2.3. Операция и послеоперационный период в клинике.

Поступил по направлению в клинику за два дня до назначенной операции. Сдал анализы, прошел осмотр у лечащего врача, анестезиолога. Произвел в кассе оплату за протез.

Второй день. Беседа с хирургом в присутствии приглашенных родственников. Напоминание о сложности операции, подтверждение согласия на ее проведение, а также необходимости сдачи донорской крови родственниками в центре переливания крови. Подготовился к операции.

На третий день была сделана операция. В интернете и других источниках я не встречал описания ощущений пациента о подобной операции. Правда, видеосъемка операции приводится, но чтобы ее смотреть пациенту? Это не для слабых. Слышал рассказы - укол анестезиолога и… просыпаешься в реанимации. Анестезиолог действительно сделал укол в области поясничной части позвоночника. Через несколько минут в ногах почувствовал тепло, и дальше все началось как бы без моего участия. Я ничего больше не чувствовал, но все слышал. После невидимых мне движений по телу в дальнейшем услышал шум знакомых инструментов, похожих на слесарные: пилы, фрезы. Затем раздались ритмичные удары молотка (1-2 и 3). И все казалось, что происходит в этом помещении, рядом, за шторкой, но это происходит не со мной, так как не чувствовал боли. Сестричка рядом у изголовья с тобой мило беседует и, конечно, контролирует твое состояние. Время прошло быстро - хотя все длилось больше одного часа. Затем был сделан снимок установленного эндопротеза и показан мне. Хирург, сказал, что все хорошо. Положили на каталку и - в отделение реанимации.

В реанимации быстро подключили аппаратуру и предупредили - лежать только на спине. Это было для меня испытанием на всю ночь. Я обычно не сплю на спине. Но пришлось выполнять это требование и в последующие дни и ночи.

На следующий день утром перевезли в палату. Прооперированную ногу зафиксировали в специальное приспособление, назначили уколы, капельницу и другое необходимое лечение.

Важно было соблюдать особое требование - не передвигать прооперированную ногу в положение «ножниц - перекрещивания ног» во избежание вывиха сустава, что чревато повторением еще более сложной операции (ревизии). Рекомендовали для предотвращения запрещенного положения применять валик, который необходимо было постоянно держать между ног. Он мне показался неудобным: требовалось его удерживать все время в заданном положении. Во время сна он ускользал и обычно падал на пол. В этом случае сам его поднять, лежа в кровати, не можешь и требовалась помощь других коллег по палате, кто уже мог ходить.

Сшили свою подушку (подушку безопасности), которую можно было подвязывать выше колена с помощью двух лент-шлей к прооперированной ноге. Она имеет вид и размеры, указанные на масштабной линейке (см. фото 1). Внутри подушка заполнена ватином. Ее удобно крепить с помощью лент и использовать по назначению. Главное, обеспечивается фиксация прооперированной ноги на расстоянии от другой, что исключает положение «ножниц» (см. фото 2). Это позволяет безопасно ночью спать и не беспокоиться, что эта подушка может изменить свое положение и нарушить расположение прооперированной ноги. В дальнейшем, после трех месяцев эту подушку использовал на водительском сидении в автомобиле.

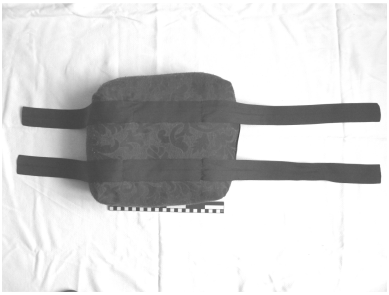

Рис.1. Общий вид подушки безопасности

Рис.2. Фиксация подушки на прооперированной ноге

После осмотра лечащим врачом был назначен курс послеоперационного лечения. Применяли также обезболивающие средства с использованием капельницы. В результате я сам мог управлять эффективностью обезболивания путем перекрытия или открытия трубки. На четвертый день капельница была отключена, так как в дальнейшем боли меня особенно и не беспокоили.

На следующий день инструктор по физкультуре показал и помог сделать первые упражнения для стоп ног и другие, лежа на кровати. Я здесь и далее не буду их описывать. Они станут известны для тех, кто собирается этим воспользоваться. Некоторые упражнения показаны в приведенных методиках. Рекомендовано было также пить негазированную, обычную питьевую воду. Я пил проверенную родниковую воду не менее двух литров в сутки. В ней меньше содержит нитратов и окиси железа, а содержание полезных химических элементов и соединений находится в более сбалансированном количестве.

В следующие два - три дня продолжались упражнения в кровати, лежа на спине. Используя размещенную вдоль над кроватью приспособление, руками поднимался и пытался сидеть. Сестра посоветовала: голова

должна находиться больше в привычном обычном вертикальном положении. Это в дальнейшем поможет исключить возможное головокружение и потерю равновесия на первых этапах движения с использованием костылей.

Были первые попытки опустить ноги на пол. Это нужно делать осторожно, чтобы не потерять равновесия и не допустить запрещенного положения ног - «ножниц». Поворот из положения «лежа» рекомендовали делать в сторону здоровой ноги изначально в выпрямленном состоянии. Она же может снизу поддерживать и спускаемую следом прооперированную ногу. Продолжительность нахождения в положении «сидя» на кровати определялось самочувствием.

На третий день нужно было научиться «ходить на судно» самостоятельно, не поднимаясь с кровати. На четвертый и пятый дни самостоятельно становился на обе ноги и два костыля, при этом держался и за кровать. Идти не решился. Это, оказывается, - ответственный момент. Лучше это упражнение первый раз выполнить с разрешения инструктора и при его присутствии.

Шестой день. Был «профессорский» обход: лечащий врач, физиотерапевт, заведующий отделением, заведующий кафедрой по реабилитации - профессор, инструктор по физкультуре, медсестра.

Признали, что изготовленная подушка безопасности удобна и ее можно использовать. Порекомендовали прооперированной ногой делать больший угол, перемещая с сопротивлением по постели; разрешили также выполнять под руководством инструктора комплекс упражнений по движению с костылями – сначала по палате, затем по коридору и лестнице.

Важным моментом оказался вопрос правильного выбора костылей. Службы сервиса предлагают на прокат два типа костылей: удлиненный с опорой на плечи и руки, и другой - «локтевой» с опорой на локти и кисти рук. Мне посоветовали удлиненный, с легкими трубками и мягкими подушечками под ладони рук и под плечи. Первый выбор оказался неудачным. Привезли костыли малого размера. Оказывается, существуют правила их подбора. Высота костыля должна обеспечивать зазор «подмышкой» в верхней части на два пальца при выпрямленном положении туловища и при вытянутых руках в стороны по горизонтали. Это позволяет ходить на костылях прямо и не горбиться. Опуская руки вниз, ладони должны опираться на ручки. Таким образом, нагрузка от тела при движении может распределяться теоретически пропорционально на 4 опоры (ноги и костыли), т.е. примерно на каждую опору по 25% от массы тела. Заметим, что на первых этапах реабилитации рекомендуется на прооперированную ногу нагрузка до 10% и не более 25%. Минимальную

нагрузку можно определить, посоветовавшись с лечащим врачом. И, если ее нужно уменьшить, то это можно достигнуть в процессе движения умелым перераспределением нагрузки на костыли и ноги с помощью рук. При обычном движении, когда участвуют три опоры - одна нога и два костыля, нагрузка на ногу может составлять около 30%. Существуют сведения, что при использовании в движении одного костыля нагрузка на ногу составляет 50%, а при использовании трости – нагрузка на ногу увеличивается до 80%.

Итак, … первые шаги. Первый шаг – переставляем костыли вперед соизмеримо с обычным шагом ногой. При этом перенос костылей при шаге проводится по траектории внешней дуги, чтобы исключить его касание с опорной поверхностью или неровностями. Далее, переносим на костыли тяжесть тела и двигаем вперед прооперированную ногу. Среднюю часть стопы ставим на уровень опорной поверхности ножек костыля. Нога при опоре на поверхность прямая. Затем корпус подаем вперед, ослабляя нагрузку на здоровую ногу, и переносим ее вперед, делая второй обычный шаг. Переносим нагрузку на здоровую ногу и делаем следующий шаг костылями, осуществляя аналогичное движение, как и при первом шаге.

Я запомнил важное, что поворот, как и разворот, осуществляется (на первом этапе) в сторону здоровой ноги путем попеременного «переступа» ногами в сторону разворота на небольшой угол, может до 30 градусов («поворот пингвина» - они на втором снимке обложки). Необходимо при этом ставить сначала костыль со стороны прооперированной ноги, затем делать «поворот пингвина» - «переступ» с поворотом на маленький угол и выполнить несколько таких движений одной и другой ногой до завершения поворота/разворота. Не рекомендовано делать крутой разворот путем движения другой ноги назад. Это важная предосторожность, чтобы исключить вывих в суставе.

У меня, например, во время реабилитации на дому, случилась другая неприятность. При резком развороте туловища в сторону здоровой ноги (а стопа стояла неподвижно) почувствовал резкую боль в ее коленном суставе. Колено назавтра распухло. Пришлось обратиться к травматологу. Диагноз установили, назначили таблетки и мазь, ограничили нагрузку. Лечился около 10 дней в домашних условиях. Но это был звонок – будь осторожен. Оберегая прооперированную ногу, важно было заботиться и о здоровой ноге тоже. Она в этот период реабилитации выполняет двойную нагрузку.

Вот такие дела - беда одна не ходит - «открывай ворота». Важно быть осторожным, особенно при движении. Кроме того, проявились и другие болячки из прошлой истории: повышение артериального давления. При-

глашали кардиолога. Думаю, что важно в этот период не участвовать в дискуссиях, которые часто затевают выздоравливающие по палате. Вести себя спокойно, не переживать, быть оптимистом - прошло самое сложное. Впереди главное: лечение, фактор времени и соблюдение режима реабилитации, а на финише - получение положительного результата.

Первая тренировка - движение по палате состоялась на седьмой день - примерно сделано 40 шагов, 10 поворотов и разворотов. Были сбои, инструктор поддерживал меня. Затем в течение следующих дней увеличивал нагрузку до 70, 140, 200 шагов и тренировался на коридоре 3-4 раза в день общей продолжительностью не более одного часа. Обнаружил на внутренней стороне прооперированной ноги гематому лилового цвета. Лечащий врач сказал, что это бывает после операции. Через несколько дней она исчезла.

Коридор - это как проспект с интенсивным, но и многосторонним движением для всех обитателей больницы. Особенно нужно быть осторожным в движении. Здесь, как и в палате, через регулярные интервалы выполняют влажную уборку и протирают пол. Высока вероятность поскользнуться со всеми вытекающими последствиями. Только спустя 15-20 минут после уборки можно ходить, но быть при этом внимательным, смотреть, не отвлекаясь, куда делаешь шаги костылями. Не расставлять их широко в сторону и не делать больших шагов, если не уверен.

В последние дни перед выпиской, кроме процедур, с помощью инструктора по физкультуре обучался подниматься и опускаться с помощью костылей по лестнице. Больших сложностей не было. Главное было в начале - обучиться ходить с костылем по ровной поверхности. Старался при выполнении упражнений и при самостоятельной ходьбе, в первую очередь, ставить опоры костылей на среднюю часть ступеньки (это и безопасно), чтобы при постановке рядом стопа ноги могла стать также своей средней частью на линии опор костылей. Приемов здесь может быть много. Они как бы сами определяются и хорошо повторяются. В процессе выздоровления может измениться подход и можно с костылями делать шаг уже на вторую ступеньку, а нормальный (не приставной шаг) выполнять другой ногой на следующую ступеньку.

Приближается 14-ый день - время снятия швов и выписка.

Пригласил заведующий отделением и объявил: послеоперационный период завершился, дальше должны скрепиться (вживаться) протез и мышцы. Поэтому продолжать регулярно заниматься дома рекомендуемыми упражнениями, применять рекомендуемые препараты, в том числе и против образования тромбов, хорошо питаться, исключать экстрим и злоупотребления, посещать участкового врача - ортопеда.

Коллегам по палате, медицинским санитарам и сестрам, кто помогал советом, оказывал помощь и компенсировал мою беспомощность в первые послеоперационные дни, хочу выразить благодарность за поддержку и внимание.