УДК 615.82:616.72
Бучинський О.С.
Комунальне некомерційне підприємство «Консультативно-діагностичний центр Шевченківського району»
м. Київ, Україна

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБУ В УМОВАХ АМБУЛАТОРІЇ

Вступ. Плечовий суглоб – комплексна анатомічна структура, яка дозволяє виконувати рухи верхньою кінцівкою у різних площинах. Завдяки плечовим суглобам наші руки мають максимальну свободу руху. Плечовий суглоб здатний здійснювати рухи: паралельно тілу – згинання та розгинання; перпендикулярно тулубу – приведення і відведення; вертикально – поворот кінцівки назовні і всередину; кругове обертання. До функцій плеча відносяться згинання та відведення (елевація), розгинання та приведення («депресія»), утримання верхньої кінцівки у тулуба при перенесенні тяжких предметів та горизонтального переміщення (ротація, при рухах тулуба, наприклад, таких як переміщення тулуба у ліжку) тощо. До однієї з найважливіших функцій плеча (враховуючи прямоходіння людини) відносять елевацію, однак, для самообслуговування також необхідний великий об'єм ротаційних рухів. Тому дефіцит елевації та ротації відчувається пацієнтом у першу чергу. Встановлено, що пацієнт суб'єктивно відчуває різницю більше ніж 50% об'єму рухів на відміну від здорового плеча. є найбільш рухливим суглобом людського організму. Понад 50 % випадків патології плечового суглобу виникає у пацієнтів після сорока років. Ця патологія насамперед пов'язана з значними болісними відчуттями та обмеженнями руху у плечі. Основним симптомом патології плечового суглоба є біль різної інтенсивності, періодичності та локалізації. Відповідна патологія є досить поширеною. У пострадянських країнах вона

становить 6,43%, в США – 7%, а в Швеції – у 5,8% населення. З віком, частота проявів патологічних змін плечового зчленування збільшується [1, 2].Згідно нової класифікації, хронічна патологія плеча занесена до групи М75, яка нараховує 6 нозологічних одиниць:

М75.0. Адгезивнийкапсуліт плеча;

М75.1. Синдром здавлювання ротаційної манжети плеча;

М75.2. Тендиніт біцепса;

М75.3. Кальцифікуючийтендиніт плеча;

М75.5. Бурсит плеча;

М75.8. Інші пошкодження плеча [1, 2,4].

Саме тому, практикуючому фізичному терапевту необхідно працювати з довготривалими істотно вираженими контрактурами [1, 2].

Мета дослідження – розробити комплексну програму з фізичної терапії для пацієнтів з хронічною патологією плечового суглоба.

Матеріал і методи. На першому етапі дослідження проводився аналіз науково-методичної літератури вітчизняних та зарубіжних авторів з наукометричних баз Physiopedia, PEDro, MEDLINE, PubMed, що дозволило сформувати основну проблему, мету та завдання дослідження. На другому етапі дослідження проводили аналіз протоколів лікарських висновків про медичне обстеження; вивчено динаміку зміни об'єму рухів у плечовому суглобі при активному та пасивному згинанні, розгинанні та відведенні у пацієнтів; проаналізовано та відтворено методи фізичної терапії при плече-лопатковому періартриті. Третій етап передбачав створення комплексноїпрограми фізичної терапії для пацієнтів, що включає вправи з фізичної реабілітації, мануальні техніки мобілізації плечового суглоба з елементами концепту Маліган, методики PNF (proprioceptive neuro muscular facilitation), апаратні методики фізичної медицини (апаратна фізіотерапія)-електроімпульсна терапія (TENS), фонофорез с протизапальними препаратами та методика кінезіотейпінгу [3,4,6].

Перед початком дослідження пацієнтів було розподілено на дві групи: основну та контрольну. Кількість пацієнтів в кожній групі складала 10 осіб. Загалом в дослідження було залучено 20 осіб, які звернулися до реабілітаційного центру. Варто зауважити, що вихідні показники досліджуваних параметрів в обох досліджуваних групах статистично суттєво не відрізнялися ($p>0,05$).

В контрольній групі виконували стандартну програму оздоровчого центру [2], а основна група виконувала програму, розроблену безпосередньо автором. Експеримент тривав протягом 45 днів. Стан пацієнтів контролювався в кінці кожного етапу, тобто кожні 15 днів, з урахуванням таких показників як: рухова амплітуда плечового суглобу, самопочуття, наявність чи відсутність больових відчуттів, тощо.

Результати дослідження та їх обговорення. В результаті проведеного дослідження встановлено, що в основній групі середні показники активного згинання на початку складали 65±4,7° і були на 5° вищими у порівнянні з отриманими показниками у контрольній групи – 60±2,3. Наприкінці дослідження, тобто на 45-й день, по цим показникам нами було виявлено певні відмінності у показниках щодо основної (104±7,9), вище на 25° показники контрольної групи (79±7,1). Щодо показників основної групи, виявлено, що середні показники активного розгинання на початку становили 25±2,3, вони були на 8° вищими, в порівнянні з контрольною групою

В основній групі середні показники пасивного згинання на початку реабілітації складали 123±9,5, були на 3° вищими у порівнянні з контрольною групою – 120±8,8. На 45-й день цей показник в основній групі становив 151±9,4°, що було на 9° більше за показник в контрольній групі – 142±11,8°.

В основній групі середні показники відведення на початку були на 5° нижче, ніж в контрольній групі. Наприкінці дослідження, тобто на 45-й день, відведення в основній групі становило 150±11,4°, що було на 9° вище в порівнянні

з контрольною групою – 141±7,8°. Це вказує на збільшення ефективності експериментальної програми на 5-10% від стандартної. Збільшення амплітуди руху в суглобі зменшує шанс отримання повторного травмування або ускладнень наявних захворювань.

Висновки. Запропонована комплексна програма з фізичної терапії в поєднаннімануальної техніки мобілізації плечового суглоба з елементами концепту Маліган, методики PNF, апаратних методик фізичної медицини для пацієнтів з хронічною патологією плечового суглобу. Застосування цієї програми протягом 45 днів призводить до збільшення амплітуди руху в ушкодженому суглобі (збільшуються пасивне та активне згинання і розгинання, відведення). Ефективність запропонованої авторської програми фізичної терапії для пацієнтівз хронічною патологією плечового суглобу перевищує стандартну на 5-10%.

Список використаних джерел

1. Страфун С., Сергиенко Р. Адгезивныйкапсулитплечевогосустава. К.: Реферат, 2010. 120 с.
2. Котенко К.В., Епифанов В.А., Епифанов А.В., Корчажкина Н.Б. Заболевания и поврежденияплечевогосустава. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 384 с
3. Физиотерапия. Классическийкурс. Под редакцией StuartB.Porter (пер. с англ. под ред. Г.Н. Пономаренко) СПб.:Человек 2014.-764 с.
4. Dong W, Goost H, Lin X.B, et al. Treatments for shoulder impingement syndrome: a PRISMA systematic review and network meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2015 Mar;94(10):e510. doi: 10.1097/MD. 0000000000000510.
5. Farrell C.M, Sperling J.W, Cofield R.H. Manipulation for frozen shoulder: Long-term results. J Shoulder Elbow Surg. 2005 Sep-Oct; 14(5):480

6. Gebremariam L, Hay EM, van der Sande R, et al. Subacromial impingement syndrome – effectiveness of physiotherapy and manual therapy. Br J Sports Med. 2014 Aug;48(16):1202-8. doi: 10.1136/bjsports-2012-091802. Epub2013Nov 11.