

Козій Т.П. Ефективність фізичної реабілітації при ендопротезуванні кульшового суглоба / Т.П. Козій, Є.А. Борович // Актуальні проблеми громадського здоров'я та рухова активність різних верств населення [Текст]: зб. статей І Всеукр. наук. конф. (11 квітня 2019 р.) /уклад. С.К.Голяка. – Херсон: ХДУ, 2019. – С. 115-119.

УДК 617.3:615.8

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА**

**Козій Т.П., Борович Є.А.**

*Херсонський державний університет;*

*Херсонська обласна клінічна лікарня*

**Анотація.** У статті розглянута проблема відновлення функціональної активності хворих після хірургічного лікування коксартрозу. Показана висока ефективність фізичної реабілітації у відновленні функції кульшового суглоба.

**Ключові слова:** фізична реабілітація, ендопротезування, кульшовий суглоб, коксартроз.

**Аннотация.** Козий Т.П., Борович Е.А. Эффективность физической реабилитации при эндопротезировании тазобедренного сустава. В статье рассмотрена проблема восстановления функциональной активности больных после хирургического лечения коксартроза. Показана высокая эффективность физической реабилитации в восстановлении функции тазобедренного сустава.

**Ключевые слова:** физическая реабилитация, эндопротезирование, тазобедренный сустав, коксартроз.

**Abstract.** Koziy T.P., Borovych E.A. The effectiveness of physical rehabilitation in hip arthroplasty. The article addresses the problem of restoring

*the functional activity of patients after surgical treatment of coxarthrosis. The high efficiency of physical rehabilitation in restoring the function of the hip joint.*

**Key words:** *physical rehabilitation, endoprosthetics, hip joint, coxarthrosis.*

**Постановка проблеми.** Проблема лікування коксартрозу є актуальною і пошук адекватних методів терапії заслуговує пильної уваги. Сучасні заходи консервативного лікування тільки призупиняють на деякий час прогресування патологічних деструктивно-дистрофічних змін у кульшовому суглобі, але не в змозі кардинально вплинути на перебіг захворювання.

На сьогоднішній день ендопротезування є основним методом лікування дегенеративних захворювань суглобів. Ендопротезування кульшового суглоба у багатьох країнах є плановою, рутинною операцією та одним з найбільш поширених хірургічних втручань, метою якого є повернути рухливий і безболісний спосіб життя. Нажаль, в Україні виконується в 10 разів менше операцій від прогнозованої необхідної кількості ендопротезувань суглобів [3].

Важливим питанням в ендопротезуванні є проблема реабілітації хворих з ендопротезами суглобів, що повинна проводитись у спеціально оснащених реабілітаційних центрах або спеціалізованих відділеннях клінічних лікарень.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Ендопротезування кульшового суглоба є ефективним і часто єдиним способом відновлення втраченої функції кінцівки [4]. Для успішного біомеханічного відновлювання після ендопротезування кульшового суглоба вирішальну роль відіграє фізична реабілітація, яку розпочинають одразу після прийняття рішення про ендопротезування. У доопераційному періоді є важливим надати пацієнту відповідну кількість знань і вмінь, які будуть потрібними у післяопераційний період. З метою профілактики атрофій і контрактур застосовують фізичні вправи на збільшення рухливості в кульшовому суглобі та формують навички ізометричного напруження м'язів нижніх кінцівок. Велику увагу приділяють навчанню пацієнтів побутовим навичкам, спеціальним технікам дихання, самоконтролю при виконанні фізичних вправ. Для покращення крово- і

лімфообігу хворої кінцівки проводять ручний лімфодренажний масаж, а після його закінчення - прийоми юмейхо-терапії. Фізична реабілітація осіб після ендопротезування суглоба є важливою, оскільки дозволяє зменшити період відновлення сили м'язів, які виконують рухи в кульшовому суглобі [1].

**Мета дослідження** - визначити ефективність фізичної реабілітації на етапі відновлення після ендопротезування кульшового суглоба.

**Методи та організація дослідження.** Визначення ефективності фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні хворих на коксартроз проводилося в умовах стаціонару ортопедо-травматологічного відділення на базі Херсонської обласної клінічної лікарні протягом повного курсу стаціонарного лікування і реабілітації (21 день), з яких 1 тиждень був доопераційний, і 2 тижні - післяопераційні. В дослідженні приймали участь хворі на коксартроз у кількості – 13 осіб, з них було 5 чоловіків 52-55 років і 8 жінок 46-62 років.

Функціональний стан хворих на коксартроз на початку і наприкінці стаціонарного лікування та фізичної реабілітації визначали за показниками виразності болю, рухливості суглобів і сили м'язових груп ураженої нижньої кінцівки. Тестування інтенсивності больового синдрому проводили за Візуальною Аналоговою Шкалою (ВАШ) [5]. Вимірювання амплітуди рухів у суглобах здійснювали за допомогою методу гоніометрії [6]. Визначення сили м'язів проводили за методикою мануального м'язового тестування (ММТ) [2].

Відповідно до функціонального стану пацієнтів була складена програма реабілітації для кожного хворого. Реабілітаційне втручання розпочиналось з моменту поступлення пацієнтів в стаціонар і завершувалось в день виписки пацієнтів і, власне, в цей день проводилось контрольне обстеження. Програма фізичної реабілітації включала заняття з ЛФК, а після зняття швів пацієнтам призначалися фізіотерапевтичні процедури і масаж. Заняття в доопераційний період були спрямовані на навчання пацієнтів правильному переміщенню в ліжку; розподілу ваги тіла під час ходьби; правильній моделі переміщення з технічними засобами; на профілактику виникнення можливих ускладнень. Заняття в післяопераційному періоді розпочинали в день після переведення із

реанімації та були спрямовані на зміцнення м'язів нижньої кінцівки; профілактику післяопераційних ускладнень; пристосування пацієнта до домашніх умов проживання; збереження навичок самообслуговування; пристосування серцево-судинної системи до фізичного навантаження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Ефективність застосування програми фізичної реабілітації після ендопротезування кульшового суглоба визначали перш за все за ступенем регресу больового синдрому, оскільки саме біль при дегенеративних ураженнях суглобів є найбільш значущим проявом захворювання для самого пацієнта, що обмежує або повністю унеможливорює рух в уражених суглобах і, тим самим, обумовлює якість життя. Результати дослідження суб'єктивного сприйняття болю хворих на коксартроз та їх динаміка представлені в таблиці 1.

*Таблиця 1. Динаміка показників інтенсивності болю у хворих на коксартроз за Візуальною Аналоговою Шкалою*

Показник (бали)	Доопераційний період	Післяопераційний період
M±m	7,8±0,9	1,5±0,2***
max	9	2
min	5	0

До початку лікування і реабілітації хворих із коксартрозом діагностували різну ступінь вираженості больового синдрому: від помірного до сильного ступеня. Наприкінці 3-х тижневого лікування і реабілітації відмічали позитивну динаміку альгофункціонального стану хворих, на що вказує значне зменшення середнього показника відчуття болю до слабого ступеня.

За наведеними показниками динаміки суб'єктивного сприйняття болю дослідженими хворими можна із впевненістю говорити про результативність фізичної реабілітації та високу якість проведеної операції з ендопротезування кульшового суглоба.

За показниками гоніометрії можна спостерігати позитивну динаміку рухливості в ураженому кульшовому суглобі, що представлено в таблиці 2.

**Таблиця 2. Динаміка показників амплітуди рухів у кульшовому суглобі ураженої кінцівки до і після ендопротезування**

Рух (N)	Доопераційний період	Післяопераційний період
Згинання (N - 140°)	44±5,8	85±2,5***
Відведення (N - 40°)	15±0,5	20±0,5
Приведення (N - 30°)	5±0,5	15,0±0,8*

Дослідження виявило, що у хворих на коксартроз рухливість в ураженому суглобі була значно обмеженою за рахунок зниження, як амплітуди згинання, так і амплітуди відведення та приведення. Після ендопротезування кульшового суглоба та курсу реабілітації можна стверджувати, що амплітуда рухів у суглобі збільшилась за всіма напрямками, але найбільш суттєві зміни рухливості відбулися в напрямку згинання стегна.

Стан сили м'язів ураженої кінцівки хворих на коксартроз ми оцінювали за показниками мануального м'язового тестування, які представлені в таблиці 3.

**Таблиця 3. Динаміка показників м'язової сили ураженої кінцівки хворих на коксартроз**

Групи м'язів	Показники (бали)	
	Доопераційний період	Післяопераційний період
Згиначі стегна	2,8±0,5	3,9±0,8*
Відвідні м'язи стегна	2,0±0,0	3,0±0,0*
Привідні м'язи стегна	2,6±0,3	2,9±0,4
Розгиначі гомілки	2,8±0,4	4,0±0,0*

Сила м'язів згиначів стегна (клубово-поперековий та чотириголовий), абдукторів стегна (середній, малий сідничні м'язи і м'яз натягач широкої фасції) і привідних м'язів стегна (великий, довгий, короткий привідні м'язи, тонкий та гребінчастий м'язи) у хворих на коксартроз виявилась значно зниженою і вказувала на ригідну м'язову атрофію, а після ендопротезування і курсу фізичної реабілітації показники сили м'язів стегна достовірно покращився.

### **Висновки та перспективи подальших досліджень.**

1. Коксартроз характеризується прогресуючою дегенерацією суглобового хряща з подальшим втягненням в процес інших елементів суглоба і

супроводжується больовим синдромом, деформацією суглобу, втратою функціональної активності, зниженням якості життя та інвалідизацією хворих.

2. Ендопротезування здатне відновити нормальні рухи в кульшовому суглобі тільки після інтенсивної фізичної реабілітації, яку необхідно впроваджувати не тільки у післяопераційний, але й у передопераційний період.

3. За допомогою вдосконаленої програми фізичної реабілітації суттєво збільшилась амплітуда рухів у кульшовому суглобі, підвищилась сила м'язів ураженої кінцівки, зменшились больові відчуття, тим самим покращуючи якість життя хворих, що в повному обсязі виправдовує раннє післяопераційне навантаження нижньої кінцівки в допустимих межах і безбольовій зоні.

В подальших дослідженнях планується визначити ефективність методів і засобів фізичної реабілітації при ендопротезуванні колінного суглоба.

## Література

1. Алиев Р.М. Результаты после эндопротезирования тазобедренного сустава при коксартрозе / Р.М. Алиев, И.И. Сеидов // Научно-практический журнал «Aserbaýcan ortopediya ve travmatologiya jurnali», Баку, Азербайджан. – 2007. – №2. – С. 45-50.

2. Васильева Л.Ф. [Кинезиологическая диагностика в повышении эффективности мануальной терапии](#) / Л.Ф. Васильева // Мануальная терапия, 2017. – №1. – С. 79-80.

3. Ласкутов А.Е. Эндопротезирование припроксимального метадиафиза бедренной кости на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава / А.Е. Ласкутов, А.Е. Олейник // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2010. – №1. – С. 23-26.

4. Майко В.М. Підсумки роботи Вінницької філії Республіканського центру ендопротезування за 10 років / В.М. Майко, П.М. Гунько, А.В. Вознюк // Актуальні проблеми ендопротезування : матеріали наук.-практ. конф., 13-14 березня 2007р. – Вінниця, 2007. – С. 63-66.

5. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей / В.П. Москалев, Н.В. Корнилов, К.И. Шапиро, А.М. Григорьев, А.Ю. Каныкин. – Санкт-Петербург, 2001. – 157 с.

6. Носкова А.С. Оценка функциональной недостаточности суставов в реабилитации / А.С. Носкова, И.Г. Красивина, И.С. Могутова, Н.А. Горбакова // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2005. – №6. – С. 32-35.