

ЗМІНИ БІОМЕХАНІКИ ХРЕБТА ЯК ОСНОВА РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЗМІН В СТАНІ ОРГАНІЗМУ ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП З НАСЛІДКАМИ ДВОСТОРОННЬОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

Василь Кучер, аспірант

*Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника
Івано-Франківськ, Україна*

Анотація. Пацієнти похилого віку із наслідками двостороннього ендопротезування кульшових суглобів потребують реабілітаційної корекції змін у поперековому відділі хребта.

Ключові слова: двостороннє ендопротезування кульшових суглобів, реабілітація.

Вступ. Ендопротезування кульшового суглоба (КС) спричинило революцію в лікуванні хворих з кінцевою стадією остеоартрозу, що призвело до знеболювання, функціонального відновлення та значного поліпшення якості їхнього життя. Необхідною умовою при цій операції є потреба у відновленні опороспроможності кінцівки, рухливості та безболісності суглоба, а у осіб похилого віку, крім того, корекції асоційованих з віком порушень [1, 2].

Мета та завдання дослідження – вивчення та систематизація даних літератури з питань змін біомеханіки хребта осіб похилого віку з наслідками двостороннього ендопротезування кульшових суглобів як спрямування програми фізичної терапії.

Матеріал і методи дослідження. Аналіз даних літератури з питань змін біомеханіки хребта внаслідок ендопротезування кульшових суглобів.

Результати дослідження та їх обговорення. Поєднана патологія КС і попереково-крижового відділу хребта називається коксо-вертебральний синдром. У міру прогресування захворювання КС наростає обмеження рухів, виникає контрактура в вадного положенні кінцівки, що призводить до збільшення нахилу тазу, посилення поперекового лордоза і до функціонального укорочення кінцівки на стороні ураження [2].

При захворюваннях КС люмбалгія, ішіалгія зустрічаються в 95% випадків, а при остеохондрозі поперекового відділу хребта больовий синдром з порушеннями функції КС має місце в 10-15% випадків [3]. Виникнення дегенеративно-дистрофічного процесу в КС призводить до суттєвих порушень статичної та локалізації, вираженість яких залежить від давності та тяжкості захворювання. Різко знижена сила м'язів КС, що особливо відвідних. Внаслідок тривалості захворювання в цей процес залучаються й інші ланки опорно-рухового апарату, зокрема попереково-крижовий відділ хребта, з формуванням адаптаційно-компенсаторних перебудов функцій, анатомічних співвідношень.

Домінуючою ланкою, що поєднує патологічні процеси в КС та хребті, є зміни просторової орієнтації тазу з перерозподілом навантажень у КС, крижово-клубовому зчленуванні, поперековому сегменті, а також порушення топографо-



анатомічних взаємовідносин. Згинальна контрактура КС призводить до компенсаторного гіперлордозу поперекового відділу хребта, що може сприяти форамінальному стенозу. Крім того, сколіоз може стати причиною нахилу тазу та наступного нахилу вертлужної западини. Це у свою чергу може викликати недопокриття головки стегнової кістки та призвести до розвитку та прогресування артрозу, оскільки змінюється ступінь навантаження.

Після тотального ендопротезування КС нерідко прогресують симптоми ураження хребетного сегмента. Це проявляється больовим синдромом і часто нівелює результати артропластики, так як відновлення рухів у КС, зміна довжини і опороспроможності кінцівки після операції тотального ендопротезування веде до розриву сформованого функціонального стереотипу, зміни рухливості поперекового та хребта, регресу проявів. Якщо в клінічній картині домінує патологія КС, то артропластика, як правило, призводить до зменшення поперекових болів. У разі переважання патологічного процесу в хребті залежно від його стадії та клінічних проявів вищезазначені дії можуть не тільки не призвести до позитивного ефекту в лікуванні, а й посилити стан пацієнта. У такій ситуації часто першим етапом потрібне оперативне втручання на хребті. Найбільші труднощі виникають при рівноцінних патологічних змінах у КС та хребті [5].

Висновки. Біомеханічні зміни у поперековому відділі хребта є одним з патологічних факторів, які потрібно корегувати при виконанні реабілітаційних втручань у пацієнтів з наслідками двостороннього ендопротезування кульшових суглобів.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку полягають у визначенні геріатричної специфіки реабілітації пацієнтів похилого віку з наслідками двохстороннього ендопротезування.

Список використаної літератури

1. Aravitska Mariia, Saienko Olesia. The influence of physical therapy on indicators of locomotive syndrome in elderly persons with osteoarthritis of the knee and obesity. *Clinical and Preventive Medicine*. 2023. 4. 6-13. [HTTPS://DOI.ORG/10.31612/2616-4868.4\(26\).2023.01](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(26).2023.01)
2. Koval Nazar, Aravitska Mariia. Dynamics of kinesiophobia and physical functioning parameters in the elderly adults with sarcopenic obesity under the influence of the physical therapy program. *Clinical and Preventive Medicine*. 2023. 4. 88-95. DOI: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(26\).2023.13](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(26).2023.13)
3. Ben-Galim P, Ben-Galim T, Rand N, et al. Hip-spine syndrome: the effect of total hip replacement surgery on low back pain in severe osteoarthritis of the hip. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(19):2099-2102. doi:10.1097/BRS.0b013e318145a3c5
4. Yoon SH, Kim JH, Lee HJ, Kim KC. Change of Symptoms after Total Hip Arthroplasty in Patients with Hip-Spine Syndrome. *Hip Pelvis*. 2023;35(4):238-245. doi:10.5371/hp.2023.35.4.238
5. Ran TF, Ke S, Li J, et al. Relieved Low Back Pain after Total Hip Arthroplasty in Patients with Both Hip Osteoarthritis and Lumbar Degenerative Disease. *Orthop Surg*. 2021;13(6):1882-1889. doi:10.1111/os.13135

