

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

**ЗАСТОСУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНІК ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ
ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ
КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

Виконав: здобувач II курсу
спеціальності 227 Терапія та реабілітація
спеціалізація 227.01 Фізична терапія
Освітньо-професійної програми
Фізична реабілітація
Швед Богдан Андрійович

Керівники: кандидатка медичних наук,
доцентка Верещакіна В.В.;
викладачка Самойленко К.В.

Рецензент медична директорка
КП «Знам'янська обласна бальнеологічна
лікарня» Кіровоградської обласної ради
Пускай Наталія Борисівна

Івано-Франківськ, 2025

ЗМІСТ:

ВСТУП.....	3
1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ РУХЛИВОСТІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ	
1.1. Анатомо-функціональні особливості тазостегнового суглоба.....	5
1.2. Поняття і характеристика ендопротезування суглобів.....	7
1.3. Захворювання при яких показано і протипоказано ендопротезування тазостегнового суглоба.....	10
1.4. Комплекс заходів, спрямованих на фізичну підготовку до ендопротезування тазостегнового суглоба.....	15
1.5. Особливості комплексної реабілітації осіб після ендопротезування тазостегнового суглоба.....	29
2. ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА	
2.1. Способи реабілітації на санаторному етапі.....	43
2.2. Організаційні форми та ефективність санаторного етапу.....	47
3. МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ.	
3.1. Методи дослідження.....	53
3.2. Організація дослідження і характеристика досліджуваних.....	54
3.3. Оцінка ефективності реабілітації.....	55
3.4. Результати дослідження.....	58
ВИСНОВОК	59
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61
ДОДАТОК 1.....	64
ДОДАТОК 2.....	72

У сучасній ортопедії і травматології велика уваги приділяється хворобам великих суглобів, через які зменшується якість життя, тимчасовою непрацездатністю та інвалідизацією кінцівок. Майже кожна людина старше 45 років страждає від різноманітних проявів розвитку або вже мають розвинуті стадії коксартрозу. Але все ж найчастіше страждають люди саме похилого віку.

Лікування при важких пошкодженнях, вроджених або набутих захворюваннях кульшового суглоба, метод ендопротезування, дозволяє в найкоротші терміни досягти стійкого реабілітаційного позитивного ефекту і істотно підвищити функціональні можливості враженої кінцівки.

Актуальність дослідження: через те що травми та хвороби тазо-стегнового суглоба дуже поширені та призводять до стійких порушень його функції, це призводить до втрати працездатності у пацієнтів, що в свою чергу робить реабілітацію цих патологій в мало не найважливішою проблемою охорони здоров'я

Мета роботи: Визначити ефективність застосування реабілітаційних методів для покращення якості життя пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба.

Об'єкт дослідження процес реабілітації кульшового суглоба після ендопротезування.

Предмет дослідження комплекс реабілітаційних заходів по відновленню рухливості кульшового суглоба після ендопротезування.

Новизна дослідження:

Розроблена система індивідуальних реабілітаційних заходів, спрямована на оптимальне відновлення функції ураженої кінцівки і статико-динамічної функції після ендопротезування кульшового суглоба.

Завдання:

1. Описати анатомічні та функціональні особливості кульшового суглоба та патології, що призводять до ендопротезування.

2. Проаналізувати новітні методики реабілітації ,що застосовуються після ендопротезування кульшового суглоба

3. Провести практичне дослідження ефективності комплексних програм реабілітації іпацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба.

Методи дослідження:

Робота побудована на вивченні та аналізі публікацій у спеціалізованій літературі, присвячених особливостям ендопротезування кульшового суглоба на тлі вікових і травматичних характеристик кульшового суглоба. Пошук в електронних базах даних. На основі узагальнення літературного та клінічного матеріалу було розроблено анкету, що оцінює якість життя пацієнтів після ендопротезування.

Структура роботи: вступ, основна частина, дослідження, висновки, список використаних джерел та додатки

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВІДНОВЛЕННЯ РУХЛИВОСТІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ.

1.1. Анатомо-функціональні особливості тазостегнового суглоба.

Кульшевий суглоб у людини стає в процесі еволюції основним опорним елементом скелета, поєднуючи в собі одночасно міцність і рухливість. Перехід до ходіння на двох кінцівках зажадав від організму поступової перебудови кісток і м'яких тканин зчленування. Адаптація до нових навантажень відбувалася поступово, але неминуче, тому сучасна людина придбала унікальний за будовою суглоб.

Кульшевий суглоб-найважливіший суглоб для опори і пересування людини в просторі. Він необхідний для здійснення зв'язку між тулубом і нижньою кінцівкою, з'єднує кістки таза з стегновою кісткою.

Тазостегновий суглоб являє собою шарнірну конструкцію, яка, завдяки своїй кулястій формі забезпечує більшу свободу рухів.

Суглоб дуже стабільний і володіє значною амплітудою рухів. Стабільність суглоба забезпечується комбінацією зв'язкових і суглобових структур.

Елементами тазостегнового суглоба є вертлюжна западина, або чашка (тазова частина) і головка стегнової кістки, або куля (стегнова частина). Компоненти суглоба покриті хрящової тканиною і захищені під суглобовою капсулою. Усередині суглобової капсули шар спеціальних клітин продукує спеціальну рідину, яка, з одного боку, живить хрящову тканину, а з іншого боку, забезпечує вільне ковзання поверхонь суглоба. Ця рідина також служить в якості свого роду амортизатором, що оберігає від масивного тиску, що чиниться на тазостегновий суглоб протягом життя. Компоненти суглоба також з'єднані зв'язками, які забезпечують необхідну стабільність. Рухи в суглобі здійснюються завдяки м'язам і сухожиллям.

Тазостегновий суглоб має форму кулі, чи сферичного (так званого чашеподібного) суглоба. Він виконує рухи всіх трьох площинах: згинання, розгинання, відведення, приведення, зовнішня і внутрішня ротація.[31]

Кровопостачання тазостегнового суглоба здійснюється артеріями, що огпроходять вздовж стегнової кістки, гілками замикаючого, сідничного і внутрішньої статевої артерій. Відтік крові відбувається по венах, що знаходяться навколо стегнової кістки. Лімфовідтік здійснюється за допомогою лімфатичних вузлів. Кульшевий суглоб іннервується стегновим, сідничним, верхнім і нижнім сідничними, статевими нервами. [31]

Під час ходьби в фазі односторонньої опори зв'язкових структур тазостегнового суглоба для стабілізації тулуба недостатньо. Стабільність тулуба під час ходьби залежить, в основному, від м'язів, розташованих проксимальніше тазостегнового суглоба.

М'язами, що забезпечують медіально-латеральну стабільність, є сідничні м'язи (малий, середній і великий) і клубово-великогомілкової тракт (з м'язом, що напружує широку фасцію). В цілому, тазостегновий суглоб можна уявити, як шарнір, який служить опорою для таза і тулуба. Медіальна сторона шарніра піддається впливу ваги тіла, сили, спрямованої вниз. Інша сторона шарніра врівноважується за рахунок скорочення відвідних м'язів.

Дія сідничних м'язів доповнюється функцією клубово-великогомілкової тракту, що представляє собою широку фіброзну оболонку, розташовану від гребеня клубової кістки до місця свого прикріплення на дистальному кінці стегнової кістки і на переднелатеральній поверхні колінного суглоба. Фактично клубово-великогомілковий тракт діє як натягувач, і його головне завдання полягає в перетворенні потенційно нестерпного навантаження натягу в помірну і добре переноситься компресійне навантаження на всьому протязі бічної поверхні стегнової кістки. Значимість цих мягкотканних структур для правильної роботи тазостегнового суглоба стає очевидна, коли вони не можуть повноцінно функціонувати при болю, травмі або неврологічному дефіциті. В результаті виникає серйозне порушення ходи.

1.2. Поняття і характеристика ендопротезування суглобів.

Ендопротезування суглобів являє собою хірургічну процедуру, яка дозволяє замінити пошкоджені або зношені суглоби і відновити їх функціональність. Ця техніка має багату історію розвитку і є однією з найбільш успішних і ефективних методів лікування різних захворювань і пошкоджень суглобів.

Ідея ендопротезування суглобів виникла в середині XX століття, коли хірургічні техніки стали досить розвиненими для проведення таких складних операцій. Першим успішним прикладом була заміна колінного суглоба, виконана в 1968 році доктором Джоном Чарлі в США. Цей проривний випадок став відправною точкою для подальшого розвитку методу. [4]

Принцип ендопротезування полягає в заміні пошкодженої частини суглоба спеціальним імплантатом-ендопротезом. Це може бути металева або пластикова конструкція, яка при точному підборі забезпечує стабільність і можливість вільного руху суглоба. Ендопротези розробляються з урахуванням анатомічних особливостей людського тіла і мають різні форми і розміри для кожного типу суглоба.

Існує кілька причин, за якими проводять ендопротезування суглобів.

* Однією з основних є артроз – захворювання, що характеризується зносом хрящової тканини в суглобі. В результаті цього процесу пацієнт відчуває болі, обмеження рухів і погіршення якості життя.

* Також ендопротезування може бути необхідно при переломах або інших пошкодженнях, які призводять до порушення структури або функції суглобів.

Основними цілями ендопротезування є полегшення болю, відновлення рухових функцій і поліпшення якості життя пацієнта.

На сьогоднішній день існує кілька типів ендопротезів для суглобів, які широко використовуються в медичній практиці. Вибір конкретного типу

залежить від безлічі факторів: стану пацієнта, віку, активності, а також особливостей пошкодження або захворювання суглоба.

* Один з найбільш поширених типів ендопротезів — це цементовані протези. Вони являють собою штучні компоненти, які закріплюються в кістковій тканині за допомогою спеціального цементу. Такі протези забезпечують надійну фіксацію і хорошу рухливість суглоба.

* Ще один тип ендопротезів-це безцементні протези. Вони мають спеціальне покриття, яке сприяє зростанню кістки навколо протеза і його інтеграції в організм. Завдяки цьому створюється більш природна структура і функціональність суглоба.

* Існують також часткові ендопротези, які використовуються при частковій заміні пошкодженого суглоба. Вони дозволяють зберегти здорові частини суглоба і відновити його функціональність. [6]

Крім того, деякі ендопротези виготовляють з різних матеріалів, кераміки або пластику. Вибір матеріалу залежить від потреб пацієнта і вимог до міцності і довговічності протеза.

Переваги ендопротезування суглобів включають значне поліпшення якості життя пацієнтів. Біль у суглобах зменшується або повністю зникає, можливість рухатися без болю відновлюється. Це сприяє підвищенню активності і самостійності пацієнтів.

Крім того, ендопротези мають тривалий термін служби, що означає, що більшість пацієнтів не потребують повторної заміни протеза на все життя

Сучасний прогрес в області травматології та ортопедії зумовив появу багатьох технологій ендопротезування великих суглобів.

Заміна поверхонь суглоба. Це малоінвазивна техніка, яка передбачає заміну лише поверхонь суглоба, що дозволяє зберегти більш значну кількість природних тканин. [17]

Ендопротезування повного обсягу суглоба. Це найбільш поширена техніка, в неї входить заміна і головки, і вертлюжної западини.

Ревізійне ендопротезування, здійснюване при невдачі первинної операції або зносі протеза. Часто вимагає спеціальних конструкцій протезів і додаткових оперативних маніпуляцій.

Комп'ютерно-навігаційне ендопротезування. Це метод, який використовує спеціальне програмне та апаратне забезпечення для точного позиціонування ендопротеза. Мінімально інвазивне ендопротезування. Ця технологія має на увазі меншу розмірність операційного доступу, що дозволяє знизити травматичність операції. [39]

Ендопротезування з використанням 3D моделювання та друку. Це наростаючий тренд в сучасній травматології, що дозволяє реалізувати підхід до кожного пацієнта враховуючи його анатомічні особливості.

Біологічне ендопротезування-це новий підхід, в якому лікарі прагнуть використовувати регенеративну здатність організму для відновлення суглоба.

Вибір певної технології залежить від різноманітних факторів, включаючи ступінь ураження суглоба, загальний стан пацієнта, його вік, активність і багато інших.

Матеріали, використовувані в ендопротезах, дуже різноманітні. Вони вибираються в залежності від безлічі факторів, включаючи тип суглоба, ступінь пошкодження і індивідуальні особливості пацієнта. Важливими характеристиками при виборі матеріалу є його міцність, довговічність і здатність до інтеграції зі здоровою тканиною. Через високу міцність і довговічність, метали, такі як нержавіюча сталь і титан, часто використовуються у виробництві ендопротезів. Особливо часто використовуються сплави на основі титану і кобальту. Поліетилен високої щільності. Використовується в компонентах ендопротезів, що мають контакт з м'якими тканинами. Завдяки своїм властивостям поліетилен стійкий до зносу і має хорошу сумісність з організмом. [25]

Кераміка. Керамічні протези мають високу твердість і дуже стійкі до зносу. Вони особливо підходять для пацієнтів, які мають алергію на метали.

Біокомпозити. Це група матеріалів, що включає біорозкладані пластмаси та синтетичні кістки. Вони володіють біологічною активністю і можуть стимулювати зростання власної кісткової тканини.

3D-друк. З появою технології 3D-друку, стає можливим використання змішаних матеріалів і створення більш складних форм ендопротезів, а також індивідуального підходу до кожного пацієнта. У майбутньому очікується поява нових матеріалів, наприклад, матеріали С градієнтною структурою, біоматеріали, здатні до самовідновлення та інші. У роботі над цим вчені спираються на досягнення таких галузей науки, як Хімія, Біологія, матеріалознавство і нанотехнології. [29]

Узагальнюючи вищесказане, перед лікарями і вченими всього світу стоїть завдання вдосконалення технологій і підходів, щоб операція заміни суглобів стала ще більш безпечною і ефективною, а процес відновлення — більш швидким і безболісним.

1.3. Захворювання при яких показано і протипоказано ендопротезування тазостегнового суглоба.

При сучасному стані травматолого-ортопедичної допомоги ендопротезування показано тільки в тих випадках, коли втрачена функція не може бути відновлена іншими методами: артропластикою, коригуючої остеотомією та іншими. При ідіопатичному і посттравматичному остеоартрозі, як правило, ендопротезування показано людям після 40 років. При асептичному некрозі головки стегнової кістки, ревматичних захворюваннях (ревматоїдний поліартрит, ВКВ, псоріатичний поліартрит і т.п.), пухлинних ураженнях показання до ендопротезування ставляться незалежно від віку. А для осіб старше 60 років ендопротезування є операцією вибору. [45]

Абсолютними протипоказаннями до тотального ендопротезування є:

- патологія апарату зовнішнього дихання з хронічною дихальною недостатністю;
- захворювання сечовидільної системи з порушенням азотовидільної функції нирок, ниркова недостатність 2-3 ступеня;
- наявність печінкової недостатності 2 -3 ступеня; - не піддається корекції патологія ендокринної системи (щитовидної залози, надниркових залоз, цукровий діабет);
- ВІЛ-інфекція;
- психічні захворювання;
- запальний процес в області передбачуваної операції, не сановані вогнища хронічної інфекції;
- Технічна неможливість установки протеза;
- виражений остеопороз;
- геміпарез на стороні передбачуваної операції.

Відносні протипоказання. Відносними протипоказаннями є:

- наявність гострої патології з боку внутрішніх органів;
- загострення або декомпенсація хронічних соматичних захворювань;
- ожиріння 3 ступеня; [49]

Виявлення відносних протипоказань до ендопротезування є підставою для проведення комплексного обстеження хворого і корекції виявлених порушень поза ортопедичного стаціонару. При ефективності проведеної корекції хворі можуть бути госпіталізовані для операції. Оцінка результатів проведеної передопераційної підготовки проводиться повторними лабораторними та інструментальними методами. Поліпшення контрольованих показників і стабілізації їх на допустимому рівні (АТ не вище 160\100, позитивна динаміка ЕКГ, НБ – не нижче 110 г\л, ШОЕ – не більш 20 мм\год, глюкоза крові у хворих на цукровий діабет не вище 8 ммоль\л, нормальні показники системи згортання крові і негативні неспецифічні проби на запалення – СРБ, сіалові кислоти, фібриноген, білкові фракції) дозволяють

проводити планову операцію. При виявленні патології судинної мережі нижніх кінцівок (варикозне розширення вен, флеботромбози) обов'язкові детальне дослідження системи згортання крові і консультація судинного хірурга. Дуже важлива передопераційна оцінка ризику виникнення інфекції. Хворих з ревматоїдним артритом, попередніми операціями, цукровим діабетом, з метастазами злоякісних пухлин і хронічних хворих, що використовують гормональні препарати, слід віднести до групи ризику за ймовірністю розвитку гнійних ускладнень в післяопераційному періоді. Перед операцією не рекомендується застосування препаратів раувольфії та різних фізіопроцедур для запобігання утруднень анестезіологічного посібника, можливої декомпенсації серцево судинної системи, підвищеної геморагії.

На рішення про проведення оперативного втручання впливають:

- алергічна реакція на метали;
- інфекція;
- важкі м'язові, нервові або судинні захворювання на оперованій кінцівки;
- порушення координації з частими падіннями;
- пухлини кісток в області імплантації;
- порушення обміну речовин; - хронічний алкоголізм або залежність від наркотиків.

Близько 30 різних захворювань супроводжуються частковим або повним ураженням тазостегнового суглоба при яких показано оперативне лікування ендопротезування тазостегнового суглоба:

- 1.Хвороба Бехтерева.
- 2.Ревматоїдний артрит.
- 3.Псоріатичний артрит.
- 4.Системний червоний вовчак.
- 5.Пухлини проксимального відділу стегна.
- 6.Асептичний некроз голівки стегна.

7. Анкілози тазостегнового суглоба (в порочному положенні).
8. Перелом шийки стегна.
9. Незрісся перелом шийки стегна.
10. Помилковий суглоб шийки стегна.
11. Дефект проксимального відділу стегна будь-якої етіології.
12. Диспластичний коксартроз.
13. Вроджений вивих стегна.
14. Застарілі травматичні вивихи стегна
15. Наслідки переломів дна і кришки вертлюжної западини.
16. Протрузійний коксартроз.
17. Ідіопатичний коксартроз.
18. Наслідки перенесеного гематогенного остеомієліту голівки стегна.
19. Хвороба Педжета.
20. Асептична нестабільність імплантованих раніше ендопротезів.
21. Септична нестабільність імплантованих раніше ендопротезів.
22. Варусна вроджена деформація шийки стегна.
23. Вроджена вальгусна деформація стегна.
24. Наслідки (деформації) реконструктивних операцій на проксимальному відділі стегна. Наприклад, після накладення апарату Ілізарова. [47]

Показанням до ендопротезування тазостегнового суглоба є:

- коксартрози 3 стадії первинні та вторинні різної етіології;
- асептичний некроз голівки стегна (рентгенологічні ознаки коксартрозу можуть відповідати 1-2 стадії;
- анкілоз кульшових суглобів;
- рак чи метастази які знаходяться в голівці чи додатках кульшового суглобу;
- тяжку травми чи переломи кульшових суглобів;

Тактика при проксимальних переломах тісно пов'язана з віком пацієнтів, ступенем зміщення уламків і часу минулого з моменту травми:

- Старше 75 років-ендопротезування.

– Від 65 до 75 років – ендопротезування показано при неможливості або невдачі репозиції перелому, при несвіжих переломах (після 24 годин) і проводиться в ранньому відстроченому порядку-максимум до 48 годин після травми. Цього часу повинно вистачити для обстеження і підготовки вікового хворого з множинною соматичною патологією до важкого оперативного втручання. Цінним клінічним критерієм при вирішенні питання про можливість оперативного втручання служить наявна до отримання травми здатність самостійного пересування і самообслуговування хворого.

- Субкапітальні переломи зі зміщенням у хворих молодше 60 років слід репонувати і фіксувати в перші 6 годин після травми, що зменшує шанс розвитку асептичного некрозу голівки стегна до 11,7%. Недотримання цієї рекомендації переводить цей контингент хворих в категорію з кращим показанням до ендопротезування і необхідністю детального обговорення з хворим переваг і недоліків кожного з пропонованих методів втручання. Тип протеза залежить від стану пацієнта і стану суглоба, але в літературі наводяться наступні орієнтовні дані: до 65 років – безцементне протезування, 65 – 80 років – тотальний ендопротез із цементною фіксацією, після 80 років – монополярний ендопротез. Біполярний геміпротез може виступити компромісом при наявності артрозу у ослабленого хворого або трохи більш молодий вік хворого. У кожному конкретному випадку враховується якість кістки: для фіксації ніжки протеза press fit потрібно задовільний стан проксимального відділу стегна, тому така фіксація не рекомендується 5 хворим з локальним або системним остеопорозом. У сумнівних випадках потрібна денситометрія проксимального відділу стегна. Фіксація ж вертлюжного компонента press fit можлива тільки в якісну спонгиозную кістка, а при вираженому склерозі або остеопорозі краще вважається цементна фіксація. При дисплазії дна вертлюжної западини (тазової западини) або посттравматичному дефекті його застосовуються кісткова пластика і антипротрузійні кільця. [48]

При захворюванні тазостегнового суглоба відбувається передчасний знос суглобового хряща і подальше руйнування суглоба.

1.4. Комплекс заходів, спрямованих на фізичну підготовку до ендопротезування тазостегнового суглоба.

Успіх ендопротезування і темпи післяопераційного відновлення пацієнта обумовлюються безліччю факторів, з яких передопераційна підготовка хворого до майбутньої хірургії займає важливе місце. При цьому на підготовчому етапі фахівці повідомляють про істотну значущість фізичної реабілітації для пацієнта, який готується до заміни колінного або тазостегнового суглоба. Лікарі настійно рекомендують включати перед операцією комплекс вправ, позитивно впливає на стан м'язових тканин. [11]

М'язово-зв'язковий апарат, прямо бере участь в стабілізації і рухливості колінних/тазостегнових суглобів, в процесі тривалого артрозу або іншого суглобового захворювання піддається сильним структурно-функціональним змінам. Пацієнти, які надходять на протезування, мають серйозні види м'язових атрофій і контрактур. Практично у всіх відзначається і той факт, що гіпотрофія м'язів і сгибательно-приводящие контрактури привели до різниці довжин кінцівок, як наслідок, компенсаторного зміни вертикальної позиції тіла. Компенсаторний синдром переважно проявляється деформацією (перекосом) таза, змінами в поперековому відділі хребта. Не можна також не залишити без уваги больовий синдром, Супутній і без того нелегкій клінічній картині. Після ендопротезування, щоб новий суглоб запрацював на повну потужність і без дискомфортних відчуттів, потрібні місяці посиленої роботи над відновленням ослаблених м'язів. Тут варто розуміти, що м'язово-зв'язкові поразки, які зароблялися роками, навіть після ідеальної операції до відновлення приходять не так швидко, як того хотілося б. Певні труднощі в

післяопераційну реабілітацію вносить додатково і сам операційний процес, однозначно є травматичним стресором для організму. [15]

Не будемо приховувати, що нерідкі випадки, коли після півроку або навіть рік функціональність кінцівки залишається на незадовільному рівні. Тобто, м'язи, які є основними власниками і управителями нового суглоба, так і не прийшли за час реабілітації в потрібну форму.

Фахівці інформують, що привертати до подібного результату може не тільки неякісна реабілітація після втручання, а й ігнорування занять ЛФК на етапі підготовки до ендопротезування.

Доведено, що після перенесеної ортопедичної операції таким досить проблемним пацієнтам набагато простіше буде відновлюватися, якщо їх фізичний потенціал по можливості поліпшити ще до заміни суглоба. Зрушення бальної оцінки стану значущих м'язів, обсягу рухів, опоропрочности в скомпрометованою кінцівки і інших параметрів навіть на трохи в позитивну сторону – однозначно зіграє на користь пацієнта. Як саме? Ортопеди, зіставивши результати ендопротезування, прийшли до висновку, що у тих пацієнтів, хто проходив передопераційний спецкурс лікувальної фізкультури, як правило:

- * в цілому реалізація процесу протезування технічно проходить легше; в ході операції досягається оптимально правильна позиційна адаптація компонентів ендопротеза;

- * краща витривалість і податливість скелетно-м'язової системи, суглобово-зв'язкового апарату до подальших післяопераційних заходів реабілітації (до ходьби на милицях, оволодіння технік сидіння і вставання з ліжка, підйому / спуску по сходах і т. д.);

- * більш плідно проходять заняття лікувальною гімнастикою, що дозволяє нормалізувати функції протезованої кінцівки, закріпити досягнутий результат, повернути пацієнтові нормальну працездатність в призначені терміни, відведені реабілітацією; на порядок рідше виникають ускладнення (тромбози, пневмонії, вивихи / підвивихи ендопротеза і ін.);

* менша інтенсивність постопераційного больового синдрому, більш швидко проходить регенерація і загоєння прооперованих тканин (завдяки передопераційній стимуляції тканинного кровотоку, харчування і метаболізму за допомогою ЛФК);

* оптимістичніше моральний настрій, стабільніше психіко-емоційний фон. Гранично важливо особливий упор робити на активізацію функцій глибоких шарів мускулатури (тонічних), що відповідають за вертикальну стійкість, правильний баланс тіла, подолання сили тяжіння при пересуванні і інших видах рухової активності. Від їх стану безпосередньо залежить сила і скоротливі здібності поверхнево розташованих м'язів. [27]

Підвищення функціональних можливостей глибоких м'язових тканин перед втручанням дозволить вступити в післяопераційну реабілітацію з більш сприятливою базою для розробки кінцівки і продовження вдосконалення кістково-м'язового каркаса. Крім того, вправи перед операцією допоможуть знизити вагу людям з ожирінням. Як відомо, висока маса тіла збільшує ризики тромбозу кінцівки, запалення операційної рани, поломки і прискореного зносу ендопротеза. [34]

Середня оцінка тонічних м'язів на доопераційному етапі у хворих з коксартрозами і гонартрозами суглобів зазвичай становить 45-60 балів з 100 можливих. Цей діапазон відповідає поняттю "погана м'язова функція". А тепер наведемо приклад з клінічної практики одного з медустанов. При призначенні вправ ЛФК перед ендопротезуванням ТБС, через 3-6 місяців після операції функціональний критерій відповідного комплексу м'язів у всіх пацієнтів становив уже 85-90 балів. Такий показник вважається дуже хорошим, і це не межа. Однак важливо розуміти, що високі результати після заміни суглобів досяжні за умови поєднання правильної підготовчої ЛФК, бездоганною хірургії і адекватного післяопераційного відновлення. Спеціальний загальний комплекс доопераційних фізичних тренувань перед заміною тазостегнового і колінного суглоба, який буде далі освітлений, переслідує наступні цілі:

- * скорочення больового синдрому в рамках існуючого обсягу активних рухів у хворого;
- * підвищення фізіологічного тону і силових здібностей м'язів з групи стабілізаторів нижнього відділу хребетного стовпа;
- * зміцнення і посилення м'язів, що відповідають за відведення (абдуктори), розгинання і внутрішню ротацію стегна / коліна;
- * збільшення еластичності м'язів-антагоністів-приводять, згинають, ротируючих назовні суглоби кінцівки;
- * досягнення більшої амплітуди пасивних рухів в проблемному сегменті;
- * підготовка людини до майбутньої лікувальної фізкультури після оперативного втручання. [33]

Починати заняття лікарі-ортопеди рекомендують з дихальних вправ-з відпрацювання базових елементів глибокого діафрагмального (черевного) і реберного (грудного) дихання. Дихальні вправи допомагають:

- * поліпшити баланс надходження кисню і вуглекислого газу в організм;
- * зміцнити і очистити бронхолегеневий апарат;
- * стабілізувати нервову і серцево-судинну систему;
- * налагодити функції органів травлення, поліпшити показники вмісту цукру в крові;
- * активізувати обмінно-трофічні процеси в виснажених м'язах опорно-рухового апарату;
- * розблокувати, розкрити затиснуті хребетні відділи;
- * підтягнути черевні і грудні м'язи, що теж дуже важливо перед ендопротезуванням;
- * врегулювати загальний метаболізм, сприяючи позбавленню від зайвої ваги;
- * зарядити енергією і підвищити місцевий/загальний імунітет. [22]

Спочатку виконуємо дихальну гімнастику, використовуючи техніку черевного дихання, потім переходимо до тренування грудного дихання. Отже, приступимо.

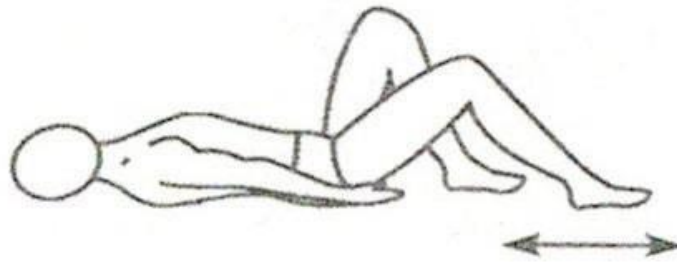
1. Діафрагмальне дихання. Зайняти позицію стоячи, ступні ніг розташувати по ширині плечей. Спину вирівняти, наскільки це можливо для пацієнта. Голова "дивиться" прямо (не опущена і не закинута). Через ніс повільно і глибоко вдихнути повітря, при цьому контролюємо, щоб діафрагма опускалася вниз, а живіт надувався. Далі видихаємо повітря через рот, підтягуючи діафрагму догори, а живіт здуваючи. На видиху створювати напругу в м'язах живота, досягаючи максимального його втягнення. І знову переходимо до вдиху. Вправа повторювати 8 разів. Якщо його вам складно робити стоячи, допускається виконання в положеннях лежачи на спині або сидячи на стільці.

2. Реберне дихання. Вихідна позиція така ж, як у впр. №1 (стоячи). Вдихнути плавно і глибоко через ніс повітря, піднімаючи плечі. При цьому грудна клітка розправляється і піднімається, вдихається повітря повинен максимально заповнити грудний відділ, черевний відділ не надувати. Після, так само спокійно і через носові шляхи, видихнути повітря. Видихаючи, плечі повертати в початкове положення, грудну клітку скорочувати, одночасно втягуючи живіт до максимальної межі. Чергуємо вдихи / видихи. Кількість повторень вправи - 8 разів. Дозволяється даний вид зарядки робити сидячи на стільці. [1]

1. Після зарядки, здійснюваної дихальним центром, пацієнт переходить до занять, безпосередньо спрямованих на вдосконалення кістково-м'язового апарату.

2. Контроль лордозу попереку. Лягти на спину, нижні кінцівки зігнути в колінах, ступні стоять на підлозі трохи ширше ширини плечей, руки лежать уздовж тулуба. На вдиху, не відриваючи таза і голови від підлоги, підняти грудну клітку, одночасно прогинаючи догори область лумбального лордозу. Затриматися на кілька секунд і на видиханні неспішно повернутися в початкову позу, втягуючи всередину м'язи живота. Завдання-зробити 8 разів вправу.

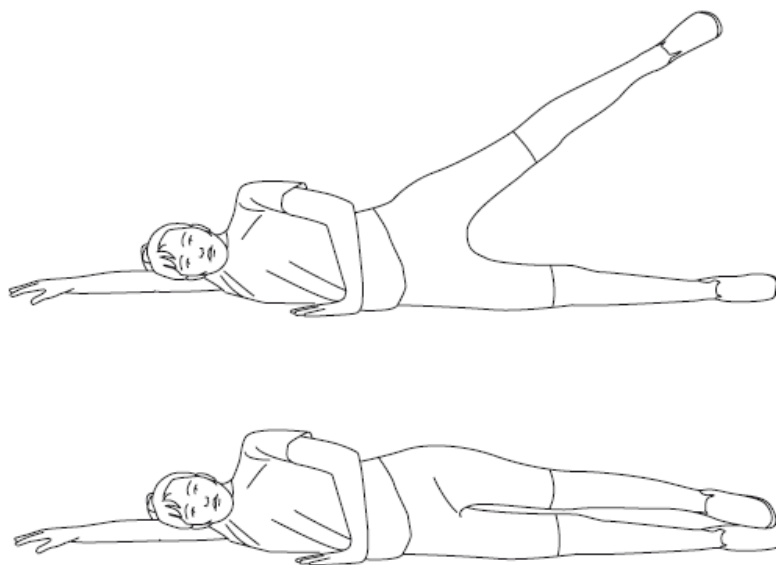
3. Тренування переднебокової частини черевної стінки, внутрішньої поверхні стегон. Початкове положення: лежачи на спині, ноги зігнуті в колінному відділі, руки по швах. Провести відведення правої кінцівки (в незмінно зігнутому вигляді) в праву сторону до підлоги. Протилежна нога в цей момент стоїть на місці. Повільно повернути ногу назад у вихідну позу. Відводить дію зробити за таким же принципом і лівою нижньою кінцівкою. Кількість повторів - до 20-50



разів.

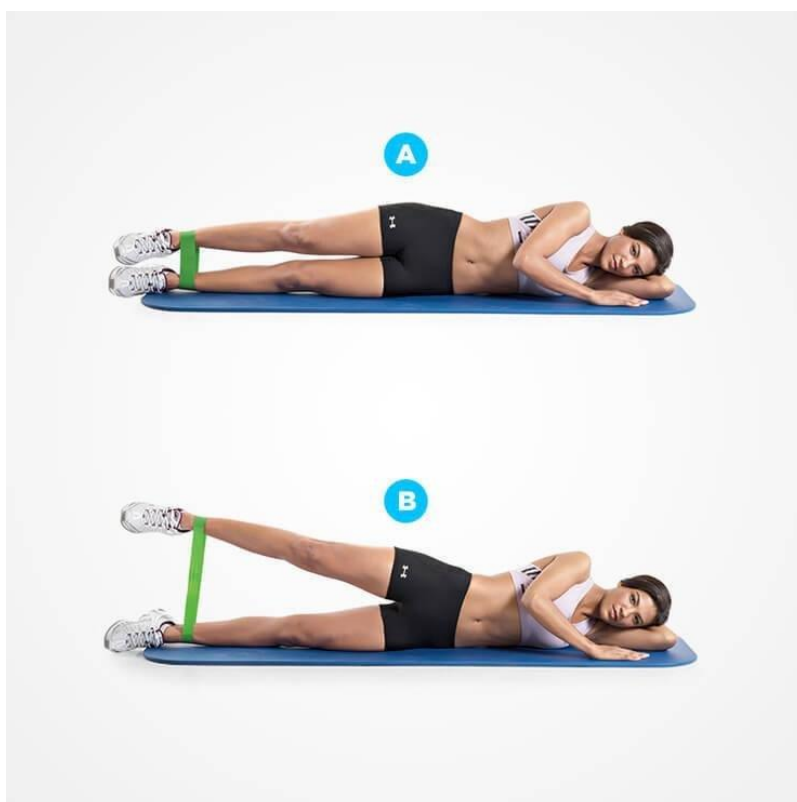
4. Зарядка для широкої фасції стегна, сідничних і литкових м'язів. Повернутися на бік, ноги випрямлені, розташовуються одна на іншій. Одна з рук знаходиться під головою, друга (верхня) – перед грудьми, долонькою спирається об підлогу. Підняти верхню ногу, щоб кут внутрішнього межбедренного простору приблизно становив градусів 30. Утримувати підняту кінцівку до 3 секунд, потім повільно приземлити, знову підняти і опустити, і так до 50 разів. Після закінчення повернутися на протилежний

бік, за аналогією працюємо с іншою



ногою.

Лягти на спину або бік, ноги в прямому вигляді знаходяться на поверхні. Обидві ноги поміщають в спеціальне амортизуюче кільце з еластичної гуми, яке розташовується трохи вище щиколоток. Виконувати скорочення відвідних тазостегнових м'язів шляхом почергових концентричних (через взаімоудалені кінцівок) і ексцентричних рухів (через їх наближення один до одного). Здійснити підряд 10



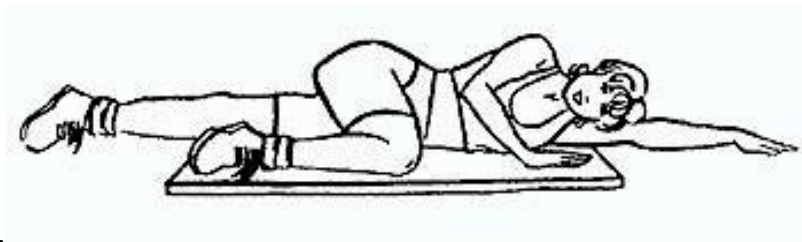
підходів.

У положенні на спині підняти дві ноги вгору, долоні рук фіксують тазово-поперековий відділ. З позиції ноги разом обережно розвести кінцівки в протилежному один від одного напрямку так, щоб відстань між стопами склало приблизно 40 см. після ноги повернути в і. п. (звести один до одного). Ця вправа вільне, Тренажерний інвентар у вигляді гумового кільця не



потрібно. Бажано виконати до 8 вправ.

4. Розробка клубово-поперекових і сідничних м'язів. Прийняти зручне положення: лежачи на боці; нижня рука під головою, верхня перед грудьми з спирається об підлогу долонькою. Приступаємо до вправи: верхню ногу згинаємо в коліні до утворення прямого кута, при цьому бажано стопою цієї ж ноги створювати підтримуючу фіксацію, спираючись на підлягає кінцівку в районі коліна. Вісь» робочої " ноги повинна утворити паралель з площиною підлоги. Зафіксуватися в цьому положенні на кілька секунд, зайняти і.п. повторити до 20 разів. Переміститися на інший бік, виконати зарядку протилежною



кінцівкою.

5. Робота над квадратної поперекового м'язом і стегнових м'язах-аддукторах. Початкове положення-аналогічне попередньому вправі. Піднімати випрямлені і складені разом дві ноги вгору, відриваючи від підлоги приблизно на 30 градусів. Виконати до 15-30 підйомів на одному боці, в проміжку одноразово затриматися в позиції піднятих ніг на 10-20 сек. Ідентичний тренувальний цикл реалізувати на іншому



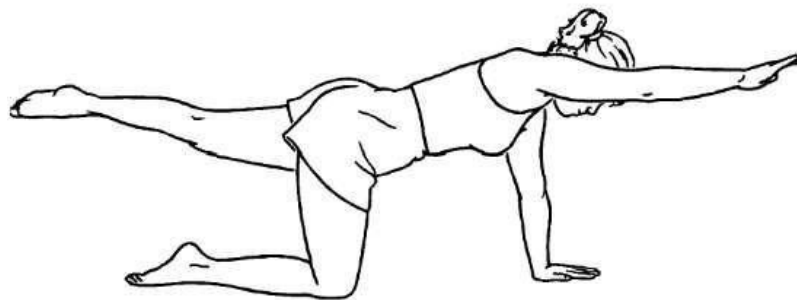
боці.

6. Опрацювання м'язів-випрямлячів хребта, м'язів сідниць і преса. Це-відома вправа під назвою «човник». Робиться воно з положення лежачи на животі, руки розташовуються на підлозі попереду себе. Синхронно піднімати разом обидві руки і обидві ноги, плавно відриваючи їх від підлоги. Опуститися і розслабитися, повторити «човник» 10-20 разів. Одного разу, між сетами, потрібно буде зафіксуватися у верхній точці на 20



сек.

7. Гімнастичний прийом для великого комплексу м'язів тулуба. Початкова поза-на четвереньках з упором на коліна і прямі руки. Виконати одноразово підйом правої руки (перед собою) і випрямленою лівою ноги (назад), голова дивиться на кінчики пальців руки. Затриматися на 5 секунд, повернення в початкову позу. Тепер також здійснити підняття лівої верхньої і правої нижньої кінцівок. В цілому робиться до 20-40

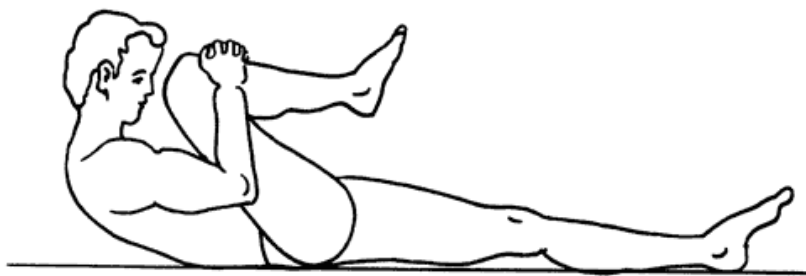


повторень.

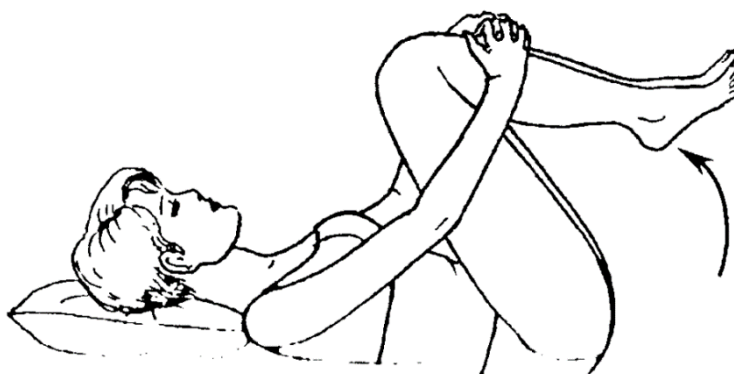
8. Вправи на розтяжку колінних і тазостегнових суглобів.

І. п. - горизонтальне положення, лежачи на спині. Привести в зігнутий стан одну ногу в колінному відділі, обвивши її кільцем рук. Підтягнути коліно до грудей якомога ближче. Додатково можна голову, плечову і комірцеву зону відірвати від підлоги і направляти до коліна. Затриматися в максимальній розтяжці на 20-45 секунд, опустити тулуб і кінцівку. Провести розтяжку щодо

іншої ноги. На кожну з нижніх кінцівок потрібно по 8 повторів. [46]

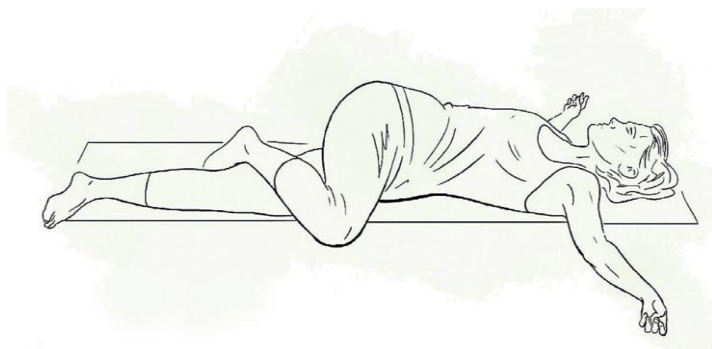


Ця фізична задача технічно схожа з попередньою, але з однією лише різницею – підтягувати потрібно відразу обидва коліна до грудної клітки, обхопивши їх разом руками. Позу фіксувати стільки ж, кількість повторень



теж 8 разів.

Прийняти лежачу позицію на спині, ноги прямі, лежать на підлозі. Праву ногу, згинаючи в коліні до прямого кута, обережно рухати в лівому напрямку, як би перехресшуючи тулуб. Плечолопаткова область спини, потилицю повинні залишатися в щільному контакті з поверхнею підлоги. Затриматися в» перехресті " на 5-7 сек, потім робимо акуратний повернення в первісну позицію. Перейти на праву ногу, чітко дотримуючись описаної системи виконання. Сумарно для обох ніг рекомендується виконати 16-20 вправ.



Піднятися з підлоги; стати рівно, вирівнявши ноги по лінії плечей; долоні рук розташувати на стегнах. При виконанні цього завдання можна дотримуватися за будь-яку бічну опору, наприклад, стіну, стіл, стілець. Зробити передній випад лівою ногою (ступня повністю на підлозі), відчуття розтягнення на тильній частині ззаду стоїть ноги (п'ята задньої ноги відірвана від підлоги, опора доводиться на передній відділ підошви). Фіксуємо позицію 5-7 секунд, повертаємося назад в первинне положення. Далі аналогічний випад наперед з утриманням робиться правою ногою. Кожною кінцівкою зробити 7-10 випадів.



Першочергово, що необхідно сказати, – до фізичних навантажень на етапі підготовки доцільно приступати за 3 місяці до передбачуваної дати операції, але обов'язково за рішенням лікаря, з урахуванням протипоказань. Крайній мінімум - за 1,5-2 місяці. Пізній початок не матиме на належному рівні запланованого лікувально-профілактичного ефекту. І в ідеалі хоча б перші 5-10 занять провести в умовах спеціалізованого відділення медустанови під контролем інструктора з ЛФК. [13]

Наступний момент, що вимагає уваги. Запропонований комплекс вправ-оптимальний варіант для підготовки пацієнта до заміни суглоба ендопротезом. Його складала досвідчені фахівці з урахуванням особливостей патологічних порушень, поширених серед пацієнтів з артрозами тазостегнових/колінних суглобів. Однак дана програма вправ не є єдино

обов'язковою для виконання, вона може бути замінена на іншу або відкоригована лікуючим фахівцем. Принцип індивідуального підходу завжди пріоритетніший.



Здійснення тренувань має бути регулярним. Не пропускайте зарядку без вагомих на те підстав, тренуйтеся кожен день. Працюйте в спокійному темпі, рухи повинні бути максимально м'якими і без ривків. Слідкуйте за правильним диханням. [37]

Дотримуйтеся принцип поступового нарощування навантажень. Не можна, не будучи добре підготовленим фізично, відразу бити рекорди за кількістю повторів, які вказані в кожному пункті освітленого вправи. Починайте з посильного мінімуму, поступово розширюючи число повторень. Наприклад, з 8 зазначених повторів, для початку вже краще зробити 3-4, але якісно і без перевантаження, а в подальшому додавати по одному або більше вправ, орієнтуючись на самопочуття.

При виконанні лікувальної гімнастики уважно контролюйте свої відчуття, не допускайте появи нового болю і посилення звичного больового синдрому. Розвивається, наростаючий біль-ознака того, що терміново необхідно знизити інтенсивність або частоту виконуваного вправи, можливо, взагалі закінчити на цей день заняття. Якщо біль, викликана тренуванням, більше 2 годин зберігається, потрібно тимчасово відмовитися від ЛФК і якомога раніше звернутися до лікаря за консультацією. [9]

1.5. Особливості комплексної реабілітації осіб після ендопротезування тазостегнового суглоба.

Після ендопротезування кульшового суглоба реабілітація триває в середньому 3 місяці. Вона складається з етапів, для кожного з них розроблена своя система лікувально-відновлювальних заходів, заснованих на фізичних вправах і допоміжних процедурах. Поетапне лікувальний вплив на протезований сегмент дозволяє не допустити ускладнень, швидко ліквідувати набряк і хворобливі ознаки, ґрунтовно розробити кінцівку, відновивши працездатність ноги. [32]

Фізичні навантаження планує і оптимізує відповідно до термінів і індивідуальними критеріями лікар-реабілітолог. Будинки від вас буде потрібно серйозно поставитися до протипоказаних видів активності, тренуватися строго за інструкцією, не форсуючи навантажень, завжди бути в клініку на заплановані обстеження, а при будь-яких патологічних проявах (біль, набряк, гематома та ін.) негайно звертатися до лікаря. [24]

Цілі у реабілітації наступні:

- * повна ліквідація запального процесу і болів, які стають наслідком операційних маніпуляцій;
- * нормалізація стану м'язово-зв'язкового комплексу, що приводить суглобові кістки (тазову і стегнову) в злагоджений між собою рух;
- * міцне зрощення компонентів протеза з кістками, що відбувається поступово в ході природних репаративних процесів оновлення кісткових тканин;
- * недопущення розвитку негативних наслідків.

Включає в себе прийом або уколи конкретних лікарських складів, а саме:

- * антибактеріальних медикаментів зі спектру антибіотиків (від розвитку інфекції);
- * антикоагуляційних препаратів-протекторів (від венозного тромбоутворення);

- * нестероїдних протизапальних засобів (проти болю і запалень);
- * гастропротекторів і препаратів, що поліпшують роботу сечовивідних шляхів;
- * білкових і кальцієвих добавок для прискорення регенерації кісткових і м'язових структур. [42]

Це процедури електроміостимуляції, електрофорезу, УВЧ, лазеролікування, масажу, бальнеотерапії та грязелікування, спрямовані на:

- * скорочення больового синдрому і зняття набрякlostі;
- * усунення спазматических явищ в м'язах;
- * стимуляцію кровообігу і лімфоциркуляції в структурах проблемної ноги;
- * збільшення м'язового тону і зміцнення зв'язок;
- * активізацію обмінних і регенеруючих процесів в нижньої кінцівки.

Реабілітація після заміни тазостегнового суглоба ділиться на три післяопераційні періоди: ранній, пізній і віддалений:

* Ранній період-стаціонар, перші два тижні. У стаціонарі пацієнт робить просту гімнастику, вчиться пересуватися з милицями, приймати правильні положення.

* Пізній-до двох місяців після операції. Пацієнт займається реабілітацією самостійно вдома і відвідує заняття. У цей період зусилля спрямовані на відновлення м'язів і набуття навичок вирішення побутових завдань.

* Віддалений-до півроку після операції. Триває робота з реабілітологом, фізіотерапевтом. Пацієнт займається ЛФК, відновлює працездатність ноги, вчиться ходити без опори. [36]

Реабілітація після заміни тазостегнового суглоба в домашніх умовах і лікарні – досить тривалий і трудомісткий процес, що вимагає сил і терпіння. Але при коректній її організації працездатність повертається вже до кінця 10-го тижня. При ускладненому перебігу післяопераційних етапів відновлення

після заміни тазостегнового суглоба найімовірніше займе в 2 рази більше часу. [3]

На основне відновлення після ендопротезування тазостегнового суглоба йде 10 тижнів. З них 3 тижні – це рання фаза, з третьої по 10 тиждень – пізня стадія. І весь цей час необхідно плідно виконувати завдання і вправи для реабілітації після ендопротезування тазостегнового суглоба, продиктовані хірургом і реабілітологом. Спільно фахівці складають ефективну схему лікувальної фізкультури. [5]

Суть тренувальних вправ полягає в багаторазових, регулярно повторюваних і послідовно збільшуються фізичних навантаженнях, які поступово покращують показники рухової активності, динамічно вдосконалюють і повертають працездатність. Через весь зазначений відрізок часу після операції на тазостегновому суглобі реабілітація остаточно не закінчується. Всі досягнення, до яких пацієнт так довго йшов і, нарешті, досяг заповітної безболісної свободи рухів, потрібно закріпити. Чудові санаторії, де виявляється реабілітація після часткової заміни та тотального ендопротезування кульшового суглоба, розміщені в м. Кременчук, санаторій ПОЛО-МЕДЛАЙФ, м. Дніпро, реабілітаційний центр «Garvis», м. Київ санаторії «Конча-Заспа» Якщо говорити про зарубіжних європейських курортах, тут однозначно лідирують теплиці і Яхимов, розташовані на території Чехії.

Ранній етап

Прооперованого відразу після втручання з операційної переводять в реанімацію на 24 години. Роблять це для контролю над основними функціонально значущими показниками стану організму: серцевим ритмом, диханням, артеріальним тиском та ін., що обов'язково після будь-якої хірургічної процедури. Відразу ж приступають до антибіотикотерапії і введення антикоагулянтів, беруть аналізи, а якщо на те є необхідність, проводять переливання крові. Призначається дихальна гімнастика з метою попередження застійних явищ в легенях.

З другої доби і до закінчення 3 тижні реабілітаційного періоду після заміни тазостегнового суглоба клінічний догляд і відновлення здійснюються в стаціонарній частині. Пацієнту будуть доставляти занепокоєння болю, що є нормальною реакцією організму, тому додатково з прийомом НПЗЗ йому буде показано фізіолечение і холодні сухі компреси місцево. Вони знімуть припухлість, що дислокуються на зовнішніх м'яких покриттях над заміненим зчленуванням. Хворобливість і набряклість, як тільки заживе шов, припинять завдавати страждання. [26]

Виснажливу біль не потрібно терпіти, вона буде згубно позначатися як на вашому психологічному настрої, так і на діяльності головних внутрішніх органів і систем, наприклад, серця, шлунка, кишечника, кровоносної та дихальної системи. Їх дисфункція буде перешкоджати нормальному запуску механізмів саморегуляції і регенерації. Тому не мучте себе і свій організм, який і без того ослаблений: якщо нестерпно болить, скажіть про це медсестрі або доктору, і вам нададуть потрібну допомогу. Якщо хворобливі прояви несильні, тоді, звичайно, краще не зловживати з знеболенням. [21]

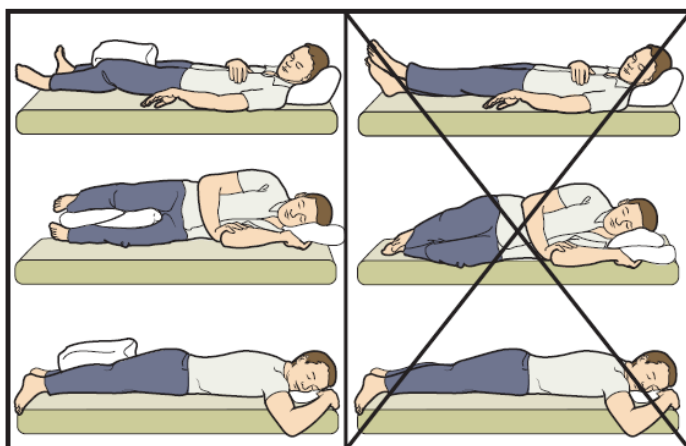
Ну а тепер перейдемо до розгляду питання: яким чином виконується активізація людини:

1. Ходьба на милицях можлива з 2-3 дня в полегшеному режимі, спираючись на милиці або ходунки. Методикою володіння засобами для підтримки і способу рухів при переміщенні в просторі пацієнта зазвичай навчають ще в передопераційному підготовчому періоді. Ходити в перші дні дозволено виключно під керівництвом методиста-інструктора.

2. Сидіти дозволяється на 3 добу, при цьому важливо не допускати надмірного кута згину в стегні, допустимий максимум – кут в 90 градусів і не більше того. Не можна перебувати довго в одному положенні «сидячи» (максимум – 15-20 хвилин), більш того, сидати треба на поверхні нормальної висоти, не з заниженими сидіннями.

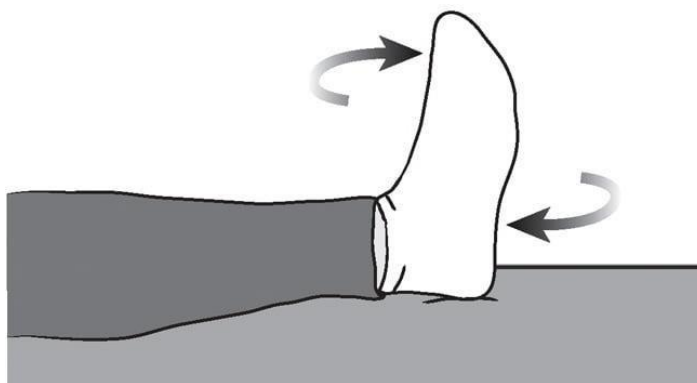
3. Коли людина лежить, обов'язково між кінцівками розміщують спеціальний анатомічний валик, який вбереже від небажаного приведення

кінцівки і її перехрещення зі здоровою ногою. Повертатися можна поки тільки на здоровий бік. Спати, лежати потрібно виключно на спині. [35]



При перехрещенні ніг підвищується ризик вивиху.

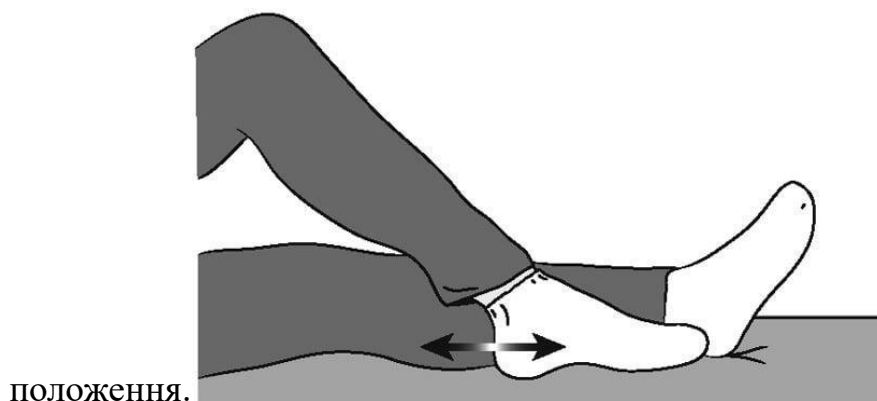
1. Рекомендовано виконувати під час реабілітації після операції на тазостегнових суглобах, як тільки закінчиться дія наркозу, згинання-розгинання гомілковостопного відділу, обертання



стопами.

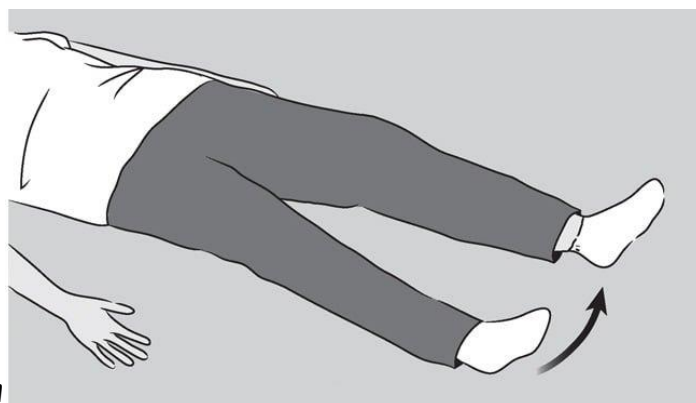
Вправа безпечна і його можна виконувати без особливих обмежень.

1. Пропонується працювати зі згинанням/розгинанням коліна: ногу, ковзаючи п'ятою по простирадлі ліжка, в колінному зчленуванні зігнути до прямого кута і повернути тим же способом в пряме горизонтальне



Якщо ковзати стопою по поверхні складно, зніміть носок.

Також знадобиться виконувати наступну зарядку, перебуваючи в ліжку: плавно відводити проблемну кінцівку в сторону, при цьому носок ступні строго «дивиться» на стелю. Повернутися в початкову позицію, розслабитися, відпочити 1 хвилину. Зробити 5 сетів поспіль. Всі вправи після заміни тазостегнового суглоба ні в якому разі не робити інтенсивно



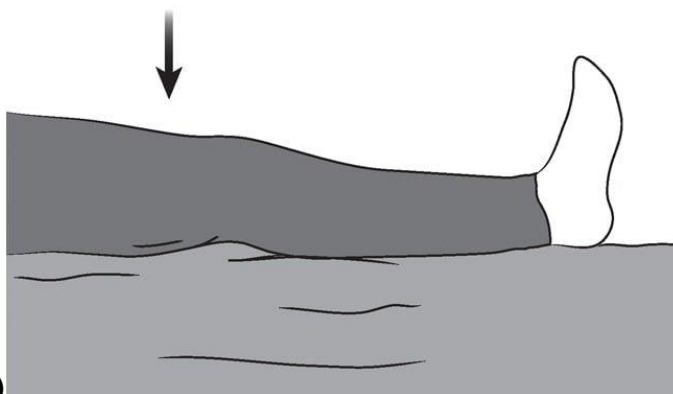
з ривками!

У цій вправі великий палець стопи повинен дивитися строго вгору.

У ближній післяопераційний період реабілітації після ендопротезування тазостегнового суглоба призначаються ізометричні заняття на скорочення чотириголового, сідничних, гомілкових м'язів. Завдяки нехитрим вправам на напругу відповідних сегментів підвищується їх тонус, поліпшуються еластичність і пружність. Виконуйте тренування в ліжку (лежачи на спині) за принципом:

притисніть випрямлену ногу до поверхні ліжка, затримайтеся на 5 секунд в досягнутому напрузі, потім розслабте кінцівку (досить 10-15 повторів за

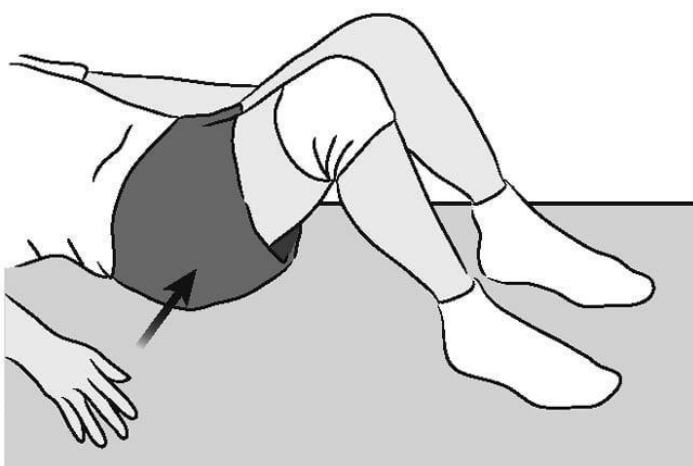
одне заняття)



Намагайтеся як би натиснути підколінної западиною.

поставте ногу в напівзігнуту позицію з опорою на п'яту, натисніть п'ятою на поверхню, зафіксуйте пресинг на 3-5 секунд, розслабтеся (кількість повторень аналогічне 1

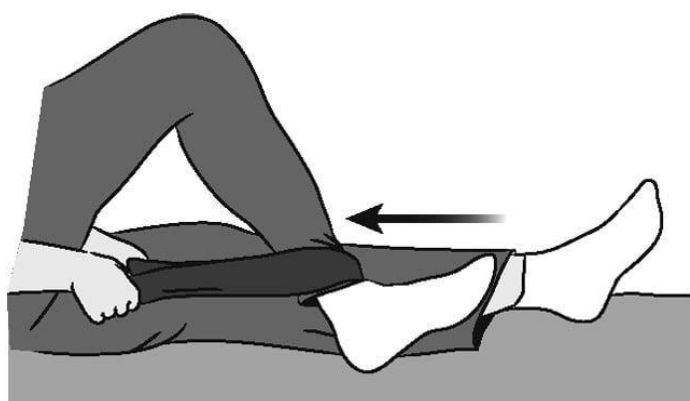
упр.);



У цій вправі працюють сідничні м'язи.

створювати собі зустрічну напругу в різних положеннях, напругу зняти на рахунок «5» (10

повторів).



Дуже акуратно!

Покинувши лікарню після протезування тазостегнового суглоба, реабілітацію за таким сценарієм нескладно практикувати у себе вдома. Однак запропонований спектр занять повинен бути доповнений, тому що далі настає фаза пізнього відновлення, для якої існують свої нормативи. [14]

Пізній період.

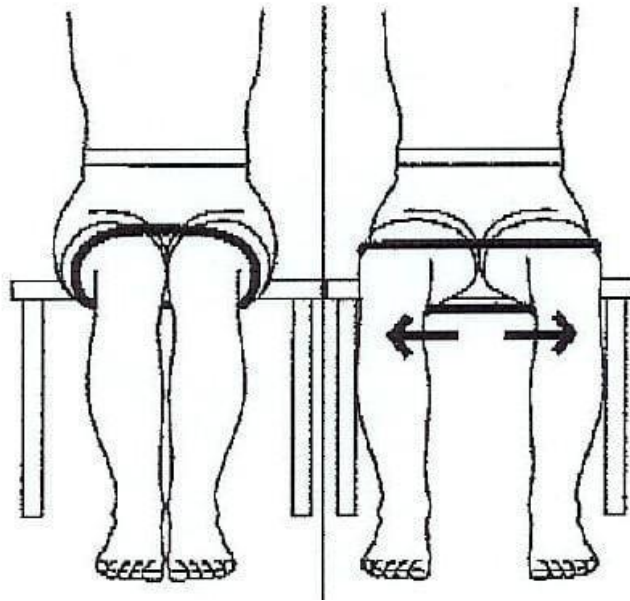
Успішно пройдені відновлювальні заходи ранньої ланки завершуються випискою хворого зі стаціонару. Тепер має бути або реабілітація після операції тазостегнового суглоба в домашніх умовах, або в профільному лікувально-реабілітаційному центрі. [44]

При пізній реабілітації після заміни суглоба тазостегнового суглоба додаються нові вправи.

1. Піші прогулянки, починаючи з 22 діб, здійснюються до 3-4 разів на день приблизно по півгодини, а ближче до третього місяця сумарна тривалість ходьби щодня повинна становити приблизно 4 години. Важливо відпрацьовувати правильну постановку корпусу і ходи при пересуванні, позбавлятися від звичних пристосувальних поз і рухів, до яких звикла людина ще задовго до операції.
2. Ходьба з повнообъемной навантаженням на протезовану кінцівку можлива через 1-1,5 місяці, якщо використовувалася модель протеза з цементною фіксацією. Якщо був застосований безцементний метод, повну опору створювати небажано, поки не пройде як мінімум 2 місяці.
3. Скасування милиць і ходунків, як правило, відбувається на рубежі 1,5-2 місяці, потім пацієнт переходить на тростину. Не рекомендується припиняти користуватися тростиною до тих пір, поки не зникне кульгавість і не з'явиться абсолютна впевненість при ходінні.

Пізня відновлювальна гімнастика після ендопротезування тазостегнового суглоба включає більш різноманітні і активні види тренувань.

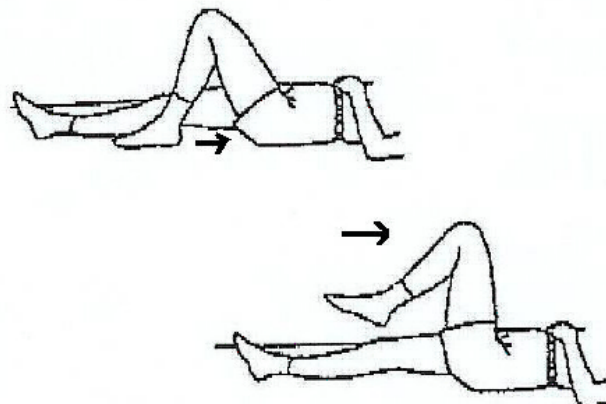
Працювати за допомогою гумової стрічки, з вправами на відведення і згинання кінцівки з опором (ноги не



схрещувати!).

Можна використовувати джгут або просто тиснути на коліна руками в разі його відсутності.

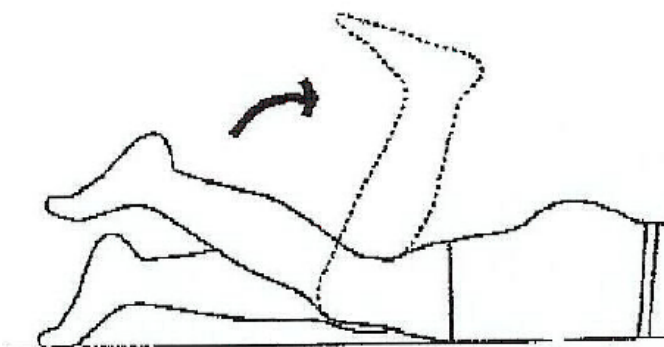
Початкове положення: лежачи на спині. По черзі згинати ноги в колінних суглобах, піднімаючи кінцівки, напрямок руху коліна – на



себе.

Руки можна покласти на живіт або витягнути уздовж тіла.

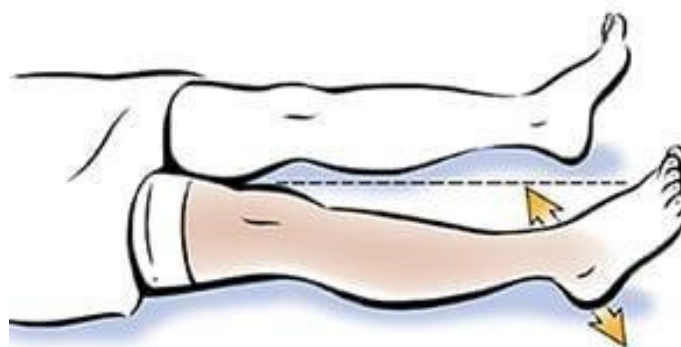
Лягти на живіт. Виробляти одночасне або почергове згинання ніг, наближаючи ступні до сідниць. У цьому ж положенні корисно піднімання випрямлених ніг вгору (поперемінно). Можна також імітувати плавання, при цьому активно працюють тільки руки, груди піднята, кінцівки прямі (якщо пацієнту не буде складно, він може трохи



відірвати ноги від підлоги).

Намагатися дістати п'ятою до сідниці. Малоймовірно що вам це вдасться, але мета повинна бути такою.

Поперемінне відведення випрямлених кінцівок в бічному напрямку з положення лежачи на спині і на животі. Для цього потрібно трохи підняти робочу ногу і відвести її в бік, потім обережно повернутися в вихідну точку. За аналогією робимо гімнастику після ендопротезування тазостегнових суглобів і в вертикальному

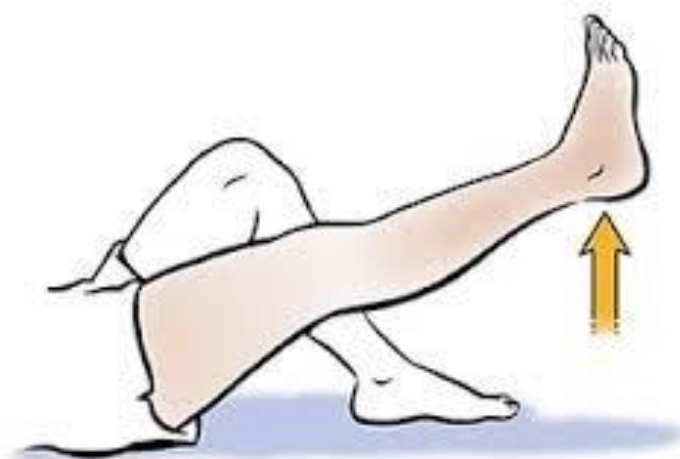


положенні.

Мисок спрямований строго вгору по ходу виконання вправи.

Підняття по черзі вгору рівних кінцівок, при цьому носок тягнеться на себе. Завдання можна виконувати і в лежачому і стоячому положенні. Якщо пацієнт займається стоячи, то потрібно триматися рукою за будь-

яку відповідну для страховки опору, наприклад, за спинку



стілця.

Фіксуйте на кілька секунд в кінцевій точці. [41]

Підняття зігнутої ноги, розгинання її на вазі з подальшим згинанням, в кінці – покласти на підлогу рівну кінцівку. Цей прийом, як ви могли зрозуміти, роблять в горизонтальному положенні



тіла.

Можна давати додаткове навантаження поклавши здорову ногу зверху на хвору.

Якщо вами була перенесена 1-1,5 місяці тому операція на тазостегновому суглобі, реабілітація протікає благополучно, тоді можна

включити в ваш щоденний комплекс вправу



«велосипед».

Велосипед це кращий снаряд для фізичної активності.

Крім перерахованих способів тренувань, включаються неповні присідання, спокійні заняття на велотренажері, на балансуєчих снарядах для вироблення опороміцності і рівноваги, а також різні прийоми рухів з м'ячем і обтяженням. Додатково прописується відвідування басейну, де будуть проводитися лікувальна гімнастика в воді і оздоровче плавання. [19]

Віддалена фаза

Розумно, якщо на пізніх термінах пройде реабілітація після заміни тазостегнового суглоба в санаторії. Крім відновлювально-фізкультурних методів, які реалізуються на різних реабілітаційних снарядах і тренажерному обладнанні в гімнастичному залі або у водному середовищі, в оздоровчих лікарнях спеціалізуються на застосуванні природних цілющих джерел, унікальних за хіміко-біологічним складом.

У санаторіях відновлення після заміни тазостегнового суглоба базується на застосуванні курсів пелоїдолечення (лікувально-грязьові аплікації) і бальнеотерапії у вигляді рапних (мінеральних), радонових, вуглекислих,

перлинних ванн та ін. плавання в басейні. Органічні і неорганічні речовини, що містяться в цілющих грязях і водах, проникають всередину організму в момент лікувального сеансу і плідно сприяють:

- * зміцненню кісток, посилення витривалості м'язів;
- * розсмоктуванню шкірних, сухожильних, м'язових рубцевих утворень, збільшується рухливість не тільки в місці локалізації штучного суглоба, але і в інших кістково-хрящових органах;
- * поліпшення кровопостачання і харчування в проблемних сегментах;
- * усунення набрякlostі м'якотканих структур;
- * позбавлення від фактора болю, який часто в тій чи іншій мірі продовжує турбувати, навіть після закінчення тривалого часу з моменту протезування;
- * узгодженості ЦНС, душевної гармонії, позитивному настрою, нормалізації сну і денної бадьорості. [40]

Навчання ходьбі хворих після ендопротезування тазостегнового суглоба починається в ранньому і триває в пізньому післяопераційному періоді. Воно здійснюється в залежності від віку, фізичної підготовки і особливостей операції. Зачасту спочатку пацієнтів навчають ходьбі за допомогою ходунців, а згодом (через 1-2 дні) – За допомогою двох милиць. Навчання ходьбі за допомогою додаткових засобів опори проводиться перед великим дзеркалом в повний зріст хворого. При виробленні правильного стереотипу ходьби дуже часто допускаються помилки. Найбільш часта помилка полягає в тому що пацієнт робить оперованої ногою крок довший, а «здорової» ногою – коротший. Це відбувається через боязнь пацієнта ставати на прооперовану ногу, що може викликати відчуття дискомфорту, тощо. Для корекції цієї помилки слід навчати хворого робити більш короткий крок оперованої ногою і довший – «здорової» з тим, щоб домогтися в кінцевому підсумку рівномірності кроку. У нормі при опорі на п'яту на початку фази нога в колінному суглобі розогнута, в середині фази відбувається згинання в суглобі,

потім знову розгинання і, нарешті, при завершенні фази і відриві носка – нога знову згинається в колінному суглобі. Хворий після артропластических операцій на тазостегновому суглобі протягом всієї фази опори (від опори на п'яту і до відриву носка) повинен тримати ногу розогнутою в колінному суглобі. Потім, у міру того як пацієнт починає ходити більш впевнено і швидко, допускається легке згинання в колінному суглобі. Ще деякі пацієнти несвідомо, особливо при ходьбі на милицях нахиляють тулуб вперед, це також пов'язано з прагненням хворого уникнути розгинання в оперованому тазостегновому суглобі. При появі такої помилки слід навчити хворого під час середньої і пізньої стадій опори, зберігати положення «таз вперед – плечі назад», не забуваючи при цьому про «заблокованих» колінних суглобах. Через тиждень після операції, пацієнта починають навчати ході по ступенькам, першою робить крок здорова нога і потім оперована. При спусканні по сходах вниз спочатку спускаються милиці, потім крок робить оперована нога і до неї приєднується здорова нога. В основному при відсутності ускладнень повне навантаження на оперовану кінцівку починають через 5-6 – після безцементного і через 4-5 тижнів після цементного ендопротезування тазостегнового суглоба. Рання осьова навантаження дозволяє швидко відновити м'язи, травмовані в процесі операції і ослаблені внаслідок самого дегенеративно-дистрофічного захворювання. [12]

РОЗДІЛ II

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ТАЗОСТЕГНОВО ГОСУГЛОБА

2.1. Основні способи реабілітації на санаторному етапі.

Санаторний етап реабілітації має свої спеціальні свідчення. Він передбачений в тих випадках, коли прогнозується відновлення працездатності в звичайних виробничих умовах. На санаторний етап реабілітації доцільно направляти хворих через 4,5-5 міс. після ендопротезування і огляду в МСЕК. Це хворі КРГ-1 або КРГ-2 за умови відновлення достатньої мобільності, необхідної для професійної діяльності. Завдання цього етапу реабілітації – подальше підвищення рухової активності та інших саногенетичних механізмів, необхідних для професійної діяльності. Тому на даний етап слід направляти хворих, які пройшли амбулаторно-поліклінічний етап, а в ряді випадків і пізній стаціонарний етап реабілітації за умови відповідності вищевказаним вимогам. Методи відновного лікування на санаторному етапі реабілітації значно розширюються. Застосовується психотерапія в поєднанні з аерофітоаромотерапією як у формі групових, так і індивідуальних занять. Використовується дозована ходьба (теренкур) в щадяще-тренувальному режимі, велотренажери, плавання в басейні та інші види бальнеотерапії. Тривають заняття ЛФК, дихальною гімнастикою. Після закінчення цього етапу реабілітації хворі повертаються до праці відразу після санаторію або амбулаторного доліковування. [28]

Хвороби суглобів відносяться до категорії захворювань опорно-рухового апарату. Вони часто супроводжуються ускладненнями, при яких необхідно провести заміну пошкодженої ділянки штучним аналогом – імплантом. Ефективність операції буде максимальною, якщо наступні відновлювальні заходи будуть проведені грамотно і професійно. Реабілітація після ендопротезування суглобів – обов'язковий період. У санаторії ви зможете отримати комплексне та ефективне лікування.

Реабілітаційний період після ендопротезування суглобів

Повністю процес реабілітації після ендопротезування суглобів займає до 9-12 місяців. Його ділять на три етапи: ранній, пізній і віддалений. Ось що являє собою кожен етап реабілітації.

Ранній післяопераційний етап

Настає відразу ж після закінчення операції по заміні суглобів і триває близько двох тижнів. Пацієнт спершу надходить в реанімаційне відділення, де здійснюють моніторинг за його поточним станом.

Потім прооперованого людини ставлять на ноги, медичні працівники допомагають навчитися здійснювати найпростіші повсякденні рухи. Спершу встати з ліжка, потім ходити за допомогою милиць, укладатися на ліжку і обходитися з нижніми кінцівками.

Протягом цього відновного процесу показана до виконання лікувальна гімнастика для зміцнення нових суглобів і зниження болю, підтримуюча терапія. [18]

Пізній післяопераційний період

Його тривалість становить від трьох тижнів до двох місяців і залежить від безлічі супутніх факторів – показників поточного стану пацієнта, складнощів післяопераційного періоду після ендопротезування суглобів, стану м'язових тканин людини, тривалих больових відчуттів і інших.

Тому в першу чергу мета пізнього реабілітаційного періоду-відновлення рухливості і еластичності м'язів, звикання до нових можливостей нижніх кінцівок після установки імплантів. Основні заходи, що проводяться в цей час, - регулярний моніторинг стану організму, Періодичне взяття аналізів і виконання програми вправ лікувальної фізичної культури, складеної лікарем.

Віддалений етап реабілітації

Тривалість етапу становить близько півроку. За цей час пацієнт вчиться жити звичайним життям з новими суглобами, відвідує лікаря-реабілітолога і спортивний зал або ЛФК. Основне завдання, яке стоїть перед людиною, - відвикання від використання милиць і фіксація навички самостійної ходьби.

Залежно від того, в якому місці опорно-рухового апарату пацієнта встановлено новий суглоб, дії лікарів і молодшого медичного персоналу в реабілітаційний період відрізняються. [16]

Найбільш поширені оперативні втручання з метою ендопротезування – заміна колінного суглоба і тазостегнового суглоба.

Реабілітація після ендопротезування тазостегнового суглоба

Це більш тривала операція в порівнянні з реабілітацією після ендопротезування колінного суглоба, займає близько 9-12 місяців. Відрізняється специфікою проходження через локалізацію ендопротеза і передбачає комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо поступового підвищення фізичної активності і навантаження на новий суглоб. [50]

Навантаження розраховує лікуючий лікар відповідно до клінічної картини, наявності ускладнень після хірургічного втручання, віком пацієнтів. Ускладнення за програмою вводяться поступово, з комфортом, розраховані на пізній і віддалений етапи відновного періоду. [38]

Кожен пацієнт, який переніс операцію по установці ендопротезів, має можливість отримати ефективну допомогу фахівців в процесі реабілітаційного періоду. Після вивчення клінічної картини і первинного обстеження лікарі

санаторію складають для пацієнта індивідуальну програму по проходженню реабілітації після ендопротезування суглобів.

Вона включає в себе:

- * призначення лікувальних медикаментозних препаратів;
- * руховий режим під час перебування в санаторії;
- * відновлювальну профілактику у вигляді дозованої ходьби;
- * сучасне апаратне лікування;
- * індивідуальний комплекс вправ лікувальної фізичної культури під керівництвом ЛФК-інструктора;
- * контроль фізіологічних показників організму пацієнта;
- * проходження призначених лікарем фізіотерапевтичних процедур;
- * масаж;
- * процедури голкорексфлексотерапії;
- * ерготерапевтичну та психологічну допомогу. [8]

Програма спрямована на виключення післяопераційних ускладнень після ендопротезування суглобів і боротьбу з ними. В ході реабілітації пацієнт зможе знизити залишкові больові відчуття, уникнути зниження функції опорно-рухового апарату і відновити активність нижніх кінцівок після заміни пошкоджених суглобів.

Реабілітаційні програми відновлення організму людини після ендопротезування суглобів – комплекс лікувальних і профілактичних заходів. Програма реабілітації складається з урахуванням фізіологічних характеристик і медичних показань/протипоказань для пацієнта. Пройшовши реабілітацію в санаторії Ви отримаєте наступний ефект:

- * відновлення функцій опорно-рухового апарату, нижніх кінцівок;
- * зміцнення м'язів ніг;
- * відновлення функціонування суглобів з урахуванням установки ендопротезів;

* тренування і закріплення навичок по самостійній ходьбі і фізичному обслуговуванню. [30]

У реабілітації після ендопротезування суглобів на базі санаторію пацієнти зможуть отримати консультації та огляд досвідчених фахівців – лікаря-травматолога, ортопеда, ерготерапевта, мануального терапевта, фізіотерапевта. З урахуванням поточних проблем відновного періоду буде призначено і проведено відповідне лікування і підібраний курс ЛФК.

2.2. Організаційні форми та ефективність санаторно-курортного етапу.

За організаційною формою установи рекреаційної мережі можна умовно поділити на санаторії, пансіонати з лікуванням, та бази відпочинку. Санаторії можуть бути як профільними, так і для лікування однорідних (кардіологічні, неврологічні, урологічні, для лікування опорно-рухового апарату, органів травлення, кровообігу і т.д.) або професійних захворювань. Як правило, вони володіють найбільш потужною медичною базою і розташовані в курортних зонах. Санаторії-профілакторії історично організувалися при заводах та фабриках і використовувалися переважно для оздоровлення співробітників, відповідно для їх розміщення вибиралися території, віддалені від виробництва не більше ніж на одногодинну доступність. Медична база санаторіїв-профілакторіїв залежала від матеріального стану самого підприємства. Пансіонати з лікуванням, як правило, розташовані в курортних зонах і можуть компенсувати недолік власної лікувальної бази направленням пацієнтів для отримання медичних послуг в санаторії, розташовані по сусідству. Будинки відпочинку, пансіонати, бази відпочинку орієнтовані в першу чергу на

оздоровлення населення кліматотерапією і ландшафтотерапією з обмеженою кількістю медичних послуг, що надаються на базі сусідніх санаторних установ. В даний час через високий темп життя сучасної людини, у відпочиваючих часто немає можливості підготуватися до відвідування санаторію належним чином, тому серед приїжджають на лікування високий відсоток необстежених. Крім того, через низьку якість оглядів в поліклінічних установах серед пацієнтів, що мають на руках санаторно-курортні карти, є хворі для яких лікування в даному санаторії протипоказано. [7]

Санаторний етап це вид лікувальної профілактичної допомоги, що використовує природні лікувальні природних фактори. У комплекс факторів санаторного лікування входять також раціональний режим дієтичного харчування, застосування апаратної фізіотерапії і медикаментозного лікування, регулярність фізичних навантажень лікувальної фізкультури, психологічну рівновагу при відсутності стресових ситуацій. До природних лікувальних факторів, які присутні на будь-якому курорті, відносяться ландшафти і біоклімат. Саме вони є першорядними при плануванні і зонуванні територій санаторіїв і виборі місця їх будівництва. Ландшафтна характеристика санаторію включає в себе особливості рельєфу місцевості, наявність і властивості водних об'єктів, функціональні та естетичні характеристики рослинного покриву. Біокліматичні параметри визначають умови і ступінь впливу на людину різних властивостей повітряних мас (вологості повітря, його температури, швидкості руху повітряних мас, атмосферного тиску і ін.). Мінеральні води і лікувальні грязі складають гідромінеральні ресурси курортів. Заснування і розвиток санаторіїв історично пов'язане з використанням саме цих ресурсів. Однак на відміну від ландшафтних і біокліматичних факторів далеко не у всіх сучасних курортах присутній власне гідромінеральне господарство. До мінеральних прийнято відносити ті води, використання яких можливо в бальнеологічних або лікувально-питних цілях, що містять в

підвищених концентраціях мінеральні компоненти і гази і володіють специфічним лікувальним впливом на організм людини. При цьому мінеральні води діляться на питні (лікувальні та лікувально-столові) і бальнеологічні – лікувально-терапевтичного зовнішнього застосування у вигляді ванн, душів, примочок і т.д. Висока теплоємність грязей забезпечує глибоке прогрівання зон вплив, сприяє активізації кровопостачання і процесу обміну речовин за рахунок розширення кровоносних судин. Однак в процесі грязелікування разом з потім і втратою рідини з організму йде значна кількість потрібних для фізіологічного протікання обмінних процесів мінеральних сполук і вітамінів (особливо а, з і групи в). Цей недолік необхідно заповнювати вживанням мінеральних вод всередину і дотриманням раціонального режиму дієтичного харчування. При певних нозологіях природні лікувальні фактори виступають в якості додаткових, що підсилюють вплив медикаментів або апаратної фізіотерапії. Тому в кожному санаторному закладі (особливо в разі неповноцінності або відсутності комплексу природних лікувальних факторів) присутній фізіотерапевтичне відділення і процедурний кабінет. [10]

Вплив лікувальної фізкультури на здоров'я людини переоцінити важко. Без неї неможливі не тільки реабілітаційно-відновлювальні заходи для пацієнтів з різною нозологією, а й нормальне функціонування здорового організму людини. Безперечною перевагою санаторно-курортного лікування перед поліклінічним є ізоляція пацієнта від повсякденних побутових стресових ситуацій, створення навколо нього турботливою і спокійною атмосфери. [20]

Пацієнтів, які нещодавно перенесли операцію, в санаторії чекає комплекс оздоровчих процедур. Як правило, санаторний етап показаний у віддалені терміни після хірургічного втручання.

Як ми знаємо, реабілітаційний період ділиться на:

1. Ранній-до 10-14 днів. У цей час важливий догляд за післяопераційною раною, профілактика інфекційних і тромбоемболічних ускладнень, виконання нескладних вправ з програми ЛФК.

2. Пізній - до двох-трьох місяців. Основний упор тут роблять на тренування м'язів ніг. Хворого навчають правильно підніматися і спускатися по сходах, стежать за тим, щоб у нього закріпився правильний стереотип ходьби.

3. Віддалений-через 3 місяці. Основне завдання віддаленого періоду-максимально зміцнити м'язи нижніх кінцівок. І в підсумку допомогти людині адаптуватися до щоденного життя. Саме в цей час хворий проходить Санаторне лікування. [2]

Багато і проходять в санаторії комплексне лікування. А через кілька місяців повертаються додому повністю зміцнілими і готовими повернутися до звичного життя.

Користь реабілітації в санаторії:

Центри реабілітації та санаторії найкращим чином облаштовані для відновлення опорно-рухової системи. На основі поставленого діагнозу професіонали справжніх медичних установ розробляють початкову програму реабілітації. Призначаються процедури лікування опорно-рухового апарату: Комплекс лікувальної фізкультури. Пацієнти займаються на спеціальних тренажерах, механічних конструкціях і зі спортивним інвентарем. Кожне заняття проходить під керівництвом кваліфікованого тренера, який допомагає і консультує при виконанні вправ. Незалежно від прогресу ні пацієнт, ні тренер не можуть поміняти програму і збільшити навантаження під час тренування. Це відбувається після узгодження з лікарем відділення. Місцевий лікувальний масаж. Вплив масажу проводиться на конкретну уражену ділянку і допомагає обережно, але ефективно впливати на травму. Процедури проводяться професійним масажистом з використанням спеціальної апаратури і фізіотерапії. Лікування за допомогою водних процедур. Пацієнту

призначаються ванни з мінеральними водами і солями. Також при наявності в реабілітаційному центрі басейну, оснащеного підводними тренажерами, стимулюючими відновлення рухових функцій, на перший план висуваються саме ці процедури. Ерготерапія. Лазеротерапія. Лікування голками. Мезодієнцефальна модуляція. При реабілітації пацієнтів після ендопротезування тазостегнового суглоба розробляється персональна програма для кожного. Важливим елементом відновлення служить комплекс лікувальної фізкультури. Реабілітація проводиться під суворим контролем спеціаліста-інструктора ЛФК. Вправи благотворно впливають на міцність кісткової тканини, збільшують якість кріплення сухожилів і м'язової тканини до кісток, зміцнюють хребетні зв'язки і допомагають впоратися з викривленнями. Також завдяки ЛФК, розвивається грудний м'яз і поліпшується постава. Фізична реабілітація після ендопротезування, в залежності від стану пацієнта, може призначатися у вигляді: ходьби на місці або на спеціальних доріжках; вправ зі спортивним інвентарем; занять на механічних або автоматизованих тренажерах; розтяжки на локальні групи м'язів і сухожилів. Також вправи ЛФК можуть бути пасивними, коли пацієнт робить вправи для травмованої кінцівки здоровою або за сприяння інструктора. Подібні заняття незамінні на перших стадіях реабілітації. Особливо після перенесеної операції. Головним критерієм якнайшвидшого одужання є регулярність занять і правильність їх виконання. Не слід здійснювати різких рухів, щоб уникнути травм м'язів або додаткових розтягувань зв'язок. Рекомендується проводити рухи повільно, акцентуючи увагу на кожній задіяній м'язі. Важливо не доводити навантаження на опорно-рухової системи до крайності. Необхідно виконувати приписи точно, не відхиляючись від графіка. При прояві наступних симптомів рекомендується терміново звернутися до фахівця: міалгія. Біль або втрата чутливості від надмірного навантаження. Судоми. Хворобливі спазми м'язів від виняткового їх скорочення. Тендиніт. Запалення суглобів і сухожилів від надмірного

фізичного навантаження або тиску зайвої м'язової маси. Призначення по ЛФК повністю залежить від локалізації травми і від стану конкретного хворого. Однак кожна група м'язів відрізняється своїми тонкощами виконання.

Підбити підсумок:

1. Санаторний етап-важливий етап реабілітації після ендопротезування великих суглобів.
 2. Перебування в санаторії зміцнює організм і допомагає швидше відновитися після хірургічного втручання.
 3. У програму післяопераційної реабілітації включають лікувальну фізкультуру, гідропроцедури, бальнеотерапію, лікувальний масаж і фізіотерапевтичні процедури.
 4. У санаторій їдуть лікувати захворювання кістково-м'язової, нервової та серцево-судинної системи. Тут проходять реабілітацію після операцій на хребті і великих суглобах в тому числі і після ендопротезування тазостегнового суглоба.
 5. Санаторний етап включає ряд процедур: ЛФК, групові або індивідуальні заняття в басейнах, лікувальні ванни, масаж, фізіопроцедури.
 6. У санаторії крім лікувальних доступні ще й релаксаційні процедури. Їх можна замовити додатково, перебуваючи на території санаторного закладу.
- [23]

Таким чином, аналізуючи переваги санаторного етапу, можна зробити висновок, що під час санаторного етапу лікування у людини підвищується імунітет і стійкість до інфекцій. Все це створює сприятливі умови для швидкого відновлення організму.

Перебування в санаторії прискорює реабілітацію і допомагає тілу швидше відновитися після хірургічного втручання.

Крім занять в басейні хворі проходять курс лікувальної гімнастики (ЛФК). Заняття проводяться як групами, так і індивідуально.

Пацієнти займаються виключно під контролем фізіотерапевта. [43]

РОЗДІЛ III

МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ТАЗОСТЕГНОВОГО СУГЛОБА НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ.

3.1. Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань були використані наступні методи:

1. Аналіз літературних джерел по темі дослідження.
2. Аналіз документальних матеріалів.
3. Соціологічний метод (анкетування, опитування).

Проведено соціологічне дослідження, що включає 100 пацієнтів, яким у 2022-2025 р. виконано ендопротезування кульшового суглоба.

Аналіз літературних джерел використовувався з метою пошуку і систематизації наукових даних по темі дослідження. Мною були розглянуті питання, що стосуються анатомічної будови тазостегнового суглоба; особливості реабілітації після ендопротезування; аналіз існуючих методик, спрямованих на розвиток рухливості тазостегнового суглоба. Вивчаючи літературу, перш за все, велика увага приділялася процесу фізичної реабілітації після ендопротезування. Розкрито показання та протипоказання до проведення даної операції, а також підготовка до неї. Показано значення і користь для пацієнтів, які страждають різними захворюваннями і ушкодженнями тазостегнового суглоба. Розглянуто різні методики реабілітації після ендопротезування.

Метод аналізу документальних матеріалів (медичних карт) використовувався з метою збору інформації про стан пацієнта після операції.

Проведено соціологічне дослідження, що включає 100 пацієнтів, яким у 2022-2025 р. виконано ендопротезування кульшового суглоба.

3.2. Організація дослідження і характеристика досліджуваних.

Дослідження виконано в кілька етапів. I етап - теоретико-пошуковий. На цьому етапі я вивчив і проаналізував науково-методичну літературу по темі дослідження, що дозволило мені виявити актуальність існуючої проблеми, визначити назву роботи. Спочатку зібрані літературні дані поповнювалися протягом усього дослідження. На підставі аналізу літературних джерел мною була сформульована гіпотеза, визначена мета і завдання експерименту. II етап-експериментальний. Метою цього етапу було проведення експерименту, спрямованого на з'ясування ефективності реабілітації після ендопротезування

тазостегнового суглоба. На основі аналізу літературних джерел, а також після бесіди з пацієнтом, мною були підібрані комплекси вправ для розробки рухливості в суглобі. Експеримент проводився на санаторних умовах, на базі реабілітаційного центру. Після експерименту було проведено контрольне вимірювання. Контрольне вимірювання було проведено з метою визначення ефективності експерименту. III етап - аналітичний. На цьому етапі показники, отримані в результаті експерименту, були піддані статистичній обробці, здійснювалося обговорення отриманих результатів і оформлення випускної кваліфікаційної роботи.

3.3. Оцінка ефективності програм реабілітації

Шаблони анкетування до та після лікування представлені в таблиці №1,2. Після закінчення лікування кількість пацієнтів мають значне занепокоєння з приводу фізичних болів або дискомфорту знизилося з 24 людини до 15, тобто на 61% випробовують помірний біль при легкому фізичному навантаженні з 76 до 63 (17%), а кількість пацієнтів не відчують больових проявів взагалі або відчують незначний біль при важкому фізичному навантаженні збільшилася

з 38 до 53. При цьому характер свого болю постійним інтенсивним до приїзду в санаторій рахували 15 респондентів, при виписці-4 (зниження на 72%) наявність короткочасного або постійного болю протягом ночі до відвідування санаторію відзначали 62 респондентів, на момент виписки-47 (зменшення на 15 осіб). Повна відсутність болю протягом ночі до відвідування санаторію відзначали 37 респондентів, на момент виписки 52 (збільшилося на 15 осіб). Відсутність болю або присутність дуже слабкого болю в спокої до відвідування санаторію відзначали 62 людини, на момент виписки – 79 (збільшилася на 17 (14%)), а наявність помірного або дуже сильного болю до відвідування санаторію відзначали 38 осіб, на момент виписки 21 (зменшилася на 17 (22%)).

Якщо на момент приїзду в санаторій біль при ходьбі практично відразу виникала у 9 респондентів, то на момент виписки це кількість пацієнтів зменшилося в 1,5 рази і склало 6 осіб (зменшилося на 33%) в той час як кількість пацієнтів, які не відчують болю при ходьбі або відчують її тільки при проходженні певної відстані збільшилася з 65 до 90 осіб (27%). На момент приїзду в санаторій для зняття болю часто застосовували лікарські препарати 40 респондентів, на момент виписки 25 (на 37% зменшилася) а кількість хворих перестали приймати лікарські препарати для зняття болю після відвідування санаторію склало 61 осіб (до приїзду в санаторій їх було 47 (збільшилося на 30%)).

Після відвідування санаторію у 14,5% відпочиваючих нормалізувався апетит (29 осіб), у 16% респондентів пропали труднощі зі сном (32 людини), у 28% стабілізувалося (без перепадів в сторону погіршення) настрій протягом дня (56 осіб).

Стан підвищеної дратівливості, плаксивості, запальності до приїзду в санаторій часто, рідко або помірно зазнавало 81 (81%) респондента, після відвідування санаторію їх число зменшилося до 55 (55%) людини в той час як

такі негативні почуття як поганий настрій, відчай, тривога або депресія перестали відчувати 18 (18%) осіб. 70 відпочиваючих або 70% після відвідування санаторію відчують себе бадьорим, спокійним, впевненим (51 людини або 51% до приїзду в санаторій).

Повну задоволеність якістю життя після відвідування санаторію відзначили 35 осіб (35%), в той час як до відвідування таких респондентів було 23 (23%). Часткову або повну незадоволеність якістю життя до відвідування санаторію відзначало 11 людини (11%), після – 4(4%). Якість життя на "добре" і "відмінно" після відвідування санаторію оцінили 67осіб (67%), до приїзду в санаторій таких оцінок було 58 (58%), 65(65%) пацієнтів відзначили поліпшення деяких характеристик якості життя, а саме, у 18 осіб (18%) покращився загальний психологічний стан, у 11 (11%) зросла фізична активність і працездатність, у 12 (12%) покращилися загальні показники здоров'я, у 11 (11%) з'явилося відчуття радості оздоровлення. При цьому 23 пацієнта або після відвідування санаторію стали відчувати себе повноцінною людиною. 66 респондентів (66%) відзначили поліпшення здатності виконувати звичну фізичну діяльність після перебування в санаторії.

Поліпшення психологічного стану після приїзду в санаторій відзначили 67 (67%) осіб, при цьому у 54 (54%) відпочиваючих за період відпочинку в санаторії з'явилося відчуття полегшення і надії. 88 пацієнта або 88% залишилися задоволені обсягом і кількістю психологічної корекції та лікування в період відпочинку в санаторії.

Загалом медико-оздоровчу діяльність у санаторії оцінили на «дуже добре» 26 пацієнтів (26%), а на «досить добре» - 59 (59%).

На 31% (з 41 до 54) збільшилася кількість людей, у яких з'явилося бажання і можливість більше відпочивати і виїжджати на природу, водночас на 83% (з 53 до 9) зменшилася кількість пацієнтів, яким було важко це робити за станом свого здоров'я.

В цілому 61% (61 людина) оцінили рівень своєї задоволеності від відвідування санаторію на "відмінно", 37% (37 людей) на» добре", що в сумі становить 98% опитаних.

Це підтверджується суб'єктивною оцінкою даної пацієнтами станом свого здоров'я на момент приїзду і виписки з санаторію.

Результати дослідження, проведеного на базі санаторію дозволяють зробити висновок про ефективність санаторно-курортного лікування навіть при скороченому до 14 днів терміні перебування в санаторії.

Зокрема, з даних, отриманих в результаті анкетованих пацієнтів слід, що суб'єктивна оцінка свого психологічного стану у опитаних значно вище при виписці, ніж на момент надходження в санаторій. У відпочиваючих стабілізується настрій протягом дня, зменшується кількість таких негативних станів як підвищена дратівливості, плаксивість, запальність, тривога і т. д., поліпшується сон, з'являється бадьорість, спокій, впевненість. Крім того, у більшості пацієнтів після відвідування санаторію підвищується самооцінка стану свого здоров'я і якості життя.

Це пояснюється зниженням кількості та інтенсивності больових відчуттів, дискомфорту або їх повним зникненням за період перебування в санаторії.

Таким чином, поліпшення психологічного та фізичного (що підтверджується клінічними даними) станів обстежуваного сприяє підвищенню суб'єктивної оцінки пацієнтом якості свого життя.

3.4. Результати дослідження

Результати дослідження виявили сприятливі показники ефективності лікування, що свідчать про позитивну динаміку показників якості життя на етапах санаторно-курортного лікування.

Відзначено поліпшення показників якості життя у більшості пацієнтів (58,5%), поліпшення психологічного стану (18,5%), зростання фізичної активності (11%) і поліпшення загальних показників здоров'я (12%). Значна частина пацієнтів відзначила зменшення деформації суглобів і зниження набряклості, поліпшення якості сну, зниження дратівливості, поліпшення психоемоційного стану і задоволеності якістю життя, знижена потреба у використанні лікарських препаратів, при цьому переважна частина пацієнтів (81%) вказує на значне поліпшення психоемоційного стану. Санаторно-курортне лікування є значущою частиною відновлювальної і профілактичної медицини і являє собою комплекс в основному немедикаментозних методів реабілітації.

Перебування в санаторії при адекватній роботі медичного та обслуговуючого персоналу не викликає негативних емоцій у хворих, що безсумнівно позначається на їх суб'єктивній оцінці якості наданої медичної допомоги і відповідно підвищує оцінку якості життя, пов'язаного зі здоров'ям.

ВИСНОВОК

1. Аналізуючи науково-методичну літературу з цікавої мені проблеми встановлено, згідно з науковими уявленнями, під фізичною реабілітацією

розуміється використання фізичних вправ і природних ресурсів в всебічному процесі повернення фізичного здоров'я і працездатності пацієнтів. Призначення засобів фізичної терапії визначаються перебігом захворювання, періодом реабілітації, руховим режимом. На підставі вивчення науково-методичної літератури, мною були проаналізовані існуючі методики відновлення рухливості після ендопротезування в тазостегновому суглобі. Були підібрані засоби фізичної реабілітації, а саме фізичні вправи. Фізичні вправи були спрямовані на поступову розробку тазостегнового суглоба, зняття болю, поліпшення самопочуття пацієнта, підготовку до навантажень, запобігання можливих ускладнень. Вони ґрунтувалися на наступних принципах: безперервність занять, індивідуальних підхід, суворі послідовність, заняття проводилися не тільки у лікаря, але і вдома.

2. За результатами обґрунтування ефективності комплексу заходів, була доведена ефективність підібраних мною фізичних вправ. Підібрані мною фізичні вправи можуть бути використані в домашніх умовах, так як їх можна виконувати, не встаючи з ліжка, вони не вимагають ніякої особливої підготовки. Також перевагою є комфорт. Вдома можна максимально розслабитися і виконувати вправи, не відволікаючись на інші фактори. Комплекси можна виконувати під музику, вибрати кімнату, яка комфортніше, одягнути той одяг, яка не буде сковувати рухів. Для створення системи індивідуальної реабілітації пацієнта після ендопротезування тазостегнового суглоба необхідно враховувати анатомічні, біомеханічні параметри і соціально-побутові умови пацієнта. Анатомічні параметри (морфометроструктура) включають в себе дані про стать, вік, зріст, масу тіла. Біомеханічні показники відображають активність основних скелетних м'язів, що забезпечують функцію суглоба, реакцію пацієнта на функціональні проби, особливості статичної і локомоції, тяжкість дегенеративно-дистрофічного ураження, особливості оперативного втручання, спосіб фіксації імплантату.

3. Соціально-побутовий аспект містить відомості про характер роботи, рухової активності, використовуваному транспорті, сімейний статус, наявності інвалідності та ін. Режим індивідуальної реабілітації забезпечує достовірне поліпшення показників у порівнянні зі стандартним відновлювальним лікуванням. Істотно зростають темп ходьби і її швидкість; ходьба стає більш рівномірною і павною. Поліпшується статико-динамічна функція у 82,1% хворих основної групи в порівнянні з 60,8% в контрольній групі. Динаміка параметрів якості життя після ендопротезування показує його істотний позитивний ефект і, перш за все, вплив на провідні фактори болю і фізичної неповноцінності опорно-рухової системи. Фактор пошкодження ліквідований, і самооцінка за шкалами фізичного функціонування і рольового фізичного функціонування підвищується майже до норми. Значно зростають можливості соціального функціонування.

Завдання, поставлені в даній роботі, виконані, мета досягнута.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксимед. Реабілітація після ендопротезування суглобів. – Київ: Аксимед, 2023.
2. Андрійчук О. Я. Інструментальні дослідження у фізичній терапії осіб з деформаціями опорно-рухового апарату / О. Я. Андрійчук, Т. Є. Цюпак, А. М. Сітовський // Innovative development of science and education. Abstracts of the 2nd International scientific and practical conference. – Athens, Greece : ISGT Publishing House, 2020. – P. 92–95.
3. Андрійчук О. Я. Методичні основи фізичної терапії хворих на дегенеративно-дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату / О.Я.Андрійчук // Art of Medicine. – 2018. – № 3(7). – С. 174–177.
4. Бородин О.І., Дубровіна Л.А. — "Реабілітація пацієнтів після ендопротезування суглобів". — Одеса: Маяк, 2016. — 256 с.
5. Гарвіс. Реабілітація після ендопротезування тазостегнового суглоба. — Київ: Garvis, 2021.
6. Глиняна О. О. Фізична реабілітація пацієнтів в передопераційному періоді при тотальному ендопротезуванні кульшового суглоба. Спортивний вісник Придніпров'я. 2009. № 2/3. 198–200.
7. Гончарук М.Л. — "Реабілітація після ендопротезування кульшового суглобу". — К.: Здоров'я, 2017. — 280 с.
8. Добробут. Особливості реабілітації та можливі ускладнення після ендопротезування кульшового суглоба. – Київ: Добробут, 2022.
9. Іванов В. М. Сучасні методи реабілітації після ендопротезування кульшового суглоба. – Харків: ХНМУ, 2018.
10. Інститут Вертебрології та Реабілітації. Реабілітація після артропластики кульшового суглоба. – Київ: IVR, 2022.
11. Ляховська Л.І. — "Лікувальна фізкультура та реабілітація в ортопедії". — Львів: Новий Світ-2000, 2019. — 280 с.
12. Мартиненко М.А. — "Післяопераційна реабілітація в ортопедії". — Київ: Медицина, 2015. — 320 с.
13. Могилевський В.А., Ставінський О.В. — "Фізична терапія та реабілітація при захворюваннях опорно-рухового апарату". — К.: Медицина, 2016. — 440 с.
14. Обласна клінічна лікарня м. Чернівці. Що потрібно знати після операції ендопротезування кульшового суглоба. – Чернівці: ОКЛ, 2023.
15. Петров О. В. Комплексна реабілітація пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба. – Одеса: ОНМУ, 2019.
16. Реабілітація після тотального ендопротезування кульшового суглоба - Методичні рекомендації. – К. : «СПД Чалчинська Н.В.», 2016.
17. Сидоренко А. П. Фізична реабілітація після ендопротезування кульшового суглоба. – Дніпро: ДНУ, 2021.
18. Сидоренко О.А., Левицький А.П. — "Медико-соціальна реабілітація після ендопротезування суглобів". — Харків: Фоліо, 2017. — 280 с.

19. Сидоренко О.В. — "Реабілітація в ортопедії та травматології". — Львів: Сполом, 2019. — 360 с.
20. Симбіотика. Ендопротезування кульшового суглоба із застосуванням сучасних європейських методик. — Київ: Симбіотика, 2022.
21. Heliovaara M., Makela M., Impivaara O. Association of overweight, trauma and workload with coxarthrosis. A health survey of 7, 217 persons // Acta Orthop. Scand. 2013, Oct. - № 64 (5). - P. 513-518. Malkhan H.,
22. Herberts P., Ahnfelt L. Prognosis of total hip replacement in Sweden // Acta Orthop. Scand. -2013. V.64. - P. 497-506.
23. Malkhan H., Herberts P., Ahnfelt L. Prognosis of total hip replacement in Sweden // Acta Orthop. Scand. -2013. V.64. - P. 497-506.
24. Traina, F. ; De Clerico, M. ; Biondi, F. ; Pilla, F. ; Tassinari, E. & Toni, A. (2009). Sex differences in hip morphology: is stem modularity effective for total hip replacement? The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol.91, Suppl.6, (November 2009), pp. 121-128
25. Vučajnk, I. & Fokter Samo, K. Modular Femoral Neck Fracture After Total Hip Arthroplasty. Celje General and Teaching Hospital Slovenia., Retrieved from www.intechopen.com, pp. 169-180
26. Wilson, D. J. ; Dunbar, M. ; Amirault, J. & Farhat, Z. (2010). Early failure of a modular femoral neck total hip arthroplasty component: a case report. The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol.92, No.6, (June 2010), pp. 1514-1517
27. http://ni.biz.ua/9/9_13/9_131830_glava--sanatorno-kurortnaya-pomoshch-naseleniyu.html
28. <http://dspace.vspu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/4659/%d0%9f%d0%b0%d0%bd%d1%8c%d0%ba%d0%be%d0%b2%d0%b5%d1%86%d1%8c%d0%ba%d0%b8%d0%b9.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
29. http://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/11130/Boeva_mf-2020.pdf?isAllowed=y&sequence=1
30. <https://ua-referat.com/?red=92052>
31. <http://taeguk.org.ua/posts/uk/anatomia-popularno-pro-budovu-suglobiv-obgovorennia-na-liveinternet.html>
32. <https://uniclinic.ua/endoprotezuvannya>
33. <http://naukam.triada.in.ua/index.php/konferentsiji/52-dvadtsyat-druga-vseukrajinska-praktichno-piznavalna-internet-konferentsiya/528-fizichna-reabilitatsiya-osib-pislya-protezuvannya-kulshovikh-suglobiv>
34. https://nangu.edu.ua/uploads/files/documenty/Naukova%20diyalnist/naukovu%20forumy/2021/konf_2021_zbirnyk%20KafFP.pdf
35. <https://jak.bono.odessa.ua/articles/artroz-tazostegnovih-suglobiv.php>
36. https://reposit.uni-sport.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/787878787/4730/%d0%a0%d1%83%d1%89%d0%b0%d0%ba_2%d0%9c3%e2%80%93%d0%a4%d0%a21_%d0%ba%d0%b2%d0%b0%d0%bb%d1%96%d1%84_%d1%80%d0%be%d0%b1%201.pdf?isAllowed=y&sequence=1

37. http://www.ni.biz.ua/12/12_17/12_173131_predpatologicheskie-i-patologicheskie-sostoyaniya-u-sportsmenov.html
38. http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/40101/1/%D0%9A%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0%D0%93%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B0_original_16122020_134232.pdf
39. <https://zavantag.com/docs/776/index-482312.html>
40. <https://instzak.com/index.php/journal/issue/download/37/Instzak1-12>
41. <https://www.06452.com.ua/list/cat/28?page=9>
42. <http://virtual.dp.ua/tag/xirurg/>
43. <http://centre-trauma.com/page-endo-perv-reviziya.html?lang=ua>
44. https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/29329/1/Paschnyk_bakalavr.pdf
45. <https://docplayer.net/79591052-Ministerstvo-osviti-i-nauki-ukrayini.html>
46. <http://fizkyltyra.org.ua/tag/tema>
47. http://konotoprairada.com.ua/index.php?Itemid=47&id=17&option=com_content&task=view
48. http://minovka.mag-osvita.dp.ua/viewpage.php?page_id=92
49. https://www.researchgate.net/publication/378976756_Reabilitacia_pisla_totalnogo_endoprotezuвання_kulsovogo_sugloba
50. https://www.researchgate.net/publication/356484834_Algoritm_fizicnoi_terapii_osib_pisla_totalnogo_endoprotezuвання_kulsovogo_sugloba_u_III-IV_fazi_vidnovnogo_procesu

ДОДАТОК 1

Таблиця 1

АНКЕТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я

До лікування

№	Найменування	Номер позначення	Позначення	Примітка
1	П. І. Б.			
2	Стать			
3	Вікова група			
	до 29 років			
	30-49 років			
	50 і старше			
4	Сімейний стан			
	перебуваю в			
	незареєстрованому шлюбі			
5	Основна спеціальність і			
	вид трудової діяльності			
	працівник Рівного поєднання			
	фізичного і розумового			
	послуга			
	працівник з обслуговування			
	конвеєра, верстатів і			
	механізм			
6	Ваша професія пов'язана з			
	тривалим стоянням			
	тривалим незручним			
	положенням тіла			
	з підйомом важких предметів			
	різкими поворотами			
	тулуб			

	частими згинаннями			
	тулуб			

7	Вкажіть, які шкідливі професійний фактори досить часто (постійно) або інтенсивно впливали на Вас в процесі вашої трудової діяльності		
	підвищена температура		
	повітря		
	знижена температура		
	повітря		
	підвищений рівень шуму		
	вплив вібрації		
	наявність протягів		
8	Чи вважаєте ви, що Ваша професійна діяльність (вид праці) відповідає вашому здоров'ю		
	відповідає частково		
	не відповідає		
9	Як ви оцінюєте рівень соціально економічного благополуччя своєї сім'ї		
	достатня тільки для забезпечення нормального харчування та потреб першої необхідності		
	вкрай недостатнє матеріально-економічне становище сім'ї		
10	Чи достатньо у Вас фінансових можливостей для підтримки здоров'я і отримання лікувально оздоровчих та санітарних відновлювальних процедур		
	іноді недостатньо		

	вкрай недостатньо		
11	Як впливає стан вашого здоров'я на фізичні можливості вашого організм		
	викликає загальне стомлення до кінця робочого дня		
	викликає сильне стомлення верхніх або нижніх кінцівок		
	викликає сильне стомлення всіх частин тіла і погіршує загальний стан здоров'я		
12	Чи є якісь обмеження у вашій повсякденній діяльності в даний час		
	з'явилася необхідність		
	зменшити фізичні		
	навантаження		
	необхідні більш часті		

13	Які види фізичної діяльності Ви можете виконувати з урахуванням стану Вашого здоров'я		
	можу виконувати роботу, але без підняття і перенесення тяжкості		
	можу виконувати тільки легку фізичну роботу		
	не можу виконувати ніякої фізичної роботи через біль		
14	Чи турбуєтеся ви по приводу фізичних болів або дискомфорту при вступі та при виписці		
	є незначне занепокоєння		
	є значне тривога і дискомфорт		
15	Як змінюється Ваше настрій протягом дня		

	незначно погіршується		
	часто різко погіршується		
16	Чи є у вас які або труднощі зі сном		
	порушений незначно,		
	зрідка прокидаюся		
	порушений помірно, не сплю 3-5		
17	Чи відзначали ви за останнім часом втрату апетит		
	іноді незначно знижений		
	помірно знижений		
	значна втрата		
18	Чи бувають у Вас стани підвищеної дратівливості, плаксивості, запальності		
	рідко, незначно		
	іноді помірно		
	значно часто		
19	Як часто ви испытывать негативні почуття, такі як погане настрій, відчай, тривога і депресія		
	рідко, незначно		
	іноді помірно		
	значно часто		
20	Чи потребуєте ви в психологічний допомоги та психологічний корекції свого стан		
	потребую психологічної консультація		
	потребую психологічної лікування		

21	Як впливає стан Вашого здоров'я на взаємодія з навколишньою природою і на можливості для активного відпочинку		
	не змінилося		
	стало значно важче фізично виїжджати або виходити до місць відпочинку і розвага		
	відсутня психологічна налаштованість і впевненість в корисності і ефективності при профзахворювання		
22	Ставлення до паління		
	курив багато, але давно кинув		
	курив багато, але кинув нещодавно		
	курю часто і багато (більше 20 штук в день)		
	курю мало за бажанням		
	не курю, але часто перебуваю з який курить		
23	Ставлення до алкоголю		
	вживаю іноді (1-2 рази в		
	місяць)		
	употребляю ежедневно		
24	Що ви робите для лікування та попередження погіршення стану свого здоров'я		
	відмовився від шкідливих звичка		
	змінив місце роботи		
	часто відпочиваю		
	користуюся методами нетрадиційної медицини		
	став строго дотримуватися вимоги здорового образу життя		
	став активно і регулярно		

	відвідувати медичні установи та оздоровчі центри		
	нічого не роблю		
	інше		
25	Оцініть характер вашої хворюючи		
	незначний біль, при важкого фізичного болю		
	помірний біль, при легкій фізичному навантаженні		
	виражена біль, в спокої, посилюється при русі		

26	Оцініть інтенсивність Вашого болю		
	має періодичний інтенсивний характер		
	має постійний інтенсивний характер		
27	Чи буває у вас біль в протягом ночі		
	короткочасний		
	стала		
28	Чи турбує Вас відчуття болю в спокої		
	дуже слабка		
	помірний		
	дуже сильна		
29	Чи виникає у вас відчуття болю при ходьбі		
	при проходженні певної відстані		
	біль виникає практично відразу		
30	Наскільки вам важко справлятися з болем і дискомфортом		
	легко справляюся		
	потрібно прикласти деякі зусилля		
	дуже важко, необхідний прийом лікарських препарат		
31	Чи використовуєте ви лікарський препарати для зняття		

	хворіючи		
	іноді		
	часто		
32	Який режим прийому лікарський препаратів для зняття хворіючи		
	рідко, тільки для зняття сильного болю		
	періодично, щоб мати можливість нормально виконувати повсякденні повинності		
	проходжу регулярно курс лікарської терапії для зняття болю і профілактики можливих ускладнень		
33	Як часто у вас виявляється виражене відчуття втоми в протягом дня		
	виявляється через 2-3 години виконання будь-якої роботи		
	проявляється до кінця робітника день		
	постійно маю почуття вираженої втоми		
34	Чи відзначаєте ви болю в хребет		
	іноді		
	часто		
35	Чи буває біль в шиї		
	іноді		
	часто		
36	Чи відзначаєте ви болю в ногах або суглобах при ходьба		
	іноді		
	часто		

37	Чи використовуєте ви додатковий		
----	---------------------------------	--	--

	засоби для пересування		
	тростина		
	милиця		
	ходунок		
	коляска		
38	Чи буває у Вас набряклість суглобів		
	іноді		
	часто		
39	Чи є у Вас деформація суглобів		
	зовсім незначна		
	помірна, визначається візуально		
	значна, заважає в повсякденній діяльності		
40	Чи турбують вас болю в колінних і тазостегнових суглобах		
	були раніше, останній рік не турбують		
	були раніше і є в теперішній час		
	виникли і турбують в останній рік		
41	Чи турбують вас болю в ліктьових суглобах і дрібних суглобах кистей і стоп		
	були раніше, останній рік не турбують		
	були раніше і є в		
	теперішній час		
42	Чи відзначаєте Ви у себе підвищення температури шкіри над суглобами		
	іноді		
	часто		
43	Чи турбує Вас "хрускіт" в суглобах при рух		
	іноді		
	часто		

44	Чи відзначаєте Ви у себе труднощі в русі рукою або ногою		
	ускладнено незначно		
	утруднений		
	великі труднощі при рух		
45	Чи є у Вас обмеження функції суглобів при виконанні фізичної роботи		
	легке обмеження, утруднення при виконанні тільки важкої фізичної роботи		
	помірне обмеження, утруднення при виконанні легкої фізичної роботи		
	виражене обмеження, неможливість виконання більшості видів діяльності		

Додаток 2

Таблиця 2

АНКЕТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ВИВЧЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я

Після лікування

№	Найменування	Номер позначення	Позначення	Примітка
1	П. І. Б.			
2	Як змінилося здатність виконувати звичну фізичну діяльність після перебування в санаторії			
	покращилася фізична діяльність			
	погіршилася фізична діяльність			
3	Чи турбуєтеся ви по приводу фізичних болів або дискомфорту			
	є незначне			

	занепокоєння			
	є значне занепокоєння і дискомфорт			
4	Як змінюється Ваше настрій протягом дня			
	незначно погіршується			
	часто різко погіршується			
5	Чи змінилося Ваше психологічний стан після приїзду в санаторій			
	незначно погіршився, з'явилася невпевненість, тривога, занепокоєння			
	не змінилося			
	поліпшитися			
	значно покращився			
6	Чи є у вас які або труднощі зі сном			
	порушений незначно, зрідка прокидаюся			
	порушений помірно, сплю 3- 5 годин			
	порушений значно, не можу спати без ліків			
7	Чи відзначали ви за останнім часом втрату апетит			
	іноді незначно знижений			
	помірно знижений			
	значна втрата апетит			
8	Чи бувають у Вас стани підвищеної дратівливості, плаксивості, запальності			
	рідко, незначно			
	іноді помірно			
	значно часто			
9	Як часто ви испытывать негативні почуття, такі як погане настрій, відчай, тривога і депресія			

	рідко, незначно			
	іноді помірно			
	значно часто			

10	Чи потребуєте ви в психологічний допомоги та психологічний корекції свого стан		
	потребую психологічний консультація		
	потребую психологічному лікуванні		
11	Чи проводилося психологічний корекція та лікування (індивідуальне або груповий)		
	іноді проводилося в поліклініка		
	іноді проводилося в стаціонар		
	не проводилося		
12	Чи змінилося ваше психологічний стан за період відпочинку в санаторії		
	не змінилося		
	залишається почуття невпевненості і занепокоєння		
13	Чи задоволені Ви обсягом і якістю психологічний корекції і лікування в період відпочинку в санаторій		
	задоволений проведенням корекції, але не задоволений результатом		
	зовсім не задоволений		
14	Як впливає стан Вашого здоров'я на взаємодія з навколишньою природою і		

	на можливості для активного відпочинку		
	не змінилося		
	стало значно важче фізично виїжджати або виходити до місць відпочинку і розваг		
	бути відсутнім психологічний налаштованість і впевненість у корисності і ефективності при профзахворювання		
15	Як часто ви отримуєте лікувальний оздоровчі та відновлювальний процедури в медичний установах з метою нормальний функціонування свого організму в протягом року		
	іноді отримую з метою профілактики та загального оздоровлення		
	самостійно при перших ознаках захворювання		
	іноді тільки по направлення лікаря з метою зменшення запальний процес і больових проявів		
	часто для зняття больових відчуттів і корекції патологічного процесу		

16	Наскільки вам важко справлятися з болем і дискомфорт		
	легко справляюся		
	потрібно прикласти деякі зусилля		
	дуже важко, необхідний		

	прийом лікарських препарат		
17	Чи відзначаєте ви болю в ногах або суглобах при ходьба		
	іноді		
	часто		
18	Чи використовуєте ви додатковий засоби для пересування		
	тростина		
	милиця		
	ходунок		
	коляска		
19	Оцініть Ваше настрій в даний час		
	іноді нервую		
	постійно відчуваю себе невпевнений, безперспективний, занепалим духом		
20	Дайте комплексну узагальнену оцінку медико-оздоровчої діяльності в санаторій		
	досить добре		
	задовільно, так як недостатньо якості та ефективності лікування		
	незадовільно через поганого рівня доступності, обсягу і якості медичної допомога		
21	Оцініть динаміку змін узагальненої характеристики вашого здоров'я та якості життя з урахуванням стану Вашого здоров'я		
	погіршився фізичний і психологічний		

	стан після виникнення захворювання		
	поліпшитися		
	погіршилися всі характеристики якості життя при захворюванні		
22	Які характеристики якості життя були змінені у вас за час проведення лікувально оздоровчих та реабілітаційних заходів в санаторій		
	значно покращилася фізична активність і працездатність		
	покращилася загальна психологічний стан		
	з'явилося відчуття радості одужання		
	став відчувати себе повноцінною людиною		
	значно покращилися сімейний взаємовідносини з подружжя		