

Козій Т.П. Вплив методів фізичної реабілітації на функціональний стан хворих після ендопротезування кульшового суглоба / Т.П. Козій, Є.А. Борович // Актуальные вопросы лечения патологии суставов и эндопротезирование: материалы четвертой Всеукраинской научно-практической конференции (Запорожье, 12-14 сентября 2019) / ЗГМУ, ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. профессора Ситенко». – Запорожье, 2019. – С. 40-42.

ВПЛИВ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ХВОРИХ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Козій Т.П., Борович Є.А.

Вступ. Проблема лікування коксартрозу є актуальною і пошук адекватних методів терапії заслуговує пильної уваги. Сучасні заходи консервативного лікування тільки призупиняють на деякий час прогресування патологічних деструктивно-дистрофічних змін у кульшовому суглобі, але не в змозі кардинально вплинути на перебіг захворювання. Ендопротезування кульшового суглоба є ефективним і часто єдиним способом відновлення втраченої функції кінцівки.

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

Для успішного біомеханічного відновлювання після ендопротезування кульшового суглоба вирішальну роль відіграє фізична реабілітація, яку розпочинають одразу після прийняття рішення про ендопротезування. У доопераційному періоді є важливим надати пацієнту відповідну кількість знань і вмінь, які будуть потрібними у післяопераційний період. З метою профілактики атрофій і контрактур застосовують фізичні вправи на збільшення рухливості в кульшовому суглобі та формують навички ізометричного напруження м'язів нижніх кінцівок. Велику увагу приділяють навчанню пацієнтів побутовим навичкам, спеціальним технікам дихання, самоконтролю при виконанні фізичних вправ. Для покращення крово- і лімфообігу хворої кінцівки проводять ручний лімфодренажний масаж. Фізична реабілітація осіб після ендопротезування суглоба є важливою, оскільки дозволяє зменшити період відновлення сили м'язів, які виконують рухи в кульшовому суглобі.

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

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

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

Відповідно до функціонального стану пацієнтів була складена програма реабілітації для кожного хворого. Реабілітаційне втручання розпочиналось з моменту поступлення пацієнтів в стаціонар і завершувалось в день виписки пацієнтів і, власне, в цей день проводилось контрольне обстеження. Програма фізичної реабілітації включала заняття з ЛФК, а після зняття швів пацієнтам призначалися фізіотерапевтичні процедури і масаж. Заняття в доопераційний період були спрямовані на навчання пацієнтів правильному

переміщенню в ліжку; розподілу ваги тіла під час ходьби; правильній моделі переміщення з технічними засобами; на профілактику виникнення можливих ускладнень. Заняття в післяопераційному періоді були спрямовані на зміцнення м'язів нижньої кінцівки; профілактику післяопераційних ускладнень; пристосування пацієнта до домашніх умов проживання; збереження навичок самообслуговування; пристосування серцево-судинної системи до фізичного навантаження.

Результати і висновки. Ефективність застосування програми ранньої фізичної реабілітації після ендопротезування кульшового суглоба визначали перш за все за ступенем регресу больового синдрому, оскільки саме біль при дегенеративних ураженнях суглобів є найбільш значущим проявом захворювання для самого пацієнта, що обмежує, або повністю унеможливорює рух в уражених суглобах і, тим самим, обумовлює якість життя.

До початку лікування і реабілітації хворих із коксартрозом діагностували різну ступінь вираженості больового синдрому: від помірного (5 балів) до сильного болю (9 балів), середній показник інтенсивності болю у хворих на коксартроз в доопераційному періоді за ВАШ становив $7,8 \pm 0,9$ балів. Наприкінці 3-х тижневого терміну лікування і реабілітації відмічали позитивну динаміку альгофункціонального стану хворих, на що вказувало значне зменшення показника суб'єктивного сприйняття болю до слабкого болю ($1,5 \pm 0,2^{***}$ балів).

За показниками гоніометрії спостерігали позитивну динаміку рухливості в ураженому кульшовому суглобі. В доопераційному періоді у хворих на коксартроз було виявлено значне обмеженою рухливістю в ураженому суглобі за рахунок зниження, як амплітуди згинання ($44 \pm 5,8^\circ$), так і амплітуди відведення ($15 \pm 0,5^\circ$) та приведення ($5 \pm 0,5^\circ$). Після заміни кульшового суглоба та курсу реабілітації можна стверджувати, що амплітуда рухів у суглобі збільшилась за всіма напрямками: відведення – до $20 \pm 0,5^\circ$, приведення – до $15,0 \pm 0,8^{*}$, але найбільш суттєві зміни рухливості відбулися в напрямку згинання стегна ($85 \pm 2,5^\circ$ ***).

Результати ММТ у хворих на коксартроз в доопераційному періоді показали значно знижену силу м'язів згиначів стегна (клубово-поперековий і чотириголовий м'язи), яка в середньому становила $2,8 \pm 0,5$ бала, абдукторів стегна (середній, малий сідничні м'язи і м'яз натягач широкої фасції) - $2,0 \pm 0,0$ бала, привідних м'язів стегна (великий, довгий, короткий привідні м'язи, тонкий і гребінчастий м'язи) - $2,6 \pm 0,3$ бала, і розгиначів гомілки - $2,8 \pm 0,4$ бала, що вказувала на ригідну м'язову атрофію. Після ендопротезування і курсу фізичної реабілітації показники сили м'язів стегна достовірно покращилися до $3,9 \pm 0,8^*$ балів – для м'язів згиначів стегна, $3,0 \pm 0,0^*$ балів – для відвідних м'язів стегна, $2,9 \pm 0,4$ балів – для привідних м'язів стегна і $4,0 \pm 0,0^*$ балів – для розгиначів гомілки.

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