive total hip arthroplasty / L.D. Dorr, D. Thomas, W.T. Long [et al.] // Clin. Orthop. Relat. Res. – 2007. – N 458. – P. 94-100.
75. Dunbar, M.J. Subjective outcomes after knee arthroplasty / M.J. Dunbar // Acta Orthop. Scand. Suppl. – 2001. – Vol. 72, N 301. – P. 1-63.

76. Ekman, I. Commentary: Swedish initiative on person centred care / I. Ekman, H. Hedman, K. Swedberg, C. Wallengren // *BMJ*. – 2015. – Vol. 350. – P. 160.
77. Ekman, I. Person-centered care – ready for prime time / I. Ekman, K. Swedberg, C. Taft [et al.] // *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* – 2011. – Vol. 10. – P. 248-251.
78. Ethgen, O. Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature / O. Ethgen, O. Bruyere, F. Richy [et al.] // *J. Bone Joint Surg. Am.* 2004. – Vol. 86-A, N 5. – P. 963-974.
79. Ethgen, O. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration / O. Ethgen, A. Hopkins // *Soc. Health Illness*. – 1983. – Vol. 5. – P. 297-311.
80. Fitzpatrick, R. The assessment of patient satisfaction // *Assessment and Evaluation of Health and Medical Care*. Buckingham, UK : Open University Press, 1997.
81. Fortin, P.R. Outcomes of total hip and knee replacement: preoperative functional status predicts outcomes at six months after surgery / P.R. Fortin, A.E. Clarke, L. Joseph [et al.] // *Arthritis Rheum.* – 1999. – Vol. 42, N 8. – P. 1722-1728.
82. Francis, R. The mid Staffordshire NHS Foundation trust inquiry / R. Francis // *Nurse Education Today*. – 2013. – Vol. 33, N 3. – P.181-182. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691713000476?via%3Dihub>.
83. Gandhi, R. Patient expectations predict greater pain relief with joint arthroplasty / R. Gandhi, J.R. Davey, N.N. Mahomed // *J. Arthroplasty*. – 2009. – Vol. 24, N 5. – P. 716-721.
84. Gandhi, R. Predicting patient dissatisfaction following joint replacement surgery / R. Gandhi, J.R. Davey, N.N. Mahomed // *J. Rheumatol.* – 2008. – Vol. 35, N 12. – P. 2415-2418.
85. General practice in the National Health Service: a new contract // *Statutory Instruments*. – 2004. – Vol. 48, N 478. – P. 68-74. – http://www.legislation.gov.uk/wsi/2004/478/pdfs/wsi_20040478_mi.pdf

86. Gerteis, M. *Through the Patient's Eyes* / M. Gerteis, S. Edgman-Levitan, J. Daley, T. Delbanco. – San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1993.
87. Gesine, H. Effectiveness of rehabilitation after a total hip arthroplasty: a protocol for an observational study for the comparison of usual care in the Netherlands versus Germany / H. Gesine, W. Annet, D. Lazovic et al. // *BMJ Open* Aug. – 2017. – Vol. 7, N 8. – e016020.
88. Giraudet-Le Quintrec, J.S. Positive effect of patient education for hip surgery: a randomized trial / J.S. Giraudet-Le Quintrec, J. Coste, L. Vastel [et al.] // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 2003, N 414. – P. 112-120.
89. Graham, B. Measuring patient satisfaction in orthopaedic surgery / B. Graham, A. Green, M. James [et al.] // *J. Bone Joint Surg. Am.* – 2015. – Vol. 97, N 1. – P. 80-84.
90. Gurlit, S. Continuous spinal analgesia or opioid-added continuous epidural analgesia for postoperative pain control after hip replacement / S. Gurlit, S. Reinhardt, M. Mollmann // *Eur. J Anaesthesiol.* – 2004. – Vol. 21, N 9. – P. 708-714.
91. Haanstra, T.M. Systematic review: do patient expectations influence treatment outcomes in total knee and total hip arthroplasty? / T.M. Haanstra, T. Van den Berg, R.W. Ostelo [et al.] // *Health Qual. Life Outcomes.* – 2012. – Vol. 10. – P. 152.
92. Hardy, G.E. Components and predictors of patient satisfaction / G.E. Hardy, M.A. West, F. Hill // *Br. J. Health Psychol.* 1996. – Vol. 1. – P. 65–85.
93. Harris, I.A. Discordance between patient and surgeon satisfaction after total joint arthroplasty / I.A. Harris, A.M. Harris, J.M. Naylor [et al.] // *J. Arthroplasty.* – 2013. – Vol. 28, N 5. – P. 722-727.
94. Harris, L.E. Measuring patient satisfaction for quality improvement / L.E. Harris, R.W. Swindle, S.M. Mungai [et al.] // *Med. Care.* – 1999. – Vol. 37. – P. 1207-1213.
95. Haverkamp, D. Timing of arthroplasty, what is the influence of nocturnal pain and pain at rest on the outcome? / D. Haverkamp, R.B. Brokelman, C.J. Van Loon, A. Van Kampen // *Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc.* – 2013. – Vol. 21. – P. 2590-2594.

96. Hawker, G.A. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) / G.A. Hawker, S. Mian, T. Kendzerska, M. French // *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. – 2011. – Vol. 63, Suppl. 11. – P. 240-252.
97. Maradit, K.H., et. al. Prevalence of Total Hip and Knee Replacement in the United States / K.H. Maradit, R. Larson, C.S. Crowson, K.K. Walter // *J. Bone Joint Surg. Am.* 2015. – Vol. 97, N.17. – P. 1386–1397.
98. Hossain, M. Does pre-operative psychological distress affect patient satisfaction after primary total hip arthroplasty? / M. Hossain, D.J. Parfitt, D.J. Beard [et al.] // *BMC Musculoskelet. Disord.* – 2011. – Vol. 12. – P. 122.
99. Howell, J.R. Minimally invasive hip replacement: rationale, applied anatomy, and instrumentation / J.R. Howell, D.S. Garbuz, C.P. Duncan // *Orthop. Clin. North Am.* – 2004. – Vol. 35, N 2. – P. 107-118.
100. Hunt, S.M. A quantitative approach to perceived health status: a validation study / S.M. Hunt, S.P. McKenna, J. McEwen [et al.] // *J. Epidemiol. Community Health.* – 1980. – Vol. 34, N 4. – P. 281-286.
101. Institute of Medicine (IOM) Crossing the quality chasm: a new health system for 21st century. Washington DC: National Academy Press, 2001.
102. Iversen, M.D. Influence of self-reported limb length discrepancy on function and satisfaction 6 years after total hip replacement / M.D. Iversen, N. Chudasama, E. Losina [et al.] // *J. Geriatr. Phys. Ther.* 2011. – Vol. 34, N 3. – P. 148-152.
103. Jain, D. Do patient expectations influence patient-reported outcomes and satisfaction in total hip arthroplasty? A Prospective, Multicenter Study / D. Jain, I. Bendich, L.L. Nguyen [et al.] // *J. Arthroplasty.* – 2017. – Vol. 32, N 11. – P. 3322-3327.

104. Janse, A.J. Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis / A.J. Janse, R.J. Gemke, C.S. Uiterwaal [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* 2004. – Vol. 57, N 7. – P. 653-661.
105. Jauregui, J.J. Does co-existing lumbar spinal canal stenosis impair functional outcomes and activity levels after primary total hip arthroplasty? / J.J. Jauregui, S. Banerjee, K. Issa [et al.] // *J. Arthroplasty.* – 2015. – Vol. 30, N 9. – P. 1569-1573.
106. Jenkinson, C. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care / C. Jenkinson, A. Coulter, S. Bruster [et al.] // *Qual. Saf. Health Care.* – 2002. – Vol. 11. – P. 335-339.
107. Jenkinson, C. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries International / C. Jenkinson, A. Coulter, S. Bruster [et al.] // *J. Quality Health Care.* – 2002. – Vol. 14, N 5. – P. 353-358.
108. Jenkinson, C. Assessment and evaluation of health and medical care / C. Jenkinson // *Assessment and evaluation of health and medical care.* – Buckingham, UK: Open University Press, 1997.
109. Jenkinson, C. Measuring Health Status: A Brief but Critical Introduction / C. Jenkinson. – Oxford : Radcliffe Medical Press, 1998.
110. Jensen, M.P. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain / M.P. Jensen, C. Chen, A.M. Brugger // *J. Pain.* – 2003. – Vol. 4. – P. 407–414.
111. Johnson, J.A. Valuations of EQ-5D health states: are the United States and United Kingdom different? / J.A. Johnson, N. Luo, J.W. Shaw [et al.] // *Med. Care.* – 2005. – Vol. 43, N 3. – P. 221-228.
112. Jones, C.A. Total joint arthroplasties: current concepts of patient outcomes after surgery / C.A. Jones, L.A. Beaupre, D.W. Johnston [et al.] // *Rheum. Dis. Clin. North Am.* – 2007. – Vol. 33, N 1. – P. 71–86.

113. Kearney, M. Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery / M. Kearney, M.K. Jennrich, S. Lyons [et al.] // *Otho– P. Nurs.* 2011. – Vol. 30. – P. 391-396.
114. Kelly, B.T. Hip arthroscopy: current indications, treatment options, and management issues / B.T. Kelly, R.J. Williams, M.J. Philippon // *Am. J. Sports Medicine.* – 2003. – Vol. 31, N 6. – P. 1020-1037.
115. Kelly, E. Total hip replacement: patient satisfaction and early outcomes / E. Kelly, J. Campbell, – P. Murray // *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2013. – Vol. 26, N 3. – P. 262-268.
116. Kinnersley, P. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting ‘same day’ consultations in primary care / P. Kinnersley, E. Anderson, K. Parry [et al.] // *BMJ.* – 2000. – Vol. 320. – P. 1043-1048.
117. Knies, S.I. Utilities of the EQ-5D: transferable or not? / S.I. Knies, S.M. Evers, M.J. Candel [et al.] // *Pharmacoeconomics.* – 2009. – Vol. 27, N 9. – P. 767-779.
118. Kurtz, S.M. Future clinical and economic impact of revision total hip and knee arthroplasty / S.M. Kurtz, K.L. Ong, J. Schmier [et al.] // *J. Bone Joint Surg. Am.* – 2007. – Vol. 89 Suppl. 3. – P. 144-151.
119. Leplege, A. The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation / A. Leplege, E. Ecosse, A. Verdier, T. Perneger // *J. Clin. Epidemiol.* – 1998. – Vol. 51, N 11. – P. 1013-1023.
120. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes / R. Likert // *Arch. Psychology.* – 1932. – Vol. 22, N 140. – P. 1-55.
121. Liu, S.S. The effect of analgesic technique on postoperative patient-reported outcomes including analgesia: a systematic review / S.S. Liu, C.L. Wu // *Anesth. Analg.* – 2007. – Vol. 105, N 3. – P. 789-808.
122. Locock, L. Using a national archive of patient experience narratives to promote local patient-based co-design / L. Locock, G. Robert, A. Boaz [et al.] // *J. Health Serv. Res. Policy.* – 2014. – Vol. 4. – P. 200-207.

123. Mahmood, A. Minimally invasive hip arthroplasty: a quantitative review of the literature / A. Mahmood, M.S. Zafar, I. Majid [et al.] // Br. Med. Bull. – 2007. – Vol. 84. – P. 37-48.
124. Mahomed, N. The self-administered patient satisfaction scale for primary hip and knee arthroplasty [El. resource] / N. Mahomed, R. Gandhi, L. Daltroy [et al.] // Arthritis. – 2011. – Режим доступа: <https://www.hindawi.com/journals/arthritis/2015/216785/>.
125. Mahomed, N.N. The importance of patient expectations in predicting functional outcomes after total joint arthroplasty / N.N. Mahomed, M.H. Liang, E.F. Cook [et al.] // J. Rheumatol. – 2002. – Vol. 29, N 6. – P. 1273-1279.
126. Mancuso, C.A. Fulfillment of patients' expectations for total hip arthroplasty / C.A. Mancuso, J. Jout, E.A. Salvati, T.P. Sculco // J. Bone Joint Surg. Am. – 2009. – Vol. 91, N 9. – P. 2073-2078.
127. Mancuso, C.A. Patients with poor preoperative functional status have high expectations of total hip arthroplasty / C.A. Mancuso, T.P. Sculco, E.A. Salvati // J. Arthroplasty. – 2003. – Vol. 18. – P. 872-878.
128. Mancuso, C.A., Patients' expectations and satisfaction with total hip arthroplasty / C.A. Mancuso, E.A. Salvati, N.A. Johanson [et al.] // J. Arthroplasty. 1997. – Vol. 12, N 4. – P. 387-396.
129. Mannion, A.F. The role of patient expectations in predicting outcome after total knee arthroplasty / A.F. Mannion, S. Kampfen, U. Munzinger, I. Kramers-de Quervain // Arthritis Res. Ther. – 2009. – Vol. 11, N 5. – P. 139-144.
130. Mäntyselkä, P. Patients' versus general practitioners' assessments of pain intensity in primary care patients with non-cancer pain / P. Mäntyselkä, E. Kumpusalo, R. Ahonen, J. Takala // Br. J. Gen. Pract. – 2001. – Vol. 51, N 473. – P. 995-997.
131. Marcinkowski, K. Getting back to the future: a grounded theory study of the patient perspective of total knee joint arthroplasty / K. Marcinkowski, V.G. Wong, D. Dignam // Orthop. Nurs. – 2005. – Vol. 24, N 3. – P. 202-209.

132. Mariconda, M. Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term follow-up study / M. Mariconda, O. Galasso, G.G. Costa [et al.] // BMC Musculoskelet. Disord. - 2011. – Vol. 12, N 1. – P. 222.
133. Martin, R.L. Differences in physician and patient ratings of items used to assess hip disorders / R.L. Martin, N.G. Mohtadi, M.R. Safran [et al.] // Am. J. Sports Medicine. – 2009. – Vol. 37, N 8. – C. 1508-1512.
134. Mauermann, W.J. A comparison of neuraxial block versus general anesthesia for elective total hip replacement: a meta-analysis / W.J. Mauermann, A.M. Shilling, Z. Zuo // Anesth. Analg. – 2006. – Vol. 103, N 4. – P. 1018-1025.
135. McGregor, A.H. Does preoperative hip rehabilitation advice improve recovery and patient satisfaction? / A.H. McGregor, H. Rylands, A. Owen [et al.] // J. Arthroplasty. – 2004. – Vol. 19, N 4. – P. 464-468.
136. McHorney, C.A. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs / C.A. McHorney, J.E. Ware, A.E. Raczek // Med. Care. – 1993. – Vol. 31, N 3. – P. 247-263.
137. McLawhorn, A.S. Patient-reported allergies are associated with poorer patient satisfaction and outcomes after lower extremity arthroplasty: a retrospective cohort study / A.S. McLawhorn, B.T. Bjerke-Kroll, J.L. Blevins [et al.] // J. Arthroplasty. – 2015. – Vol. 30, N 7. – P. 1132-1136.
138. Mehta, B.Y. Disparities in outcomes for blacks versus whites undergoing total hip arthroplasty: a systematic literature review / B.Y. Mehta, A.R. Bass, R. Goto [et al.] // J. Rheumatol. – 2018. – Feb 1. pii: jrheum.170855.
139. Greene, M.E. et. al. Measures Do Not Predict Patient-reported Outcomes 1 Year After Total Hip Arthroplasty. / M.E. Green, O. Rolfson, M. Gordon // Clin. Orthop Relat. Res. – 2015. – Vol. 473, N 11. – P. 3370–3379
140. Muniesa, J.M. Analysis of the expectations of elderly patients before undergoing total knee replacement / J.M. Muniesa, E. Marco, M. Tejero [et al.] // Arch. Gerontol. Geriatr. – 2010. – Vol. 51. – P. 83-87.

141. Ng, C.Y. Quality of life and functional outcome after primary total hip replacement. A five-year follow-up / C.Y. Ng, J.A. Ballantyne, I.J. Brenkel // *J. Bone Joint Surg. Br.* – 2007. – Vol. 89, N 7. – P. 868-873.
142. Nguyen, U.S. Increasing prevalence of knee pain and symptomatic knee osteoarthritis: survey and cohort data / U.S. Nguyen, Y. Zhang, Y. Zhu [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 155. – P. 725-732.
143. Nilsson, A.K. Predictors of patient relevant outcome after total hip replacement for osteoarthritis: a prospective study / A.K. Nilsson, I.F. Petersson, E.M. Roos, L.S. Lohmander // *Ann. Rheum. Dis.* – 2003. – Vol. 62, N 10. – P. 923-930.
144. Noah, M. Mulligan Financial impact of total hip arthroplasty: a comparison of anterior versus posterior surgical approaches / M. Noah, R. Jared, T. Michael // *Arthroplasty Today.* – 2017. – Vol. 3, N 1. – P. 39-43.
145. Noble, P.C. The John Insall Award: patient expectations affect satisfaction with total knee arthroplasty / P.C. Noble, M.A. Conditt, K.F. Cook, K.B. Mathis // *Clin. Orthop. Relat. Res.* – 2006. – N 452. – P. 35-43.
146. Orozco, F.R. The role of minimally invasive hip surgery in reducing pain / F.R. Orozco, A. Ong, R.H. Rothman // *Inst. Course Lect.* – 2007. – Vol. 56. – P. 121-124.
147. Pacault-Legendre, V. Survey of patient satisfaction after total arthroplasty of the hip / V. Pacault-Legendre, J. P. Courpied // *Int. Orthop.* – 1999. – Vol. 23, N 1. – P. 23-30.
148. Palazzo, C. Determinants of satisfaction 1 year after total hip arthroplasty: the role of expectations fulfilment / C. Palazzo, C. Jourdan, S. Descamps [et al.] // *BMC Musculoskelet. Disord.* – 2014. – Vol. 15. – P. 53-59.
149. Pour, A.E. Minimally invasive hip arthroplasty: what role does patient preconditioning play? / A.E. Pour, J. Parvizi, P.F. Sharkey [et al.] // *J. Bone Joint Surg. Am.* – 2007. – Vol. 89, N 9. – P. 1920-1927.
150. Robertsson, O. Patient satisfaction after knee arthroplasty: a report on 27,372 knees operated on between 1981 and 1995 in Sweden / O. Robertsson, M. Dunbar, T. Pehrsson [et al.] // *Acta Orthop. Scand.* – 2000. – Vol. 71, N 3. – P. 262-267.

151. Roder, C. Influence of preoperative functional status on outcome after total hip arthroplasty / C. Roder, L.P. Staub, S. Eggli [et al.] // J. Bone Joint Surg. Am. – 2007. – Vol. 89. – P. 11-17
152. Rolfson, O. Patient-Reported Outcome Measures Working Group of the International Society of Arthroplasty Registries. Patient-reported outcome measures in arthroplasty registries. Report of the Patient-Reported Outcome Measures Working Group of the International Society of Arthroplasty Registries Part II. Recommendations for selection, administration, and analysis / O. Rolfson, E. Bohm, P. Franklin [et al.] // Acta Orthop. – 2016. – Vol. 87, Suppl. 1. – P. 9-23.
153. Rolfson, O. Patient-reported outcomes in the Swedish Hip Arthroplasty Register: results of a nationwide prospective observational study / O. Rolfson, J. Karrholm, L.E. Dahlberg [et al.] // J. Bone Joint Surg. Br. – 2011. – Vol. 93, N 7. 867-875.
154. Rolfson, O. Variables determining outcome in total hip replacement surgery / O. Rolfson, L.E. Dahlberg, J.A. Nilsson [et al.] // J. Bone Joint Surg. [Br]. – 2009. – Vol. 91, N 2. – P. 157-161.
155. Ross, C.K. A comparative study of seven measures of patient satisfaction / C.K. Ross, C.A. Steward, J.M. Sinacore // Medical Care. – 1995. – Vol. 33, N 4. – P. 392-406.
156. Rothwell, P.M. Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis / P.M. Rothwell, Z. McDowell, C.K. Wong, P.J. Dorman // Br. Med. J. – 1997. – Vol. 314, N 7094. – P. 1580-1583.
157. Sarasqueta, C. Primary hip replacement: first year results and predictive factors of poor outcome / C. Sarasqueta, A. Escobar, Y. Arrieta [et al.] // Rev. Es. P. Cir. Ortop. Traumatol. – 2012. – Vol. 56. – P. 3-10.
158. Scales, C.D. Jr. Triggering management for quality improvement / C.D. Scales Jr., K. Schulman // Health Serv. Res. – 2014. – Vol. 49, N 5. – P. 1401-1406.

159. Scott, C.E. Patient expectations of arthroplasty of the hip and knee / C.E. Scott, K.E. Bugler, N.D. Clement [et al.] // J. Bone Joint Surg. [Br]. – 2012. – Vol. 94, N 7. – P. 974-981.
160. Secretary of State for Health. The NHS Plan. London, UK: HMSO, 2000. – P. 134-137.
161. Shirley, E.D. Patient satisfaction: Implications and predictors of success / E.D. Shirley, J.O. Sanders // J. Bone Joint Surg. Am. – 2013. – Vol. 95, N 10. – P. e69.
162. Singh, J.A. Epidemiology of knee and hip arthroplasty: a systematic review / J.A. Singh // Open Orthop. J. – 2011. – Vol. 5. – P. 80-85.
163. Sitzia, J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies / J. Sitzia // Int. J. Qual. Health Care. – 1999. – Vol. 11, N 4. – P. 319-328
164. Sitzia, J. Patient satisfaction: a review of issues and concepts / J. Sitzia, N. Wood // Soc. Sci. Med. – 1997. – Vol. 45, N 12. – P. 1829-1843.
165. Smith, T.O. Minimally invasive versus conventional exposure for total hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis of clinical and radiological outcomes / T.O. Smith, V. Blake, C.B. Hing // Int. Orthop. – 2011. – Vol. 35, N 2. – P. 173-184
166. Taylor, S.E. Health psychology / S.E. Taylor. – New York: McGraw Hill, 1995.
167. Tilbury, C. Unfulfilled expectations after total hip and knee arthroplasty surgery: there is a need for better preoperative patient information and education / C. Tilbury, T.M. Haanstra, C.S. Leichtenberg [et al.] // J. Arthroplasty. – 2016. – Vol. 31, N 10. – P. 2139-2145.
168. Torres, T.M. Epidemiologia da osteoartrose / T.M. Torres, Ciconelli R.M. // Clínica ortopédica – atualização em osteoartroses. – Guanabara Koogan; Rio Janeiro, 2005.
169. Van Royen, P. The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person centred care, comprehensive

and holistic approach / P. Van Royen, M. Beyer, P. Chevallier [et al.] // *Eur. J. Gen. Pract.* – 2010. – Vol. 16. – P. 113-119.

170. Verra, W. Patient satisfaction and quality of life at least 10 years after total hip or knee arthroplasty / W. Verra, W.A. Kernkamp, J.A. van Hilten [et al.] // *Int. J. Orthop. Sci.* – 2016. – Vol. 2, N 2. – P. 5-9

171. Vissers, M.M. Psychological factors affecting the outcome of total hip and knee arthroplasty: a systematic review / M.M. Vissers, J.B. Bussmann, J.A. Verhaar [et al.] // *Semin. Arthritis Rheum.* – 2012. – Vol. 41, N 4. – P. 576-588.

172. Vogl, M. The impact of preoperative patient characteristics on health states after total hip replacement and related satisfaction thresholds: a cohort study / M. Vogl, R. Wilkesmann, C. Lausmann [et al.] // *Health. Qual. Life Outcomes.* – 2014. – Vol. 12. – P. 108-112.

173. Vresilovic, E.J. Incidence of thigh pain after uncemented total hip arthroplasty as a function of femoral stem size / E.J. Vresilovic, W.J. Hozack, R.H. Rothman // *J. Arthroplasty.* – 1996. – Vol. 11, N 3. – P. 304-311.

174. Ware, J. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity / J. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller // *Med. Care.* – 1996. – Vol. 34, N 3. – P. 220-233.

175. Ware, J.E. Defining and measuring patient satisfaction with medical care / J.E. Ware, M.K. Snyder, W.R. Wright [et al.] // *Eval. Program Plann.* - 1983. – Vol. 6, N 3-4. – P. 247-263.

176. Wensing, M. Research in patients' views in the evaluation and improvement of quality of care / M. Wensing, G. Elwyn // *Qual. Saf. Health Care.* – 2002. – Vol. 11. – P. 153-157.

177. Wiering, B. Meeting patient expectations: patient expectations and recovery after hip or knee surgery / B. Wiering, D. de Boer, D. Delnoij // *Musculoskelet. Surg.* – Nov 22. doi: 10.1007/s12306-017-0523-7. [Epub ahead of print].

178. Woodward, C.A. Patient satisfaction as an indicator of quality care in independent health facilities: developing and assessing a tool to enhance public

accountability / C.A. Woodward, T. Ostbye, J. Craighead [et al.] // Am. J. Med. Qual. – 2000. – Vol. 15. – P. 94-105.

179. Wright, J.G. A comparison of different indices of responsiveness / J.G. Wright, N.L. Young // J. Clin. Epidemiol. – 1997. – Vol. 50, N 3. – P. 239-246.

180. Wylde, V. Assessment of outcomes after hip arthroplasty / V. Wylde, A.W. Blom // Hip Int. 2009. – Vol. 19. – P. 1-7.

181. Wylde, V. Patient-reported outcomes after total hip and knee arthroplasty: comparison of midterm results / V. Wylde, A.W. Blom, S.L. Whitehouse [et al.] // J. Arthroplasty. – 2009. – Vol. 24, N 2. – P. 210-216.

182. Yoo, J.H. Patient expectations of total knee replacement and their association with sociodemographic factors and functional status / J.H. Yoo, C.B. Chang, Y.G. Kang [et al.] // J. Bone Joint Surg. [Br]. – 2011. – Vol. 93-B. – P. 337-344.

183. Yoon, R.S. Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay / R.S. Yoon, K.W. Nellans, J.A. Geller [et al.] // J. Arthroplasty. – 2010. – Vol. 25. – P. 547-551.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1



Эндопротезирование тазобедренного сустава

Информация для пациентов

Находится в печати

Пособие предназначено для пациентов, которым выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. В нем освещены все основные этапы периоперационного периода, а также даны рекомендации по реабилитации и дальнейшей жизни с новым суставом.

Если какие-то из положений данного пособия для Вас не понятны или не полностью отвечают на имеющиеся у Вас вопросы, обязательно проконсультируйтесь с лечащим врачом.

Авторы пособия: д.м.н. проф. Р.М. Тихилов, д.м.н. И.И. Шубняков, Черкасов М.А., к.м.н. Василькин А.К., Андриевская Н.С., к.м.н. Мясоедов А.А., к.м.н. Плиев Д.Г., к.м.н. Коваленко А.Н., к.м.н. Бояров А.А.

Содержание

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- Как устроен тазобедренный сустав?
- Почему разрушается тазобедренный сустав?
- Каковы симптомы поражения тазобедренного сустава и почему они возникают?
- Кто и на основании каких исследований должен поставить диагноз?
- Какие методы лечения существуют?
- Эндопротезирование тазобедренного сустава: Основы

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

- Медицинское обследование перед госпитализацией
- Класс эндопротезирования
- Сдача крови
- Отказ от курения
- Потребление алкоголя
- Осмотр зубов
- Лекарства
- Подготовка вашего дома
- Контроль веса
- Упражнения до операции

ПОДГОТОВКА ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

- Планирование вашего поступления
- Принятие душа и подготовка кожи
- Еда и напитки
- Что подготовить?

ЗА НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ ДО И В ДЕНЬ ОПЕРАЦИИ

- Поступление в клинику
- Подготовка к операции
- Протокол обезболивания
- Операция эндопротезирования

ВОССТАНОВЛЕНИЕ

- Восстановление после анестезии
- Медикаменты
- Еда и напитки
- Первый день после операции
- Второй-Третий день после операции
- Лечебная физкультура (ЛФК)

ВОЗВРАЩЕНИЕ ДОМОЙ

- Подготовка к выписке
- Выписка из больницы
- Меры предосторожности после эндопротезирования тазобедренного сустава
- Лекарственные препараты
- Контрольные осмотры
- Уход за раной
- Купание
- Реабилитация
- Полезные приспособления
- Работа
- Возможные осложнения
- Меры предосторожности на протяжении жизни
- Секс после эндопротезирования

ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

МЫ ДАРИМ СВОБОДУ ДВИЖЕНИЯ

Команда экспертов врачей РНИИТО им. Р.Р. Вредена приветствует вас в нашем лечебном учреждении и готова для выполнения операции по замене вашего тазобедренного сустава на новый.

Мы предлагаем продвинутое, самое современное лечение различных повреждений и заболеваний тазобедренного сустава с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента.

Высококвалифицированная команда специалистов по замене суставов, состоящая из хирурга – травматолога-ортопеда, ассистента врача, анестезиолога, медсестер, физиотерапевта, врача лечебной физкультуры (ЛФК) призвана лечить различные заболевания с учетом индивидуальных особенностей, используя персональный подход. Для вас будет разработан индивидуальный план лечения.

Наши врачи стремятся сегодня обеспечить не только превосходное лечение пациентов, но и выполнять прорывные исследования, необходимые для улучшения имеющихся результатов.

В этом духе наша клиническая команда преданна вам, независимо от того, как тяжела травма или заболевание. РНИИТО им. Р.Р. Вредена предоставляет вам широкий спектр диагностических, консервативных и хирургических средств лечения патологии тазобедренного сустава.

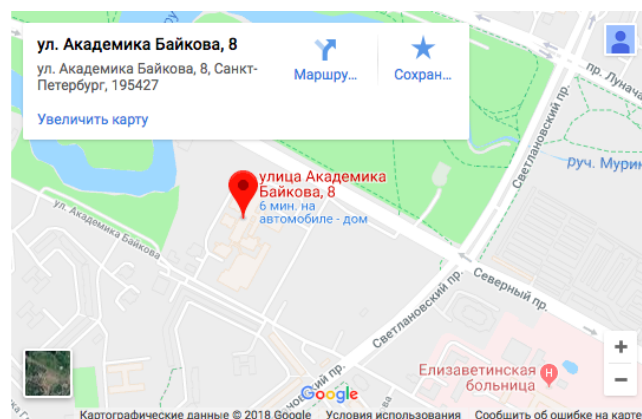
Команда экспертов-врачей поможет вам на каждом шагу лечебного пути, с момента, когда будет запланирована операция и до процесса реабилитации.

Наша цель - Вернуть вас к безболезненному, активному образу жизни. Ваше качество жизни – наш приоритет.

Месторасположение специалистов клиники РНИИТО им. Р.Р. Вредена:

195427, г.Санкт-Петербург, улица академика Байкова дом 8

- От Ст. М. Политехническая - маршрутное такси N252A
- От Ст. М. Академическая - маршрутное такси N278A
- От Ст. М. Озерки - маршрутное такси N278



Общая информация

Как устроен тазобедренный сустав?

Почему разрушается тазобедренный сустав?

Каковы симптомы поражения тазобедренного сустава и почему они возникают?

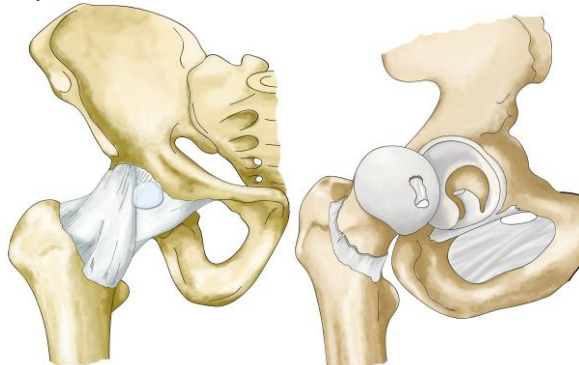
Кто и на основании каких исследований должен поставить диагноз?

Какие методы лечения существуют?

Эндопротезирование тазобедренного сустава: Основы

КАК УСТРОЕН ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ?

Тазобедренный сустав один из самых крупных суставов в организме человека. По сути своей он является шаровидным. В его образовании принимают участие вертлужная впадина (образованная костями таза), имеющая форму «чаши», и головка бедренной кости- «шар». Вертлужная впадина изнутри, а головка бедренной кости снаружи равномерно покрыты суставным хрящом, основная функция которого обеспечение беспрепятственного, безболезненного скольжения и амортизации. Снаружи сустав покрыт капсулой, образованной связками, посредством которой головка бедренной кости фиксирована в вертлужной впадине. Внутренняя поверхность капсулы выстлана специальными клетками - синовиоцитами, образующими синовиальную оболочку. Эти клетки вырабатывают синовиальную жидкость, которая не только является «смазкой» сустава, но и обеспечивает питание суставного хряща. Движения в суставе обеспечиваются мышцами.



ПОЧЕМУ РАЗРУШАЕТСЯ ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ?

Факторы риска

Факторами риска первичного остеоартроза являются: наследственная предрасположенность, избыточная масса тела, пожилой возраст, специфические профессии. Кроме этого, заболеваемость остеоартрозом зависит от пола и расовой/этнической принадлежности.

К генетическим факторам относятся: наследственные нарушения и мутации коллагена II типа, другие наследственные заболевания костей и суставов, врожденные нарушения развития сустава (дисплазии).

Накладывают отпечаток на развитие и прогрессирование остеоартроза негенетические (ненаследуемые) множественные факторы, такие как:

- возраст, остеопороз;
- избыточная масса тела;
- нарушение эндокринного баланса организма, в том числе снижение секреции эстрогенов(постменопаузальный период);
- метаболические нарушения в организме;
- дефицит в организме микроэлементов;
- нарушение развития (дисплазия) и приобретенные заболевания костей и суставов;

- нейродистрофические проявления патологического процесса в пояснично-крестцовом (синдром пояснично-подвздошной мышцы, воспалительный процесс в суставе).

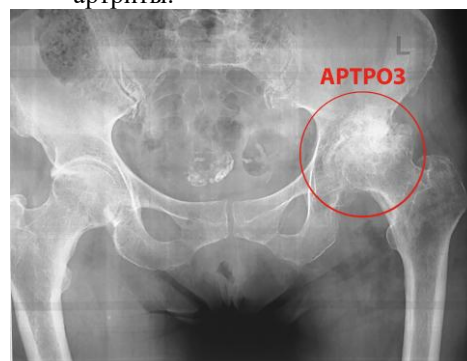
Следующие факторы риска остеоартроза — факторы окружающей среды:

- переохлаждение;
- нарушение экологического равновесия;
- действие химических токсинов;
- травма сустава, повторяющиеся микротравмы;
- операции на суставах .
- род занятий и физическая активность на работе.

В настоящее время известно множество различных патологических состояний приводящих к разрушению тазобедренного сустава. Условно причины разрушения тазобедренного сустава можно разделить травмы, последствия травм и нетравматические.

Причинами развития коксартроза являются:

- идиопатический (беспричинный, возрастной) коксартроз
- асептический некроз головки бедренной кости
- диспластический коксартроз, врожденный подвывих головки бедра, составляющий около 20% всех дегенеративных артрозов тазобедренного сустава, и чаще встречающийся у женщин.
- переломы таза и вертлужной впадины.
- переломы бедра.
- переломы и некрозы головки бедра с изменением шеечно-диафизарного угла.
- доброкачественные и злокачественные костные опухоли.
- артрозы, вызванные болезнью Педжета.
- анкилозные спондилиты и ревматоидные артриты.



Перелом шейки бедра – это в 90% участь пожилых людей старше 65 лет, женщины страдают в три раза чаще, чем мужчины. Причины перелома шейки бедра сильно отличаются у молодых и пожилых пациентов. У пациентов старшего возраста переломы шейки бедра наступают на фоне уменьшения прочности костей, так называемого остеопороза, развивающегося после наступления

Остеопороз развивается и у мужчин в престарелом возрасте, но обычно в меньшей степени. Кости, подверженные остеопорозу, могут сломаться даже при обычном падении на ровном месте. Факторами риска переломов шейки бедра также являются неврологические заболевания, ослабленное зрение, онкологические заболевания, недостаточность питания и сниженная физическая активность. У молодых пациентов переломы шейки бедренной кости, связаны с так называемой высокоэнергетической травмой - дорожно-транспортные происшествия, падения с большой высоты и др. Посттравматический коксартроз — разрушение сустава наступает вследствие неправильных взаимоотношений в нем (дисконгруэнтность суставных поверхностей), вызванных последствиями переломов вертлужной впадины и/или головки бедренной кости. Травматизация сустава. Травмы, особенно хронические, приводят к развитию коксартроза даже у молодых людей, у которых по естественным причинам артроза быть еще не должно. Хроническая травма (микротравма) способствует "накоплению" в суставе повреждений, со временем вызывающих атрофию хряща или разрушение подлежащей кости с ее последующей деформацией и развитием коксартроза. посттравматический коксартроз (в результате переломов вертлужной впадины, головки и шейки бедренной кости); Травмы тазобедренного сустава, такие как перелом головки бедренной кости, перелом края вертлужной впадины, контузия головки бедра, ее вывих могут привести к развитию патологических изменений в нем. Травма приводит к нарушению кровообращения в головке бедренной кости, что со временем и приводит к развитию посттравматического коксартроза. Посттравматический коксартроз часто развивается на фоне перенесенных операций на тазобедренном суставе по поводу различных его повреждений.	менопаузы. Ложный сустав шейки бедренной кости — является последствием несросшегося перелома шейки бедренной кости. Для формирования ложного сустава имеют значение значительное расхождение костных отломков после их репозиции, недостаточная иммобилизация или преждевременное ее прекращение, чрезмерно ранняя нагрузка на поврежденный сегмент конечности, нагноение в зоне перелома, местное нарушение кровоснабжения костных отломков. Реже ложный сустав образуются после ортопедических операций на костях, например остеотомии, и при патологических переломах. . Однако и после остеосинтеза различными видами фиксаторов (трехлопастный гвоздь, винт, болт и др.) в 10-20% случаев костного сращения не наступает.  ЛОЖНЫЙ СУСТАВ КАКОВЫ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА И ПОЧЕМУ ОНИ ВОЗНИКАЮТ? 1. Боль в паху — при заболеваниях тазобедренного сустава возникает вначале при значительной физической нагрузке, затем при минимальных движениях в суставе. При травмах с переломом костей образующих сустав возникает сразу, любая попытка движения травмированной конечностью вызывает резкую боль. Причины: • патологическое разрастание синовиальной оболочки - ее ущемление в суставе; • чрезмерная выработка синовиальной жидкости - повышение внутрисуставного давления; • инфаркт (омертвление) участка головки бедренной кости - повышение внутрикостного давления; • износ суставного хряща - трение кость о кость; • перелом шейки бедренной кости - смещение отломков друг относительно друга. N.B.! (Боли не связанные с физической нагрузкой, возникающие в ночное время и/или идущие по задней поверхности бедра являются в большинстве случаев признаками заболевания
--	---

	позвоночника)
2. Ограничение амплитуды движений - при заболеваниях нарастает постепенно, как правило, первым признаком является ограничение внутренней ротации пораженной конечности. При травмах возникает сразу, резкие боли делают невозможным даже малейшее движение травмированной конечностью. Причины: • болевой синдром - рефлекторное ограничение движений в суставе при травме. При этом, капсульно-связочный аппарат сустава и мышцы как правило неизменены или изменения в них минимальны; • контрактура - снижение эластичности, рубцовое перерождение капсульно-связочного аппарата тазобедренного сустава и окружающих мышц; • патологическое разрастание костной ткани (остеофиты, оссификаты) - «замуровывает сустав» механически ограничивая амплитуду движения. 3. Укорочение конечности - чаще выявляется на последних стадиях заболевания, нарастает постепенно. Абсолютное, относительное, кажущееся. При переломе шейки бедренной кости со смещением отломков возникает сразу. Причины: • приводящая контрактура; • перекос таза. • деформация «сплющивание» головки бедренной кости; • увеличение глубины вертлужной впадины (протрузия); • смещение отломков при переломе бедренной кости; После операции при наличии длительно существующего укорочения нижней конечности, в послеоперационном периоде могут возникнуть ложное ощущение удлинения оперированной конечности. Обычно в течении от полугода до года дискомфорт связанный с ощущением разной длины конечностей проходит. 4. Вынужденное положение конечности – возникает вследствие перечисленных выше причин и обусловлено снижением эластичности, рубцовым перерождением капсульно-связочного аппарата тазобедренного сустава и окружающих мышц. Все перечисленные симптомы приводят к нарушению опороспособности пораженной нижней конечности, снижению двигательной активности, затруднению самообслуживания и, как следствие, снижению качества жизни.	КТО И НА ОСНОВАНИИ КАКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДОЛЖЕН ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ? Диагноз может быть поставлен только квалифицированным врачом травматологом-ортопедом имеющим опыт в лечении данной патологии. N.B.! (Неправильно поставленный диагноз повлечет за собой неправильное лечение, что не только не избавит вас от болезни, но и может повлечь за собой резкое ухудшение состояния) Постановка диагноза осуществляется на основании: • жалоб на момент обращения к врачу; • анамнеза заболевания (как протекало заболевание, в какой последовательности появлялись те или иные симптомы, с какой интенсивностью они нарастали); • анамнез жизни – позволяет выявить скрытые причины возникновения заболевания, скорректировать медикаментозную терапию и определить противопоказания к тому или иному виду лечения; • общий осмотр – позволяет выявить заболевание, которым пациент не придавал ранее значения, но которые могут быть противопоказанием для того или иного вида лечения; • местный статус – позволяет посредством различных тестов выявить степень нарушения функции пораженного сустава; • рентгенологическое обследование – помогает уточнить стадию заболевания, выраженность патологических изменений костей образующих сустав, определить тактику лечения. Так же этот метод является ведущим при подборе типа эндопротеза и методов его фиксации; • при необходимости могут быть назначены дополнительные методы обследования, помогающие определиться с диагнозом и последующим лечением при неясных или спорных случаях. КАКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СУЩЕСТВУЮТ? 1. Консервативное - целесообразно на ранних стадиях заболевания и направлено на продление «жизни» пораженного сустава. 2. Оперативное (эндопротезирование тазобедренного сустава) - применяется на поздних стадиях заболевания и при переломе шейки и головки бедренной кости. N.B.! Обязательно проконсультируйтесь с врачом, имеющим опыт лечения данной патологии! Лечение пораженного тазобедренного сустава должно быть комплексным! Обязательно проконсультируйтесь с врачом. НЕ ПРИБЕГАЙТЕ К САМОЛЕЧЕНИЮ!!!

Консервативное лечение:**Диета:**

- Ваше питание должно быть полноценным - продукты употребляемые в пищу должны быть богаты витаминами, белками, минералами;
- Не допускайте появления излишнего веса, это может спровоцировать заболевание сустава, ускорить его течение (каждые лишние пять килограмм, повысят нагрузку на ваш сустав в сотни раз).

Лечебная физкультура (ЛФК):

- Поддержит в тонусе мышцы окружающие сустав;
- Позволяет сбросить лишний вес;
- Позволит предотвратить появление контрактур;
- Уменьшит боли.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА: ОСНОВЫ

Эндопротезирование тазобедренного сустава - операция по замене поврежденных частей тазобедренного сустава. Эта операция впервые была выполнена в 1960 году. Ежегодно в США проводится более 285 000 операция по замене тазобедренного сустава.

Когда решиться на операцию?

Показания к оперативному лечению ставите **ВЫ!**

- Если боли в пораженном суставе носят постоянный, нестерпимый характер
- Прогрессирует ограничение амплитуды движений, деформация и укорочение конечности
- Отсутствует эффект от консервативной терапии
- Из-за проблемы с суставом не можете больше себя обслуживать, в том числе совершать привычные прогулки, ходить в магазин, в аптеку

Что даст выполнение операции эндопротезирования сустава?

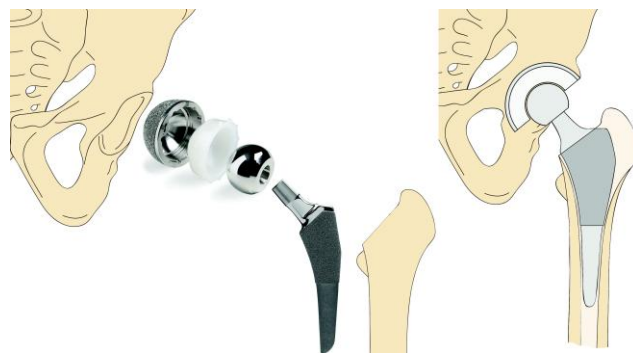
- Быстро устранил болевой синдром в пораженном суставе.
- Устранил деформацию и укорочение конечности

- Восстановит утраченные функции конечности
- Позволит вернуться к нормальной жизни

Существуют два типа операций по замене тазобедренного сустава: частичная замена и тотальная замена. Операция заключается в замене суставных поверхностей тазобедренного сустава на искусственные. Головка бедренной кости, и вертлужная впадина заменяются с использованием искусственных компонентов, сделанных из пластика, металла или керамики.

Как устроен эндопротез тазобедренного сустава?

Эндопротез состоит из: вертлужного компонента (чашки), вкладыша (в случаях цементной фиксации вертлужного компонента он выполняет одновременно и роль вкладыша), бедренного компонента (ножки), головки эндопротеза. В сложных ситуациях применяются специальные конструкции: винты, аугменты (блочка), возможно применение специально обработанных костных аллотрансплантатов.



Однополюсные и биполярные протезы отличаются отсутствием вертлужного компонента, головка эндопротеза необходимого размера фиксируется в необработанной вертлужной впадине. Данный вид эндопротезов имплантируется пациентам с диагнозом перелом шейки бедренной кости, страдающих крайне выраженной соматической патологией, с целью уменьшения операционной травмы и уменьшения времени оперативного вмешательства.

Как фиксируются компоненты эндопротеза?

На сегодняшний день существуют два типа фиксации компонентов:

- Бесцементный (press-fit) - поверхность компонентов эндопротеза шероховатая или покрыта специальным пористым напылением, в которое в последующем встет костная ткань. Применяется при хорошей плотности костной ткани

- (Бесцементная фиксация вертлужного компонента может сочетаться с применением винтов, при сомнении в плотности первичной фиксации).

- Цементный - компоненты эндопротеза гладкие, они устанавливаются в кость на специальном полимере (костном цементе).

- Гибридный, является комбинацией обоих вышеперечисленных способов фиксации (цементной и бесцементной).

Что такое пара трения и какие они бывают?

Пара трения образована головкой и вкладышем эндопротеза (в случае цементной фиксации вертлужного компонента головкой и вертлужным компонентом эндопротеза) именно в этом узле эндопротеза осуществляется движение.

Возможные пары трения:

- Полиэтилен-металл (вкладыш выполнен из полиэтилена, головка эндопротеза из металла)
- Металл-металл (оба компонента пары трения выполнены из металла)
- Керамика-керамика (оба компонента пары трения керамические)
- Керамика-полиэтилен (вкладыш эндопротеза выполнен из полиэтилена, головка бедренной кости из керамики).
- При однополюсном и биполярном эндопротезировании трение происходит на границе хрящ вертлужной впадины-металлическая головка эндопротеза.



N.B.! Подбор компонентов эндопротеза, способа их фиксации и пары трения выполнит лечащий врач по предварительно выполненным специальным рентгенограммам. При выборе компонентов и способе их фиксации учитываются изменения пораженного сустава, анатомических особенностей вертлужной впадины и бедренной кости, состояния окружающих тканей и мышц, степень вашей двигательной активности.

Сколько служит эндопротез?

Не один врач не скажет вам сколько конкретно лет прослужит установленный вам искусственный сустав. Срок полноценной службы эндопротеза зависит от многих факторов (возраст, состояние костей в которые устанавливаются компоненты эндопротеза, степень двигательной активности, наличие экстремальных нагрузок и т.д.)

Говоря о сроке службы эндопротеза мы можем опираться лишь на данные мировой статистики, так по обобщенным данным скандинавских регистров эндопротезирования в течении первых 10 лет после операции в зависимости от возраста полноценно функционируют 89-95 % эндопротезов. В последующем эта цифра постепенно снижается. Так или иначе, большинство эндопротезов рано или поздно может потребовать операций по его замене (ревизии), особенно это актуально у лиц молодого возраста, что связано с высокой степенью двигательной активности.

N.B.! Помните, что выполнение всех рекомендации лечащего врача позволит максимально продлить срок жизни вашего искусственного сустава

Какова кровопотеря при данных операциях и как ее возмещают?

Планируемая кровопотеря при выполнении данной операции составляет до одного литра.

Возмещение кровопотери:

- Перед операцией проконсультируйтесь с лечащим врачом о возможности сдачи и консервирования вашей крови для создания ее запаса на операцию (аутозабор).
- При невозможности выполнения аутозабора, кровопотеря будет возмещаться специально подготовленными компонентами донорской крови.
- В послеоперационном периоде возможно переливание вашей крови из специально установленных систем дренирования послеоперационной раны.
- При тяжелых оперативных вмешательствах, по показаниям, используются системы возврата очищенной крови из операционной раны.

Что необходимо сделать в день оперативного вмешательства?

Не зависимо от того, на какое время назначено оперативное вмешательство следует:

- строго выполнять все предписания лечащего врача, анестезиолога и персонала отделения;
- отказаться от приема пищи и жидкости;
- прекратить прием любых препаратов, не предписанных вам лечащим врачом отделения или анестезиологом;
- воздержаться от курения;
- не покидать палаты.

N.B.! При нарушении предписанного режима оперативное вмешательство может быть отменено

Когда хирургическая бригада будет готова, вам произведут инъекцию препаратов обеспечивающих оптимальные условия для выполнения анестезии и доставят в предоперационный зал на лежащей каталке, где персонал выполнит измерения основных жизненных параметров (частота сердечных сокращений, артериальное и венозное давление, частота дыхания, степень насыщения крови кислородом). При удовлетворительных показателях вас перевезут в операционную, где сделают анестезию (наркоз)

Какое применяют обезболивание при проведении операции?

В настоящее время, в зависимости от показаний применяется спинальная анестезия, комбинированная анестезия или эндотрахеальный наркоз. Решение о типе анестезии принимается накануне операции после того как вас осмотрит анестезиолог совместно с лечащим врачом. В тяжелых ситуациях решения принимаются консилиумом, состоящим из врачей различных специальностей.

Спинальная анестезия:

Производится инъекция препарата (анестетика) в область поясничного отдела позвоночника, что позволяет полностью обезболить нижнюю часть туловища ниже места укола.

Комбинированная анестезия:

При отсутствии противопоказаний спинальная анестезия комбинируется с внутривенным введением препаратов которые погружат вас в сон, что позволит избежать дополнительного стресса, связанного с неприятными звуками.

Первые два типа анестезии применяются у лиц молодого возраста и/или у соматически здоровых пациентов и пациентов с незначительными сопутствующими заболеваниями. При данном типе анестезии вы будете дышать самостоятельно.

Эндотрахеальный наркоз:

- Внутривенно вводятся препараты позволяющие погрузить вас в глубокий сон и обеспечить обезболивание.
- При этом типе наркоза дыхательная мускулатура расслабляется, за вас будет дышать аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ), подключенный к специальной трубке, вводимой в верхние дыхательные пути.
- Данный вид анестезии позволяет обеспечить общий контроль над всеми системами организма.
- Современные лекарственные препараты, применяемые при проведении наркоза, позволяют свести к минимуму риск осложнений и максимально сгладить неприятные ощущения при выходе из него. (Применяется у пожилых пациентов и пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями)

N.B.! Не настаивайте на том или ином типе анестезии. Помните, наркоз не бывает плохой или хороший, главной его целью, помимо обезболивания, является обеспечение вашей максимальной безопасности в ходе операции

Как выполняется оперативное вмешательство?

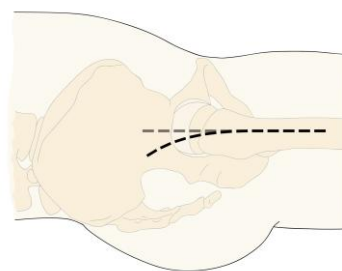
Не смотря на множество предложенных методик выполнения операции эндопротезирования тазобедренного сустава, все они имеют общие моменты.

Положение:

Операция выполняется при положении пациента лежа на спине или на здоровом боку в зависимости от предпочтения хирурга и поставленных задач.

Доступ:

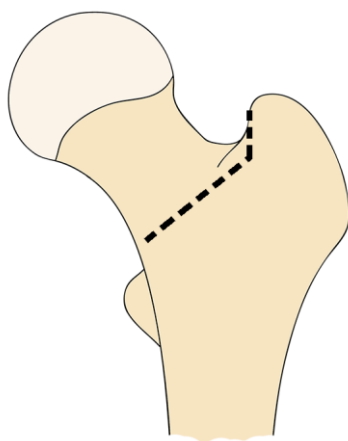
- Выполняется разрез кожи в проекции тазобедренного сустава длиной от 10 до 20 сантиметров, в зависимости от сложности оперативного вмешательства.



- Капсула сустава вскрывается. Участки капсулы, не вовлеченные в патологический процесс, по возможности сохраняются, с целью уменьшения полости после сшивания послеоперационной раны.

- Производится вывих головки бедренной кости из вертлужной впадины.

- Специальной пилой резецируется и удаляется головка бедренной кости. В случае перелома или ложного сустава бедренной кости опил не производится.



Обработка бедренной кости и вертлужной впадины:

- Специальными фрезами обрабатывается от хряща вертлужная впадина (в случае однополюсного или биполярного эндопротезирования этот этап не выполняется).

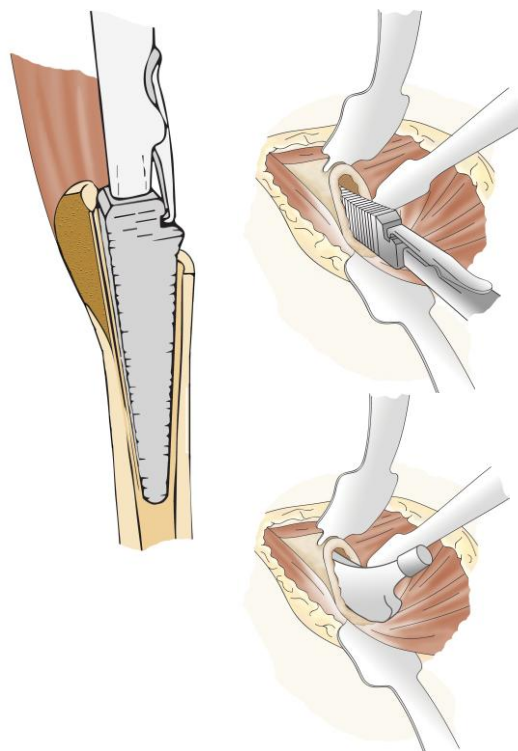
- Рашпилями подготавливается канал бедренной кости для последующей установки бедренного компонента.

- Осуществляется пробная имплантация и сборка компонентов эндопротеза с целью определения его стабильности и коррекции длины конечности.

Установка эндопротеза:

- Вертлужный компонент необходимого размера имплантируется в вертлужную впадину с помощью цемента, или press-fit (в последнем случае для дополнительной первичной фиксации могут быть использованы винты)

- В вертлужный компонент (в случае бесцементной его фиксации) плотно сажается вкладыш из ранее выбранного материала.



N.B.! В случае однополюсного или биполярного эндопротезирования первые два этапа не выполняются

- Подобранный по размеру бедренный компонент эндопротеза устанавливается в канал бедренной кости с помощью цемента, или press-fit.

- На бедренный компонент эндопротеза путем плотной посадки одевается головка эндопротеза.

- Головка эндопротеза вправляется в вертлужную впадину.

- Производится проверка объема движений и длины конечности.

Зашивание послеоперационной раны:

Производится после того, как хирург убедится в стабильности и правильности положения установленного эндопротеза. В случае если предполагается значительная кровопотеря в течение первых суток после операции, к искусственному суставу устанавливают дренаж, который выводится через отдельный разрез. Дренаж обычно удаляется в течение первых двух суток. Послеоперационная рана зашивается послойно.

Внутренние швы могут быть из рассасывающегося или не рассасывающегося материала в зависимости от состояния мягких тканей. Кожа зашивается только не рассасывающимся шовным материалом.

N.B.! Время операции может варьировать в зависимости от сложности и в среднем составляет полтора-два часа

Подготовка к операции

Медицинское обследование перед госпитализацией

Класс эндопротезирования

Сдача крови

Отказ от курения

Потребление алкоголя

Осмотр зубов

Лекарства

Подготовка вашего дома

Контроль веса

Упражнения до операции

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПЕРЕД ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ

С целью уменьшения риска связанного с операцией и предотвращения осложнений в послеоперационном периоде необходимо:

- Выполнить флюорографию.
- Выявить и санировать очаги хронической инфекции (проконсультироваться у ЛОР-врача, стоматолога, хирурга, уролога, гинеколога).
- Проконсультироваться у терапевта, при необходимости у кардиолога.
- Выполнить УЗИ сосудов нижних конечностей и посетить сосудистого хирурга.
- Сбросить вес тела до физиологических величин (рекомендуемый вес пациента при данных операциях не более 80 кг). Осуществлять постоянный контроль массы тела.
- При постоянном приеме каких-либо препаратов проконсультируйтесь с врачом, который будет выполнять вам операцию.
- Откажитесь за 14 дней до предполагаемой даты операции от приема препаратов содержащих ацетилсалициловую кислоту (Аспирин, Тромбо-АСС и т.д.) по согласованию с лечащим врачом.

При необходимости могут потребоваться дополнительные консультации иных специалистов.

КЛАСС ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Операция эндопротезирования сустава (как и любая другая операция), может вызывать некоторую тревогу у вас и вашей семьи. В РНИИТО им. Р.Р. Вредена с целью уменьшения тревожности и комплексной подготовке пациента к операции мы создали специальные классы эндопротезирования.

Мы предлагаем информационные занятия вам и членам вашей семьи, касающиеся:

- Подготовки перед операцией
- Вашим ожиданиям от оперативного вмешательства
- Восстановлению
- Реабилитации после операции

Пожалуйста, присоединяйтесь к нам для часового занятия, что бы получить больше информации об операции эндопротезирования сустава

СДАЧА КРОВИ

Во время операции может произойти определенная кровопотеря. Узнайте у своего травматолога-ортопеда о контроле кровопотери. Прием препаратов железа перед операцией помогает кроветворению и снижает потребность в переливании крови. В случае приема препаратов железа вам могут быть назначены слабительные для предупреждения запора. Ваш хирург обсудит с вами дозировку. Вам так же может потребоваться сдать вашу кровь для операции. Для тех пациентов, кто не желает получить компоненты крови наша клиника предлагает безопасные и уникальные бескровные программы операций. В дополнение, могут быть предложены другие опции, такие как принятие препаратов железа, для пополнения запасов крови

ПРЕКРАЩЕНИЕ КУРЕНИЯ

Если вы курите, постарайтесь бросить, или снизить количество выкуриваемых сигарет. Курение является значимым фактором риска осложнений, особенно инфекционных.

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Вы должны избежать приема алкоголя в дни, предшествующие операции. Алкоголь оказывает влияние на кровотечение и обезвоживание, которые могут привести к осложнениям во время операции и в послеоперационном периоде.

УХОД ЗА ЗУБАМИ

Лечение зубов должно быть запланировано минимум за 6 недель до операции. Так же вы не должны посещать стоматолога в течении 3 месяцев после операции. Микроорганизмы из полости рта могут попасть в кровоток, инфицируя ваш новый сустав. Антибиотики рекомендованы перед лечением зубов всем пациентам с повышенным риском инфицирования, особенно в течении первых двух лет после эндопротезирования сустава. Сообщите своему хирургу, если вы переносили инфекционное заболевание перед операцией

МЕДИКАМЕНТЫ

Перед операцией вы должны принимать только препараты, назначенные вашим хирургом. Инсулин и диабетические препараты так же должны приниматься согласно назначению. Для снижения вероятности осложнений, вы должны избегать приема медикаментов, способных вызвать кровотечение до и после операции

Спросите своего хирурга более подробно о том, когда прекратить принимать:

- Безрецептурные препараты
- Витамины и лекарственные травы
- Антикоагулянты
- НПВС (такие как Ибупрофен, Напроксен и т.д) Анальгетики
- Препараты, способные повлиять на иммунитет (преднизалон либо биологические препараты для лечения ревматоидного артрита)

ПОДГОТОВКА ДОМА

Перед операцией, вы должны подготовить ваш дом к вашему успешному и безопасному возвращению.

ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ ВАШЕГО ДОМА

Чтобы сделать ваш дом более комфортным и безопасным по возвращении:

- В кухне и в других местах поместите предметы, которыми Вы регулярно пользуетесь, на уровне руки, так, чтобы не нужно было за ними тянуться или наклоняться.
- Купите радиотелефон, если у вас его еще нет.
- Если вы проживаете в отдельном доме, подумайте о том, чтобы избежать лишних подъемов по лестнице: поменяйте назначение комнат - например, временно сделав из гостиной спальню.
- Переставьте мебель, чтобы освободить себе достаточное пространство для ходьбы на костылях или с ходунками.
- Достаньте подходящее кресло - прочное, с сиденьем достаточно высоким и с надежными подлокотниками, чтобы легче было вставать.
- Уберите коврики и электрические провода там, где Вы будете ходить. Чтобы облегчить передвижение после того, как Вас выпишут после операции.
- Найдите подходящую рубашку или жилет с большими карманами или мягкую сумку на длинном ремне через плечо, чтобы носить в них мелкие предметы.
- Оборудуйте себе в доме, место для пультов дистанционного управления, радио, косметическими салфетками, кувшином, стаканом, журналами и книгами, а также лекарствами в пределах досягаемости вытянутой руки.
- Если у Вас есть домашние животные, которые могут толкнуть Вас или путаться под ногами, лучше всего на несколько недель отдать их родственникам.
- Уберите мелкие предметы, которые могут оказаться на вашем пути
- Измените расположение предметов в туалете, гардеробной, кухне, ванной так, что бы наиболее используемые вещи стали более доступны (на уровне высоты между талией и грудью)
- Настройте высоту вашей кровати так, что бы вам было удобнее вставать и ложиться
- Подготовьте еду и запасы в холодильнике, что бы упростить процесс приготовления
- Попросите родственника или друга пожить вместе с вами на протяжении от 3 до 7 дней после операции. Вам необходимо запланировать помощь в выполнении покупок, домашних обязанностей и ухода за животными на протяжении от 4 до 6 недель после операции

Подготовьте свою Ванную комнату. Если Вы принимаете душ, стоя в ванне, Вам понадобится надежное сиденье без ручек. Если у Вас установлена душевая кабина, Вы можете использовать любое надежное сиденье.

У сиденья должны быть ножки с резиновыми наконечниками, препятствующие скольжению.

- Сделайте на стене ванной или душевой устойчивые поручни
- Положите мыло, шампунь и другие банные принадлежности так, чтобы не приходилось оборачиваться или тянуться, их доставая. Приобретите ступеньки для ванной. На дно ванны, душевой кабинки и пол в ванной положите резиновые коврики.



Приспособьте свой туалет:

Если Ваш рост 157 см и выше, Вам, возможно, понадобится поднять сиденье унитаза так, чтобы избежать слишком сильного сгибания в тазобедренном суставе.

Если поднять унитаз не представляется возможным по каким-либо причинам, Вы можете приобрести приподнятое сиденье для унитаза или купить накладку на унитаз. Обустройте такие же поручни, как и в ванной.



КОНТРОЛЬ ВЕСА

Лишний вес усиливает боль в суставах. Он так же увеличивает риск инфицирования и прочих осложнений. Если у вас лишний вес, то снижение веса поможет подготовиться вам к операции и улучшить общее состояние вашего здоровья

Рациональная программа снижения веса состоит из:

- Разумных, реальных целей снижения веса
- Питание пониженной калорийности
- Регулярной физической активности
- Некоторые подсказки для снижения веса
- Обращайте внимание на количество калорий в потребляемой пище
- Не пейте ваши калории, ешьте их
- Кушайте регулярно в одинаковое время ежедневно
- Пейте достаточно воды

Кушайте медленно, контролируемыми порциями

УПРАЖНЕНИЯ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ

Повышение тренированности перед операцией способствует более быстрому восстановлению. На данном этапе наиболее показаны физические упражнения в воде, плавание, свободные маховые движения в суставах больной ноги, активные облегченные упражнения, упражнения на расслабление мышц и на их растяжение.

УПРАЖНЕНИЯ СТОЯ

Данные упражнения прибавят гибкости вашему суставу

№1

- Встаньте здоровой ногой на возвышение 18-20 см.
- Выполнять свободные маховые движения больной конечностью – сгибание-разгибание, отведение-приведение.

№2

- Стоя у опоры.
- Присесть на здоровой ноге, больная нога скользящим движением отводиться в сторону; назад

№3

Это упражнение укрепит ваши икроножные мышцы

- Поочередные перекаты с носка на всю стопу

УПРАЖНЕНИЯ ЛЕЖА

№1

Это упражнение укрепит ваши ягодицы

- Ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, руки вдоль туловища, медленно, поднять таз, удерживать 2 сек., вернуться в исходное положение

№2

Это упражнение прибавит гибкости тазобедренному суставу

- Скользя согнуть ногу, отвести колено в сторону, привести колено и выпрямить ногу

№3

Это упражнение укрепит отводящие мышцы ваших бедер

- Поочередно отведение прямых ног по скользящей поверхности.

№6

Это упражнение укрепит четырехглавые мышцы ваших бедер

- Поднимите больную разогнутую ногу на 20-25 см.
- Выдыхайте при подъеме ноги

Каждое упражнение повторять 8-12 раз.

После комплекса упражнений необходимо полежать 15-20 минут в удобном для вас положении.

Подготовка перед операцией

Планирование вашего поступления

Что подготовить?

Принятие душа и подготовка кожи

Еда и напитки

Итак, наступило время вашей операции. В процессе подготовки к вашей операции, вот несколько вещей, которые вы должны рассмотреть и запомнить.

ПЛАНИРОВАНИЕ ВАШЕГО ПОСТУПЛЕНИЯ

Вы получите телефонный звонок после для подтверждения вашего поступления.

Когда вы поступаете в клинику, пожалуйста, вам следует пройти прямо до охранника, предъявите соответствующие документы и поднимайтесь на второй этаж. Далее следуйте напрямую по длинному коридору в лифтовых холл. Вам необходимо спуститься на первый этаж и пройти в приемный покой для проверки документов и для получения новых инструкций. Вы будете направлены в дневной стационар.

Пожалуйста, приезжайте в указанное время, чтобы избежать недоразумений.

ЧТО ВЗЯТЬ С СОБОЙ?

Пожалуйста, возьмите с собой:

- Паспорт
- Страховой полис
- Индивидуальные протезы и брейсы
- Ингаляторы, которые вы используете дома
- Средства личной гигиены
- Непроскальзывающую обувь, которая легко надевается
- Свободную одежду
- Пижаму
- Удобную обувь на низком каблучке
- Члена семьи или друга

ПОЖАЛУЙСТА, НЕ БЕРИТЕ С СОБОЙ:

- Ценности
- Ювелирные украшения (включая обручальные кольца)
- Перед операцией все телефоны, слуховые аппараты, контактные линзы, очки, зубные протезы, парики, лак для ногтей будут изъяты и расположены вместе с вашими остальными вещами. Эти вещи будут вам возвращены в палате

ГИГИЕНА И ПОДГОТОВКА КОЖИ

Для снижения риска потенциальных осложнений и инфицирования, пожалуйста, следуйте рекомендациям хирурга касательно того, как очистить вашу кожу в ночь перед операцией представленными салфетками с хлоргексидином. Вы должны воздержаться от принятия душа или ванны утром перед операцией.

Пожалуйста избегайте: Применения лосьонов, дезодорантов, средств после бритья и парфюма. Бритья или подстригания хирургического поля непосредственно перед операцией

ЕДА И НАПИТКИ

Пожалуйста прекратите прием воды и пищи в полночь накануне операции. Пожалуйста так же не жуйте жевательную резинку и не ешьте конфет. Вы можете чистить и ополаскивать свои зубы, но не глотайте. После полуночи накануне операции вы можете пить только питьевую воду, так же необходимо прекратить питье за два часа до поступления. Например, если время вашего поступления 8.00, прекратите питье в 6.00. Если вы продолжаете прием медикаментов, которые не были отменены, ваш хирург может позволить принять их вместе с небольшим глотком воды утром перед операцией

***ПРИМЕЧАНИЕ**

Не забудьте указать в свои пищевые ограничения и аллергии во время обследования перед госпитализацией, а так же при поступлении

За несколько дней до и в день операции

Поступление

Подготовка к операции

Протокол обезболивания

Операция эндопротезирования

ПОСТУПЛЕНИЕ В КЛИНИКУ

При поступлении на отделение в течение двух-трех суток будет проводиться клинико-лабораторное обследование (анализы крови, анализы мочи, ЭКГ, Рентгенография, осмотр терапевта). В случае отсутствия при себе данных обследования сосудистого хирурга, ФГДС, осмотра стоматолога, Флюорографии, вам будут сделаны дополнительные назначения, что может привести к задержке вашей госпитализации. В день госпитализации к вам подойдет ваш лечащий врач, который будет вас курировать на весь период вашей госпитализации. Чаще всего первичная беседа лечащих докторов со своими новыми пациентами происходит после обеденного времени в период с 14:00 до 17:00. Это связано с тем, что врачи в первую половину дня находятся в операционной или перевязывают своих пациентов, оказывая им внимание и дополнительный уход. Обычно предоперационный период (время от момента поступления в клинику, до выполнения операции) занимает от 1 до 7 дней, в этот период вам будет выполнено комплексное предоперационное обследование.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Медсестра, ваш анестезиолог и медсестра-анестезистка за один день до операции:

- Ознакомится с историей болезни
- Подготовит вас к операции
- Ответит на ваши вопросы

Анестезиолог также обсудит с вами варианты анестезии, о преимуществах и недостатках каждого из них. Оценит риски оперативного вмешательства и если у вас нет противопоказаний, то на следующий день вас готовят к операции.

N.B.! Срок предоперационного пребывания в отделении может увеличиться, при выявлении у вас соматической патологии требующей коррекции.

N.B.! Коррекция состояния производится только при возможности сделать это в условиях данной клиники. При отсутствии такой возможности вы будете выписаны, для лечения в специализированном стационаре.

N.B.! Не стоит торопить хирурга, день операции будет назначен только тогда, когда вы будете полностью обследованы и подготовлены к ней.

ДЕНЬ ОПЕРАЦИИ

вас отвезут в операционную на втором этаже. Ваш хирург поприветствует вас и отметит место операции. Некоторые хирурги могут рекомендовать спинальную анестезию, эпидуральную или проводниковую, чтобы уменьшить боль после операции. Во время подготовки к операции лекарственные препараты и антибиотики вводятся внутривенно. Также будут назначены антибиотики после операции, чтобы уменьшить риск осложнений и инфекции.

Мультимодальный протокол лечения болевого синдрома

Когда дело доходит до борьбы с послеоперационной болью, ваш хирург использует мультимодальный подход к обезболиванию, разработанный в РНИИТО им. Р. Р. Вредена. Ваш хирург будет бороться с вашей болью, используя несколько анальгетических препаратов, что бы вы испытывали как можно меньше боли. Индивидуальная доза обезболивающих средств и анестезии назначается до, во время и после операции. Комбинация делает каждое лекарство более эффективным и снижает боль быстрее. Меньшие дозы помогают уменьшить неприятные побочные эффекты, а также уменьшают риск зависимости от анальгетиков во время восстановления. Ваш хирург обсудит с вами ваш индивидуальный план анальгезии с вами до операции.

ОПЕРАЦИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

В операционной будет самое современное оборудование для проведения операции. Ваша операционная команда также будет одета в хирургическую одежду. Высококвалифицированная операционная медсестра будет способствовать вашему комфорту и безопасности на протяжении всей операции. Компрессионные чулки будут надеты на ноги что бы избежать тромбоза глубоких вен. Команда анестезиологов установит манжету тонометра, оксиметр и сердечные электроды, чтобы отслеживать ваши жизненно важные признаки. Они обеспечат вашу анестезию, в то время как другие члены команды готовят операционное поле. Теперь вы готовы к операции эндопротезирования. Мы всегда адаптируем ваше лечение соответственно индивидуальным потребностям.

В зависимости от типа операции, операция может длиться от часа до трех часов. Ваш хирург свяжется с вашей со своей семьей или друзьями относительно операции.

Восстановление

Восстановление после анестезии

Медикаменты

Еда и напитки

Первый день после операции

Второй и третий день после операции

Лечебная физкультура (ЛФК)

ВОССТАНОВЛЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ

Сразу после операции вас доставят в палату интенсивной терапии, где вы будете под наблюдением от 4 до 24-х часов, в зависимости от сложности операции и вашего состояния. При необходимости будет производиться медикаментозная коррекция жизненных показателей. При нормализации состояния вас сразу же переведут в палату отделения.

N.B.! В отделении интенсивной терапии ваша двигательная активность возможна только по просьбе врачей или среднего медицинского персонала.

В отделении интенсивной терапии к вам могут быть подключены аппараты, контролирующие жизнедеятельность. Так же при необходимости вам может быть установлена анальгезирующая помпа, которая позволяет уменьшить болевой синдром.

Степень восстановления чувствительности в нижних конечностях после проведенной анестезии зависит от вида анестезии, выбранного анестетика, дозировки и индивидуальных особенностей пациента.

С родными и близкими вы сможете увидеться только в палате отделения. На все вопросы о вашем состоянии вашим родственникам подробно ответит лечащий врач.

МЕДИКАМЕНТЫ

Вам будут выданы лекарственные препараты, назначенные вашим лечащим врачом. В перечень лекарств могут входить антибиотики, анальгетики, противовоспалительные, слабительные, снотворные либо противорвотные препараты. Так же ваш хирург назначит вам антикоагулянты для профилактики образования тромбов.

Прием других ваших лекарственных препаратов можно возобновить только после консультации с вашим лечащим врачом. Вы не должны самостоятельно принимать препараты, которые могут спровоцировать кровотечение, а именно лекарственные травы, аспирин или НПВС (Ибупрофен, Напроксен, Нимесулид).

Подробную информацию о всех лекарственных препаратах, полученных за период госпитализации вы получите при выписке из стационара.

ПОСЛЕ

ЕДА И НАПИТКИ

Вероятно, вы не сможете принимать пищу и жидкость до полного восстановления после анестезии. Во избежание тошноты и рвоты начинайте прием пищи постепенно, с жидкой еды. Как только вы почувствуете, что свободно питаетесь жидкой пищей, то можете расширять свой рацион. В первые сутки после операции постарайтесь пить много жидкости. Рекомендуется употреблять до 2-3-х литров богатой минералами воды в день.

N.B.! Удостоверьтесь, что вы предупредили персонал о пищевых ограничениях и аллергиях

Питание в РНИИТО им. Р.Р. Вредена 3-х разовое. В особых случаях, при истощении организма, ваш лечащий доктор может назначить вам дополнительное питание или консультацию диетолога.

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

После перевода в палату отделения и вам будет разрешена двигательная активность, которая включает:

- Сидение на краю кровати
- Передвижение к стулу
- Ходьба по палате

Нашей целью после операции является ваша ранняя активизация.

- Перевязка послеоперационной раны производится сразу после перевода из отделения реанимации, далее по показаниям, в среднем через день.
- В отделении вам будут назначены все необходимые лекарственные препараты, в виде уколов, капельниц и таблетированных формы.
- По показаниям вам будет назначен вибромассаж и дыхательная гимнастика.

N.B.! Первые дни после операции вас могут беспокоить боли в области оперативного вмешательства. Если боль сильная, не терпите! Обратитесь к лечащему врачу или персоналу отделения

Длительность вашего пребывания в отделении после операции в среднем составит от десяти до четырнадцати дней.

N.B.! Во избежание осложнений пациенты выписываются из стационара только после снятия швов. Любая выписка из стационара до снятия швов производится под личную ответственность пациента

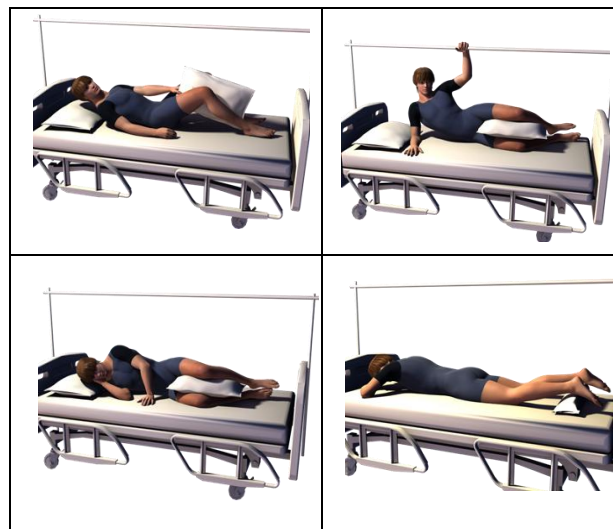
ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

В первый день после операции вас осмотрит ваш лечащий врач, а так же врач-физиотерапевт и врач лечебной физкультуры. Врачи проведут первичное обследование с целью составления плана реабилитационного лечения. Вы будете обучены физическим упражнениям, ходьбе с дополнительной опорой. Физическую активность необходимо начинать с простых заданий. Членам семьи и друзьям будет рекомендовано участвовать в занятиях ЛФК вместе с вами.

При переводе в палату отделение вас уложат в кровати таким образом, чтобы оперированная нога располагалась у стены, уложите оперированную конечность в положение отведения (степень отведе-

ния оперированной конечности покажет ваш лечащий врач) между ног необходимо расположить подушку. Данное положение в кровати является профилактическим и лечебным. Его необходимо соблюдать в течение всего срока пребывания в отделении и последующей реабилитации в домашних условиях.

Сразу после перевода в отделение вы сможете лежать на спине и на здоровом боку. При перевороте на неоперированную конечность подушка должна быть зажата между ног. В положении на неоперированном боку колени должны находиться строго друг над другом, между ног обязательно должна быть уложена подушка.



- Пользоваться подушкой придется на протяжении 6-8 недель.
- Спать на оперированном боку вы сможете не ранее чем через 10-18 недель.
- Лежать на животе переворачиваясь через здоровый бок на 1-3 сутки.

N.B.! Первый раз сменить положение в постели необходимо под руководством лечащего врача. Избегайте избыточного поворота стопы оперированной конечности наружу или во внутрь

N.B.! обучение безопасному перевороту на живот осуществляется при отсутствии противопоказаний, под контролем врача ЛФК

N.B.! Спать вы можете только в положении на спине

N.B.! Первые движения должны совершаться только под руководством лечащего врача, или инструктора-методиста по лечебной физкультуре (ЛФК). В последующем следует помнить, что движения в оперированной конечностью должны быть равномерными, их амплитуда и скорость должна нарастать постепенно

ВТОРОЙ И ТРЕТИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Второй день очень важен в отношении вашего восстановления. В этот день вы будете увеличивать физическую и двигательную активность согласно плану реабилитации.

Задачи на второй день включают:

- Тренировка техники присаживания на кровати
- Выполнение упражнений в положении сидя
- Ходьба при помощи поддерживающих средств, таких как ходунки, костыли, трости
- Подъём и спуск по лестнице (по мере возможности пациента)

Как сесть свесив ноги с кровати?

Исходное положение - лежа на кровати, оперированная конечность располагается у стены. Согните неоперированную ногу в коленном и тазобедренном суставе, подведите стопу неоперированной конечности под голеностопный сустав оперированной ноги. Удерживаясь одной рукой за надкроватную (балканскую) раму, другой опираясь на кровать, приподнимите оперированную ногу здоровой и перенесите через край кровати. Займите положение сидя опираясь на руки, уберите здоровую ногу из-под оперированной.



N.B.! Равномерно распределите опору между обеими ягодицами, угол сгибания в тазобедренном суставе не менее 90 градусов

Как лечь в кровать из положения сидя?

Исходное положение - сидя на кровати.

Подложите стопу неоперированной конечности под голеностопный сустав оперированной конечности. Опираясь на руки, используя надкроватную, (балканскую) раму, отклоните туловище назад и при помощи здоровой конечности перенесите ноги через край кровати. Займите положение лежа. Уберите здоровую ногу из-под оперированной, между ног уложите клиновидную подушку.

Как встать с кровати, стула из положения сидя?

Исходное положение - сидя на кровати или стуле. Максимально пододвиньтесь к краю кровати/стула и сдвиньте оперированную конечность по полу вперед. Обопритесь руками на кровать/стул и, опираясь на неоперированную ногу, встаньте. Поставьте оперированную ногу рядом с неоперированной так, чтобы расстояние между внутренними поверхностями обеих стоп было не менее ширины стопы. Возьмите костыли или ходунки и обопритесь на них.



N.B.! Важно убедиться, что вы правильно используете ваши костыли. Неправильное использование может быть неудобным и опасным. Всегда необходимо помнить:



- Костыли должны быть размещены на 3 см. ниже подмышек в положении стоя
- Нижняя часть костыля должна отстоять на 5 см. вбок и на 15 см кпереди от ваших ног.
- Нельзя допускать, чтобы ваши локти сгибались более 30 °.
- Верх костыля не должен использоваться для основной нагрузки. Вес тела должен перекладываться на рукоять.

Как сесть в кровать, на стул из положения стоя?

Исходное положение - стоя спиной к кровати. Максимально придвиньтесь к краю кровати или стула, почувствовав его задней поверхностью бедер. Медленно сдвиньте оперированную конечность по полу вперед обопритесь одной рукой на край кровати или стул. Плавно, глядя строго перед собой, опираясь на руку и не оперированную ногу, сядьте на кровать/стул.

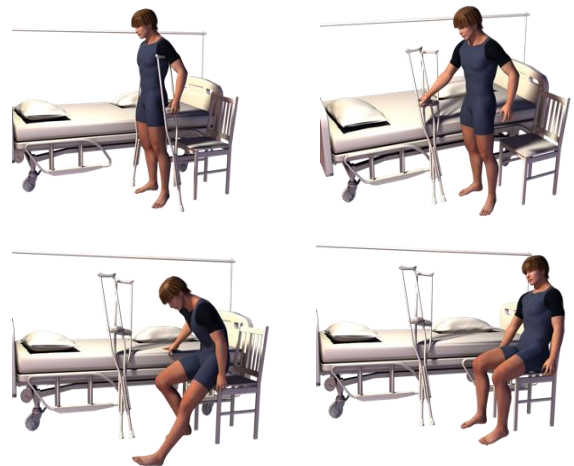
Еще перед операцией вам необходимо найти место для костылей или ходунков у кровати не только в отделении, но и дома. Костыли/ходунки должны располагаться таким образом, чтобы быть легко доступными и не падать на пол.

В течение 6-8 недель сидеть следует на высоких стульях или специальных вспомогательных сидениях. Наиболее удобны высокие стулья с прочными массивными подлокотниками, выступающими вперед.

N.B.! Не допускайте сгибание оперированной ноги в тазобедренном суставе в положении сидя более 90 градусов. Не сидите глубоко на кровати/стуле, старайтесь сесть как можно ближе к краю. Не подгибайте ноги под кровать/стул.

N.B.! Когда Вы встаете с кровати/стула, опора должна быть только на руки и на НЕ оперированную конечность. Ни в коем случае не нагружайте оперированную конечность при смене положения.

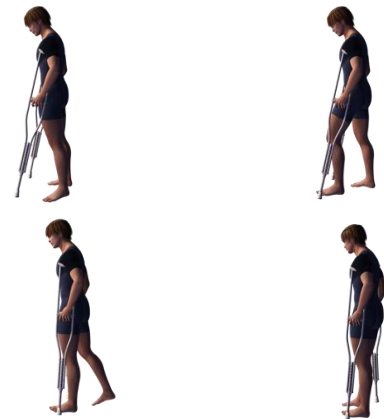
N.B.! Не садитесь и не вставайте со стула или кровати опираясь на костыли.



Первые шаги:

Исходное положение - стоя с опорой о костыли/ходунки.

Вначале поставьте оба костыля или ходунки вперед, сделайте шаг оперированной конечностью на уровень (линию) костылей. Опираясь руками на костыли, шагните здоровой ногой на уровень костылей. Опора на оперированную ногу при ходьбе должна составлять приблизительно 20% от массы тела (вес самой ноги). При ходьбе, старайтесь, чтобы носок оперированной конечности смотрел вперед.



Ходить с дополнительной опорой на костыли или ходунки следует до 6-8 недель с момента операции.

Дальнейшая ходьба с тростью или одним подлокотным костылем возможна только по согласованию с лечащим врачом.

Поворот стоит производить постепенно, за несколько небольших шажков используя тот же алгоритм, что и при ходьбе по прямой (вынести вперед костыли, сделать шаг оперированной ногой, затем опираясь на костыли перенести здоровую ногу).

Поднять с пола упавшую вещь Вы, можете приседая на здоровой ноге отводя оперированную ногу по диагонали назад и в бок.



N.B.! Не следует сразу стараться сделать большой шаг или развернуться в один прием

N.B.! Не давайте нагрузку на оперированную конечность более 20% от массы тела

N.B.! При переходе на трость или один подлокотный костыль они должны располагаться в противоположной руке от оперированной ноги

N.B.! Первые движения должны совершаться только под руководством лечащего врача, или инструктора-методиста по лечебной физкультуре (ЛФК).

Ходьба по лестнице:

Если лестница оборудована поручнями (перилами), обязательно воспользуйтесь ими. Возьмитесь одной рукой за перила. Свободный костыль возьмите в другую руку с опорным костылем таким образом, чтобы он перекрещивался с ним, уравновесите его.

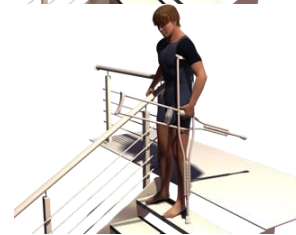
- Подъем:

Опираясь на костыли, поставьте здоровую ногу на одну ступеньку выше, опираясь на нее, поставьте костыли и оперированную ногу на ту же ступеньку, на которой стоит здоровая нога.



-Спуск:

Поставьте костыли вниз на одну ступеньку. Шагайте вниз оперированной ногой на одну ступеньку с костылями. Опираясь на костыли, перенесите здоровую ногу на ту же ступеньку, где располагаются костыли и оперированная нога.



N.B.! Передвигайтесь по лестнице приставным шагом в течение не менее четырех недель. Не при каких условиях не шагайте через ступеньку

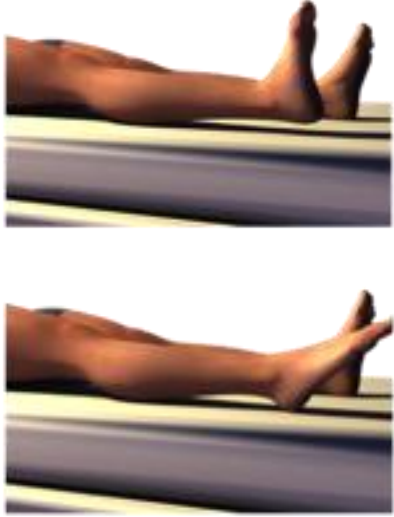
N.B.! Первые движения должны совершаться только под руководством лечащего врача, или инструктора лечебной физкультуры (ЛФК). В последующем следует помнить, что движения в оперированной конечностью должны быть плавными, равномерными, их амплитуда должна нарастать постепенно

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

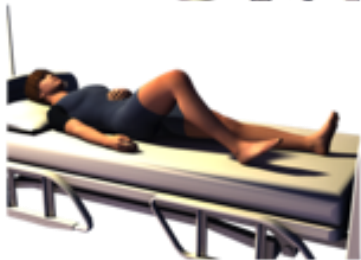
ВАШ НОВЫЙ СУСТАВ — ЭТО НАЧАЛО НОВОГО, АКТИВНОГО И ПОДВИЖНОГО ПЕРИОДА ВАШЕЙ ЖИЗНИ.

Занятия лечебной физкультурой необходимо начать с первых часов после перевода в палату и продолжать в течение всего срока реабилитации. Эти простые упражнения позволят укрепить мышцы ног после операции:

УПРАЖНЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ НА СПИНЕ

Стимуляция кровообращения	
	УПРАЖНЕНИЕ №1
	Сгибание-разгибание в голеностопном суставе. Является важной частью профилактики тромбозмболических осложнений. Их следует начинать сразу после перевода в отделение.
	☐ Ноги разогнуты в коленном и тазобедренном суставе
	☐ Медленно потяните носки обеих стоп от себя до появления мышечного напряжения, расслабьте стопы.
	☐ Потяните носки обеих стоп на себя, удержите 4 счета, расслабьте стопы
	☐ Упражнение выполняется в медленном темпе, многократно в режиме дня 10-16 раз.
Укрепление мышц и разработка движений в тазобедренном суставе	
1. Первые движения должны совершаться только под руководством лечащего врача, или инструктора лечебной физкультуры (ЛФК). В последующем следует помнить, что движения в оперированном суставе должны выполняться в медленном темпе и их амплитуда должна нарастать постепенно	
2. При выполнении упражнений не приводите оперированную ногу слишком близко к срединной оси, не скрещивайте ноги. Не поворачивайте стопу внутрь и наружу	
3. При выполнении данного комплекса упражнений не должно возникать дискомфорта. Если при занятиях ЛФК у вас появились боли, прекратите выполнение упражнений и проконсультируйтесь с лечащим врачом.	
	УПРАЖНЕНИЕ №2
	Для укрепления ягодич и мышц тазобедренного сустава
	☐ Руки вдоль туловища, ноги выпрямлены
	☐ Медленно потяните носки обеих стоп на себя, не сгибая ноги в коленях, напрягите ягодичные мышцы
	☐ Длительность удержания 1-4 сек., затем расслабьтесь
	☐ Повторите 10 раз

	УПРАЖНЕНИЕ №3
	Для укрепления ягодиц и мышц тазобедренного сустава
	☐ Лежа на спине, руки прямые вдоль туловища, оперированная нога прямая, стопа на себя. Здоровая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах
	☐ С опорой на здоровую ногу, медленно поднять таз, напрячь ягодичные мышцы
	☐ Удерживать это положение 2-4 сек. и вернуться в исходное положение
 	УПРАЖНЕНИЕ №4
	Разгибание в коленном суставе, тренировка четырехглавой мышцы бедра
	☐ Расположите подушку, или свернутое в рулон полотенце под коленями, руки вдоль туловища
	☐ Не отрывая колена от валика, разогнуть ногу в коленном суставе
	☐ Удерживать в течение 4 сек., и медленно опуская, вернуться в исходное положение
	☐ Повторите 10 раз
	УПРАЖНЕНИЕ №5
	Упражнения на разгибатели. Для укрепления четырехглавой мышцы бедра
	☐ Ноги выпрямлены, стопы на себя
	☐ Попробуйте выпрямить колено, прижав заднюю поверхность ноги, к кровати напрягая при этом мышцу на передней поверхности бедра
	☐ Напряжение удерживать в течение 4-х секунд, после чего расслабить ногу
	УПРАЖНЕНИЕ №6
	Упражнения на восстановление амплитуды движений в оперированном суставе
	☐ Хватом за надкроватную (балканскую) раму, сядьте в кровати, спина прямая, сгибание до 90, ноги прямые, стопы на себя
	☐ Удерживайте это положение 2-4 сек.
	☐ Затем опуститесь в исходное положение
	☐ Повторите 10 раз

 	УПРАЖНЕНИЕ №7
	Упражнения на восстановление амплитуды движений в оперированном суставе
	☐ Лежа на спине, руки вдоль туловища, ноги выпрямлены, стопы на себя
	☐ Медленно скользя пяткой по поверхности кровати согнуть оперированную ногу, по направлению пяткой к ягодице
	☐ Удержите ногу в согнутом положении, колено точно смотрит вверх, (сгибание до 90), верните ногу в исходное положение
 	УПРАЖНЕНИЕ №8
	Упражнения на восстановление отводящих мышц
	☐ Лежа на спине, руки и ноги выпрямлены, стопы на себя
	☐ Отведите прооперированную конечность на 10-20 см, от средней линии, затем верните ее в исходное положение
	☐ При выполнении упражнения колени не должны соприкасаться
	☐ Повторите 10 раз

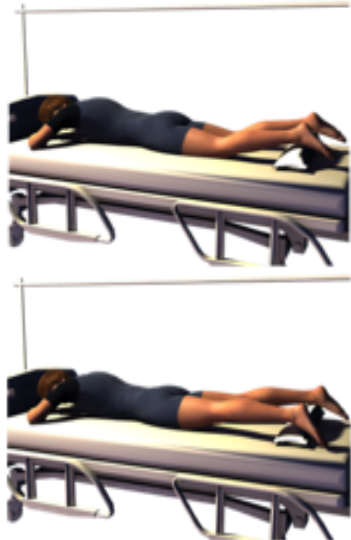
УПРАЖНЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ СТОЯ

1. Упражнения в исходном положении, стоя. Выполняются только после того как вы адаптируетесь к вертикальному положению и научитесь держать равновесие
2. Опора, за которую вы держитесь должна быть надежно зафиксирована

	УПРАЖНЕНИЕ №1
	Отведение ноги в сторону, укрепление отводящего аппарата тазобедренного сустава
	☐ Стоя на здоровой ноге, оперированная нога свободна, не касается пола, спина прямая. Рука на опоре.(спинка стула, кровати, шведская стенка).
	☐ Отведите оперированную ногу в сторону
	☐ Удержите 1-2 счета, затем вернитесь в исходное положение
	☐ Оперированная конечность выпрямлена в коленном суставе, стопа на себя
	☐ Повторите 10 раз
	УПРАЖНЕНИЕ №2
	Разгибание в тазобедренном суставе. Укрепление ягодичных мышц
	☐ Стоя на здоровой ноге, оперированная нога свободна, не касается пола, спина прямая. Рука на опоре (спинка стула, кровати, шведская стенка). Оперированная конечность выпрямлена в коленном суставе, стопа на себя
	☐ Перенесите вес тела на здоровую конечность, медленно переместите оперированную ногу назад
	☐ Удержите 1-2 счета, затем вернитесь в исходное положение
	☐ Повторите 10 раз
	УПРАЖНЕНИЕ №3
	Сгибание в коленном и тазобедренном суставах. Для увеличение амплитуды движений и гибкости в тазобедренном суставе
	☐ Стоя на здоровой ноге, рука на опоре.(спинка стула, кровати, шведская стенка).
	☐ Согните оперированную конечность в коленном суставе и тазобедренном суставах, поднимая вверх. Стопа должна быть параллельно полу, а колено направлено вперед.
	☐ Удерживайте 2-4 сек., вернитесь в исходное положение
	☐ Повторите 3 раза

УПРАЖНЕНИЯ В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ

Упражнения из исходного положения лежа на животе необходимо выполнять с небольшой подушкой под животом (предотвращения переразгибания в тазобедренном суставе). Данный комплекс упражнений можно начинать с 8-10 недели после операции

	УПРАЖНЕНИЕ №1
	Разгибание в коленном суставе, напряжение ягодиц. Для укрепления четырехглавой мышцы бедра и ягодичных мышц
	☐ Руки поместите под лоб, под стопы положите валик, так, чтобы пальцы ног были направлены в сторону пола
	☐ С опорой на пальцы стоп выпрямите ноги в коленях, напрягая ягодицы, прижимая таз к поверхности кровати
	☐ Удерживать напряжение 2-4 сек., расслабьтесь
	☐ Повторите 10 раз
	УПРАЖНЕНИЕ № 2
	Разгибание в тазобедренном суставе, напряжение ягодиц и мышц спины. Укрепление ягодичных мышц и мышц спины
	☐ Руки за голову, под стопы положите валик, так, чтобы пальцы ног были направлены в сторону пола
	☐ Подъем верхней части туловища, головы, рук. Вдох – подняться
	☐ Удерживать напряжение 2 -4 сек., расслабьтесь
	☐ Повторите 10 раз

N.B.! Ограничьте физические упражнения, если у Вас начнут болеть мышцы, но не прекращайте упражнения совсем.

Возвращение домой

Подготовка к выписке

Выписка из больницы

Меры предосторожности после эндопротезирования тазобедренного сустава

Лекарственные препараты

Контрольные осмотры

Уход за раной

Купание

Реабилитация

Полезные приспособления

Работа

Возможные осложнения

Меры предосторожности на протяжении жизни

Секс после эндопротезирования

ПОДГОТОВКА К ВОЗВРАЩЕНИЮ ДОМОЙ

В тот день, когда вы будете выписываться, вы получите инструкции от вашего лечащего врача относительно:

- Ограничения активности (включая вождение, работу и принятие душа)
- Лекарств
- Ухода за послеоперационной раной
- Настораживающих признаков
- Контрольных осмотров

Вы также получите распечатку с упражнениями для ежедневных занятий. После выписки из стационара большинство пациентов могут самостоятельно одеться, принять душ, выполнять простейшую домашнюю работу. В не зависимости от того, насколько хорошо вы себя чувствуете, первые две недели желательно, чтобы рядом с вами постоянно присутствовали родственники или знакомые.

ВЫПИСКА ИЗ БОЛЬНИЦЫ

При отсутствии противопоказаний вас выпишут из больницы в день снятия швов. Обязательно обсудите с лечащим врачом все интересующие вас вопросы.

Попросите родственников или знакомых сопроводить вас от клиники до дома. Для того, чтобы добраться от клиники до дома воспользуйтесь автомобилем родственников или знакомых, при отсутствии у них автомобиля, воспользуйтесь такси.

Н.В.! При посадке и высадке из автомобиля попросите водителя не вставить в плотную к бордюру или ступенькам

Попросите водителя максимально отодвинуть переднее пассажирское сиденье назад и отклоните его спинку назад так, чтобы угол сгибания в оперированном тазобедренном суставе при посадке в автомобиль не превышал 90 градусов. Подойдите к автомобилю и повернитесь спиной к сиденью. Опираясь руками на сиденье медленно сядьте, выдвигая оперированную ногу вперед. После того как вы сели на сиденье, максимально продвиньтесь по сиденью внутрь автомобиля. Слегка наклонив спину назад, поставьте левую ногу в машину и повернув туловище к приборной панели поставьте правую ногу в салон автомобиля.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Для предупреждения вывиха необходимо соблюдать меры предосторожности:

- После операции эндопротезирования спите с подушкой, расположенной между ног, когда лежите на спине или животе. Когда лежите на неоперированной стороне спите с 2 подушками. Ваша стопа, колено и бедро на оперированной стороне должны поворачиваться вместе (см. Рис. 1)

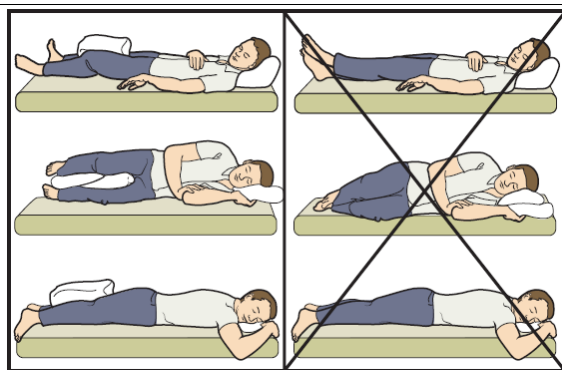


Рисунок 3 Позиция во время сна

- Надевайте свои тапочки в положении стоя (см. Рис. 2). Не наклоняйтесь вниз или в сторону, для того чтобы достать тапочки из-под кровати.

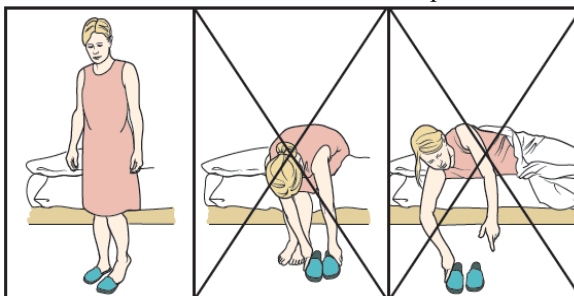


Рисунок 4 Надевание тапочек в положении стоя

- Потяните одеяло и простыни на полпути перед тем, как лечь в постель (см. Рисунок 3). Не наклоняйтесь вперед, чтобы вытащить их после того, как ляжете в постель.

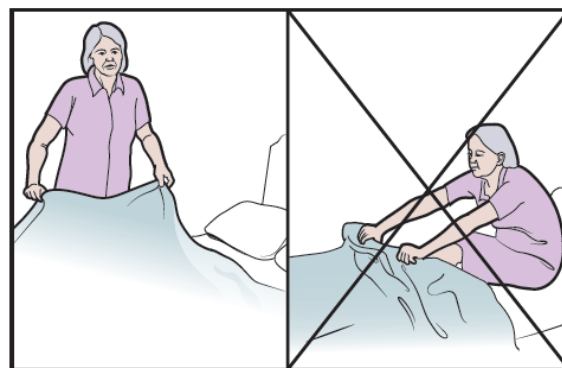


Рисунок 5 Подтягивание одеяла перед тем как лечь в кровать

- Не сгибайте ногу в тазобедренных уставах более 90 градусов
- Не скрещивайте ноги когда сидите или лежите как минимум 8 недель после операции (рис. 4)
- Садитесь в автомобиль спиной вперед, и только потом поднимайте в него ноги, старайтесь избегать вождения автомобиля в течение первых двух-трех месяцев после операции. Обычно состояние пациента позволяет водить современные, удобные автомобили, но в дороге случается всякое, например, колесо может проколоться и в таком случае могут возникнуть серьезные трудности.

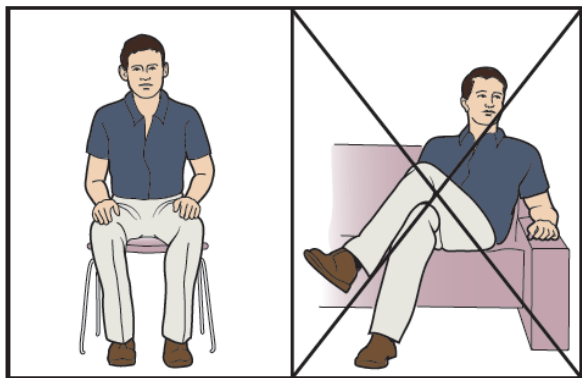


Рисунок 6 Сидение с разведенными ногами

- Вставайте с кровати так, что бы пальцы ног указывали прямо вперед, примерно на расстоянии 15-20 см (6-10 дюймов на картинке) друг от друга. Не поворачивайте стопы слишком сильно внутрь или наружу. (см. Рис. 5).

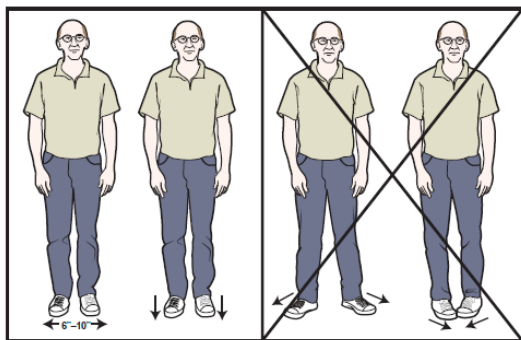


Рисунок 7 Положение стоя после эндопротезирования

- Если вам нужно что-то поднять, используйте специальную «хваталку» (щипцы для захвата предметов) (см. Рисунок 6). Не наклоняйтесь.

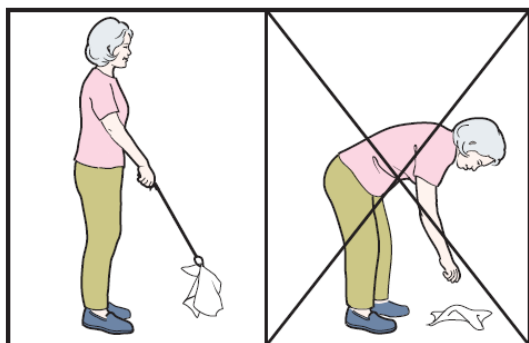


Рисунок 8 Техника поднятия предметов с пола

- Перемещайте верхнюю и нижнюю часть тела, как единое целое. Убедитесь, что ваши плечи, бедра и колени направлены в том же направлении, что и ваши стопы (см. Рисунок 7). Не перекручивайте свое тело.

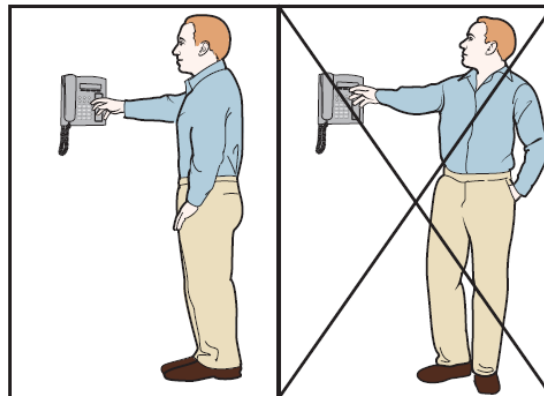


Рисунок 9 Повороты тела как единого целого

- Пододвиньтесь на край и используйте подлокотники, чтобы подняться со стула (см. Рисунок 4). Не наклоняйтесь вперед, чтобы встать.

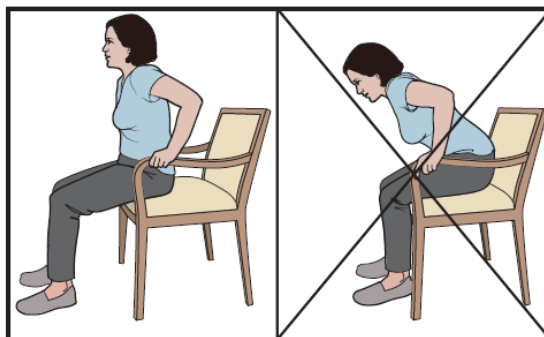


Рисунок 10 Вставание со стула

Ваш лечащий хирург и инструктор ЛФК проконтролируют выполнение данных предосторожностей до вашей выписки.

Н.В.! Вы должны будете соблюдать данные предосторожности на протяжении 6 недель после операции. Связывайтесь со своим лечащим врачом, если в ходе реабилитации возникнут отклонения, о которых Вас не предупреждали.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Вы получите инструкции о приеме антикоагулянтов. Если вам назначены другие медикаменты, ваша медсестра или лечащий доктор расскажет подробности о вашей ежедневной дозировке. Все остальные назначения, которые могут быть необходимы вам после операции, будут даны перед выпиской.

Если у вас есть вопросы после выписки относительно ваших лекарств, пожалуйста, обращайтесь в РНИИТО им. Р.Р. Вредена.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВИЗИТЫ

После операции необходимо периодически убеждаться, что ваш новый сустав правильно функционирует и рана заживает должным образом.

Как правило, вам необходимо будет посетить вашего хирурга в срок:

- Три месяца
- Шесть месяцев
- Двенадцать месяцев, далее 1 раз в год

Восстановление после операции обычно происходит в течение трех-шести месяцев. Вы можете продолжать чувствовать увеличение силы, выносливости вплоть до года.

УХОД ЗА РАНОЙ

Ваша рана должна быть сухой, пока швы не будут удалены. Обычно это происходит через 10-14 дней после операции. Ваш хирург даст рекомендации о том, как ухаживать за раной и выполнять перевязки перед вашей выпиской. Обязательно всегда мойте руки, прежде чем прикасаться к ране.

Не наносите никаких лосьонов, масел или мазей на рану до тех пор, пока она не заживет. Когда она заживет, вы можете использовать солнцезащитный крем, если это необходимо.

Если вы заметили покраснение, набухание или появление выделений из раны, свяжитесь с РНИИТО им. Р.Р. Вредена немедленно.

ПРИНЯТИЕ ДУША

Вернувшись домой из стационара вы можете принять душ, однако при этом необходимо сохранять рану чистой и сухой. Плавание не рекомендуется до трех недель после операции и только по мере заживления раны. Если ваш хирург использовал водонепроницаемую повязку, вы можете купаться с ней. Если у вас мягкотканная повязка, вы можете использовать водонепроницаемый пищевую пленку во время душа.

РЕАБИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

- **Лечение в домашних условиях**

Реабилитолог в больнице подготовит для вас программу физиотерапевтического лечения и ЛФК на дому. Вы начнете ее выполнять на следующий день после выписки. Ваши инструкторы благоразумно определят, как часто вам необходимо выполнять упражнения. Частота и длительность терапии дома варьируется в зависимости от пациента

- **Амбулаторное лечение**

Ваш физиотерапевт определит как часто и как долго вам нужно будет продолжать занятия после операции. Будут поставлены цели, которые вам нужно будет достичь до завершения лечения. Место или стационар, где это будет происходить вы определяете на ваше усмотрение.

Отделение восстановительной медицины РНИИТО им. Р.Р. Вредена

Наш институт предлагает лечение в отделении восстановительной медицины и реабилитации после операции. Большой арсенал современных методов немедикаментозного лечения позволяет врачам-реабилитологам разработать для каждого пациента индивидуальную программу восстановительного лечения, сведя риск осложнений к нулю, а результат восстановления – к максимуму!

Для получения подробной информации, посетите сайт

http://www.rniito.org/r/otdelenie_vosstanovitel'noy_meditsiny_2

ПОЛЕЗНЫЕ ПРИСПОСОБЛЕНИЯ

После операции некоторые виды повседневной активности может быть проще выполнять при помощи специального оборудования. Не всем пациентам потребуется данное оборудование. Ваш инструктор ЛФК поможет определить, насколько оно необходимо. Эти предметы могут включать:

- **Подъемники ног**

Помогает поднять ноги и встать с кровати или ванной. Не полагайтесь полностью на них при выполнении этих заданий. Вы должны силу своих ног насколько это возможно

- **Эластичные шнурки**

Заменяют стандартные шнурки. Эластичные шнурки позволяют вам скользить в вашей обуви, как если бы это были домашние тапочки.

- **Обувная ложка с длинной ручкой**

Используется для ограничения сгибания, необходимого для надевания обуви. Она также может помочь вам снимать носки и обувь

- **Хваталки (щипцы для захвата предметов)**

Работают как удлинение руки. Должны использоваться для любой деятельности, которая требует от вас дотянуться до чего либо, либо согнуться. Их можно использовать для подъема любого предмета массой до двух килограмм или подхватить вашу одежду.

- **Губка с длинными ручками**

Помогает вымыть спину и ниже колен, избегая небезопасных наклонов

- **Приспособления для одевания нижнего белья и штанов или носков.**

- **Проконсультируйтесь с хирургом о необходимости приобретения компрессионно-эластического трикотажа (чулки, гольфы).**

РАБОТА

Спросите своего хирурга, когда вам можно будет приступить к работе. Сроки нахождения на больничном зависят от характера и условий вашей работы, а так же скорости вашего восстановления.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1. Боль

После возвращения домой возможно ощущение некоторый дискомфорта в области послеоперационной раны. В этом случае рекомендован приём обезболивающих препаратов. Вы должны постепенно уменьшать дозировку принимаемых препаратов, что снизит риск развития зависимости от лекарств.

N.B.! Не забудьте принимать обезболивающие средства с пищей и обильным питьем. Если ваша боль не уменьшится, позвоните в РНИИТО ИМ. Р.Р. ВРЕДЕНА

2. Лихорадка

Температура вашего тела может быть выше обычной в течение нескольких дней после операции.

N.B.! Если ваша лихорадка продолжается на уровне более чем на 38,5 ° C, и у вас есть озноб, потливость, повышенная боль, покраснение или отделяемое из раны, немедленно позвоните в РНИИТО ИМ. Р.Р. ВРЕДЕНА

3. Отек

Отек, появление кровоподтеков и покраснения вокруг шва являются этапами нормального процесса заживления организма. Отекать может вся нижняя конечность, а гематома может распространяться от тазобедренного сустава до пальцев стопы. Опухоль и кровоподтеки можно уменьшить, используя технику RICE:

- Rest - покой
- Ice - Холод местно
- Compression - компрессионный трикотаж или эластичные бинты
- Elevation - возвышенное положение конечности

N.B.! Если опухоль увеличивается и усиливается боль, позвоните в РНИИТО ИМ. Р.Р. ВРЕДЕНА.

4. Выделения из послеоперационного рубца

Выделения из области послеоперационного рубца обычно прекращаются в течение 5-14 дней.

N.B.! Если выделения сохраняются или их количество увеличивается, позвоните в РНИИТО ИМ. Р.Р. ВРЕДЕНА.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ ЖИЗНИ

После операции вы должны принимать антибиотики до выполнения некоторых манипуляций для снижения риска инфицирования вашего нового сустава. Возможно, что инфекция другой локализации может распространиться на эндопротез. Пожалуйста, обратитесь к вашему лечащему врачу для консультации.

СЕКС ПОСЛЕ ЗАМЕНЫ СУСТАВА

До операции половой акт, возможно, был неудобным и даже болезненным. После операции секс может быть легче, более комфортным и приятным. Вам нужно будет беречь свой новый сустав во время секса, пока не наступило полное заживление. Вы должны подождать, пока ваш хирург не позволит вернуться к сексуальным отношениям с вашим партнером. Это занимает обычно от 4 до 6 недель после операции.

Возвращение настроения

Когда придет время, вы можете почувствовать себя немного неловко во время секса и может также потребоваться некоторое планирование. Вот несколько советов для возвращения настроения:

- Принимайте обезболивающие препараты за 20 - 30 минут до начала для предотвращения незначительной боли. Избегайте сильнодействующих средств, которые будут маскировать нарастающие боли.
- Имейте несколько дополнительных подушек в комнате, чтобы помочь вашему телу, когда вы пробуете разные позиции.
- Амплитуда движений. Если ваш хирург дал вам методические рекомендации, убедитесь, что вы верно их выполняете.
- Не заставляйте себя. Ваше тело все еще восстанавливается после крупной операции.

Защита вашего нового сустава

Вы должны быть уверены, что бережете свой новый сустав до тех пор, пока не наступило полное заживление. Ваш хирург может дать вам рекомендации, но в целом:

Если у вас была замена тазобедренного сустава

- Избегайте поворота вашей прооперированной ноги внутрь или пересечения линии центра вашего тела
- Не сгибайтесь в талии более чем на 90 градусов и не поднимайте ваше колено выше уровня тазобедренного сустава

БЕЗОПАСНЫЕ ПОЗИЦИИ В СЕКСЕ

Лицом к лицу

И женщины, и мужчины могут использовать эту позицию после операции на коленном или тазобедренном суставе

- Вы должны быть снизу
- Держите ноги разведенными и слегка повернутыми наружу
- Поместите подушки снаружи и изнутри ваших ног для дополнительной поддержки
- Вы можете лежать ровно или подпираться подушками, в зависимости от того, что наиболее удобно

Сидя на стуле

Эта позиция безопасна как для мужчин, так и для женщин после операции на коленном или тазобедренном суставе:

- Мужчина должен сидеть на стуле с прямой спинкой, при этом стопы на полу
- Женщина сидит на коленях, лицом к нему

Женщина лежа и мужчина на коленях

Эта позиция подходит для женщины с новым коленным или тазобедренным суставом или мужчиной с замененным тазобедренным суставом:

- Женщина лежит на спине, ягодицы расположены у края кровати. Стопы удерживаются или расположены на полу
- Мужчина стоит на коленях перед кроватью, положив руки по обе стороны от своего партнера

Боковое положение

Эта позиция подходит для женщины так и для мужчин с замененным суставом:

- Оба женщина и мужчина лежат на боку, мужчина позади женщины
- Убедитесь, что замененный сустав находится внизу
- Используйте подушки в качестве формы поддержки

Мужчина опираясь на локти

Эта позиция подходит для женщины с замененным коленным или тазобедренным суставом или мужчины с новым тазобедренным суставом

- Мужчина лежит поверх своей партнерши с ногами, вытянутыми за его спиной, подушка между коленями
- Масса удерживается на локтях

Часто задаваемые вопросы

Как долго простоят новый сустав? Потребуется ли мне другая замена?

Исследования показывают, что большинство тазобедренных суставов выдерживают от 15 до 20 лет. Новые материалы и техника позволяют увеличить выживаемость имплантата. В общем, если вы обращаетесь с вашим имплантатом хорошо, он выдержит дольше. В случае износа имплантата или инфекционных осложнений, может потребоваться вторая операция.

Почему важно бросить курить до операции?

В любой хирургии курение считается сопутствующим заболеванием. Это значит, что курение может увеличить вероятность осложнений во время и после операции. Чтобы добиться наилучших результатов, мы просим вас немедленно прекратить курить.

Я увижу своего хирурга после операции?

Да. Вы увидите своего хирурга до и после операции. Ваш хирург подойдет к вам, чтобы ответить на любой вопрос на протяжении всего лечебного процесса.

Как врачи могут предотвратить образование тромбов?

Во-первых, ваш хирург назначает антикоагулянты. Более того, ранняя активизация, специализированные упражнения и компрессионные чулки будут частью вашего ухода для снижения риска образования сгустков крови.

Насколько большой будет мой рубец?

Размер вашего рубца зависит от нескольких факторов, включая технику хирурга, сложности операции, размера и глубины вашего сустава. Вы сможете спросить вашего хирурга произвести предварительную оценку объема вмешательства в вашем конкретном случае.

Что делать, если я испытываю проблемы со сном?

Избегайте дремоты днем и планируйте распорядок как можно ближе к нормальному. Если трудности со сном будут продолжаться, вам дадут снотворное средство с согласования с вашим лечащим хирургом.

Можно ли мне делать МРТ с моим новым суставом?

Да. Металлы, используемые в современных имплантатах, обычно совместимы с аппаратами МРТ. Обычно это материалы, не содержащие железо. Если вам потребуется выполнить МРТ в будущем, проинформируйте рентгенологов о том, что вас имплантирован искусственный сустав.

Когда я смогу летать на самолете?

Время до безопасных перелетов может варьироваться от пациента к пациенту. Важно знать, что и полеты, и замены суставов увеличивают риск образования сгустков крови в ногах и легочной эмболии. Поэтому лучше всего подождать шесть недель до полетов. Проконсультируйтесь с вашим хирургом, чтобы определить, когда можно безопасно совершать авиаперелеты.

Будет ли мой новый сустав активировать устройства-металлоискатели?

Ваш сустав изготовлен из различного количества металлических сплавов. Поэтому есть шанс, что он может быть обнаружен при прохождении устройств безопасности. Обязательно сообщите, что у вас есть искусственный сустав. Вы также имеете возможность носить предупреждающую карточку, указывающую на наличие искусственного сустава. Спросите своего хирурга, как вы можете ее получить.

Когда я перестану хромать?

В среднем пациент избавляется от хромоты в течение 3-12 месяцев. Данные сроки варьируют в зависимости от вашего исходного состояния и вашей способности к ежедневному выполнению упражнений ЛФК и восстановлению отводящих мышц после операции.

Когда я смогу ходить без костылей (трости)?

Вам будет рекомендована ходьба при помощи костылей (ходунков) с дозированной нагрузкой на оперированную конечность до двух месяцев, далее 2 недели с помощью одного костыля, затем 2 недели с тростью.

Как принять душ?

Подойдите к краю ванной, повернитесь к ванной спиной (в ванне должен располагаться специальный стул со спинкой, резиновые коврики на полу и на дне ванны, по возможности установите поручень на стенке). Возьмитесь рукой сзади себя за спинку стула, опираясь другой рукой на костыль плавно сядьте на стул, (оперированная нога при этом должна скользить по полу вперед). Перенесите ноги через край ванны и повернитесь к краю лицом. Во время приема душа пользуйтесь мочалкой и губкой на длинной ручке (не трите область послеоперационного рубца мочалкой до самостоятельного отпадания корочек с рубца). После того как вы приняли душ перенесите ноги через край ванны и встаньте опираясь на стул. Не в коем случае не ложитесь в ванну. **!!! Принимать ванну нормально вы сможете только после того, как это разрешит ваш лечащий врач.**

Как надеть нижнее белье и брюки?

Сядьте на край кровати или стула. Крючком приспособления для одевания зацепите за пояс белье или штаны. Крючком натяните их вначале на оперированную, а затем на здоровую ногу. Как только одежда будет выше колен, встаньте с кровати/стула, обопритесь на ходунки и наденьте ее до конца.

Сколько я могу ходить?

За первые три месяца, по собственным ощущениям вы можете постепенно увеличивать продолжительность прогулок от нескольких сотен метров, до нескольких километров. Помните, что лучше совершить в день несколько коротких прогулок, чем одну длинную. **!!! При ведении сидячего образа жизни вы быстро наберете вес, что негативно скажется на искусственном суставе.**

Когда можно начать интимную жизнь?

Интимную жизнь вы сможете вести сразу после выписки из стационара. Обязательным условием при занятиях сексом является соблюдение рекомендаций по ограничению движений данные вам лечащим врачом. Оптимальными положениями для занятий сексом могут стать описанные ранее положения для отдыха. Следует помнить, что в положении на боку оперированной ноге обязательно требуется опора, предотвращающая ее чрезмерное приведение к здоровой. **!!! Безопасные позиции описаны выше. При возникновении вопросов не стесняйтесь проконсультироваться с лечащим врачом.**

Когда я смогу работать?

Полноценно приступить к работе вы сможете после исчезновения болевых ощущений в оперированном суставе, когда мышечный тонус вернется к норме, в среднем через полтора-два месяца. **!!! Если ваша работа связана с физическими нагрузками или сопряжена с повышенным травматизмом обязательно проконсультируйтесь с лечащим врачом.**

Когда я смогу самостоятельно управлять автомобилем?

Управлять автомобилем вы сможете сразу, как только вы сможете уверенно ходить, держать равновесие и справляться с экстренными ситуациями (при быстром перенесении оперированной ноги с одной педали на другую, при резком, сильном нажатии на педаль, в оперированной конечности не должно возникать боли и дискомфорта). **!!! Перед тем как выехать на улицу потренируйтесь в управлении автомобилем в малолюдных местах. Помните, что длительные поездки сопряжены с риском возникновения тромбозов, поэтому до трех месяцев старайтесь совершать поездки только по необходимости, в случаях длительных поездок пользуйтесь эластично-компрессионным трикотажем.**

Когда я могу заниматься спортом?

Первые полтора-три месяца (в зависимости от тяжести оперативного вмешательства и вашего состояния) основным для вас должна стать ходьба и выполнение упражнений предписанных вам лечащим врачом. По истечении этого периода вы можете приступить к занятиям в бассейне, на велотренажере, ходьбе с лыжными палками. Примерно через шесть месяцев вы сможете заниматься беговыми лыжами и спокойными видами танцев. **!!! Нагрузки на сустав должны быть постепенными, боль и чувство дискомфорта в оперированной конечности при занятиях спортом не допустимы. Если вы собираетесь заниматься активными, или экстремальными видами спорта, обязательно проконсультируйтесь с лечащим врачом.**

Можно ли мне рожать детей естественным путем?

После эндопротезирования тазобедренного сустава нет ограничений, связанных с беременностью и родами. Однако, существует риск вывиха эндопротеза после операции при тяжелой первичной патологии тазобедренного сустава. Проконсультируйтесь с вашим лечащим доктором накануне операции по этому вопросу.

Желаем вам полноценной, активной жизни!