УДК 615.859:616.379-008.64
Константинова І.А. [1], Чугун Д.В. [2]
[1] Фізичний терапевт, ерготерапевт, студія реабілітації INSPIRA
[2] Ортопед травматолог, КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня»

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

На сьогодні в Україні виконується в 10 разів менше від необхідного кількості операцій заміни суглобів, що обумовлено, в тому числі, і недостатнім розвитком виробництва якісних вітчизняних ендопротезів [1].

В силу анатомо-біомеханічних особливостей кульшового суглоба, його ушкодження відносяться до найбільш складної патології опорно-рухового апарату, корекція якої вимагає глибоких знань нормальної і патологічної анатомії, високої хірургічної майстерності ортопеда, повноцінної реабілітації, вміння прогнозувати долю оперованого суглоба і хворого. Ідеальний ендопротез кульшового суглоба повинен мати властивості, близькі до властивостей тих діляноккістки і хряща, які він заміщає. Тому, до поліпшення ефективності імплантату завжди призводять дії, спрямовані на поліпшення біосумісності використовуваних матеріалів, а також на наближення його біомеханічних властивостей до біомеханічних властивостей кістки [2].

На сьогоднішній день, розроблено дуже багато програм відновлення пацієнтів після ендопротезування, які включають передопераційну та післяопераційну підготовку, але кожна з цих програм відновлення не вирішує цілого ряду проблем, які існують до та залишаються після ендопротезування, такі як гіпотрофія м'язів ураженої кінцівки, контрактури, біль, стереотип ходьби [3]. До моментуоперації у хворого є тривалоіснуючий комплекс кістково-м'язової патології. Ситуація ускладнюється ще й тим, що ендопротези в

основній своїй масі створюються не індивідуально, а як універсально серійний виріб. Звідси зрозуміло, що реабілітація хворого, який переніс операцію тотального ендопротезування тазостегнового суглоба, перетворюється в непросте завдання [4]. Недарма, попри усунення больового синдрому і збільшення амплітуди рухів у оперованому суглобі, певна частина пацієнтів не може ходити без додаткових засобів опори. Біомеханіка ходьби залишається порушеною, і показники статико-динамічної функції змінюються відносно мало [1].

Однією з головних умов побудови адекватної програми фізичної реабілітації є вірна оцінка порушеної функції суглобу і аналіз можливих соціальних наслідків цього пошкодження для хворого[2]. Для оцінки рівнів наслідків травми у хворих існують різні шкали та опитувальники. Шкала W.H.Harris (1969), що прийнята в більшості країн світу для визначення функціональних показників кульшового суглоба. В системі W.H.Harris стан кульшового суглоба розглядається як сукупність 17 анатомічних і функціональних ознак, об'єднаних в 4 групи: біль, функція (в тому числі і функція ходьби), наявність кульгавості і амплітуда рухів в суглобі. Кожний показник має власну градацію, яка виражена в балах. Максимально можлива кількість балів – 42. Відповідно до шкали W.H. Harris знаходження враховуючих значень в інтервалі 81–100 балів вважається відмінним результатом, добрим – в інтервалі 61–80, задовільним - при значеннях 41-60 балів. У випадках нижче 40 балівпроведеної реабілітації вважається незадовільним[5].

Було обрано 11 хворих (7 жінок і 4 чоловіків), віком від 57 до 74 років яким було проведено ендопротезування кульшового суглобу. Запропонована реабілітаційна програма продовжує впроваджуватись в роботі КНП ХОР «Обласна клінічна лікарня». Пацієнтів було розділено на дві групи: контрольну- 6 та основну- 5 хворих. Хворі контрольної групи отримували стандартні методи та засоби фізичної реабілітації. За згодою, основна група, проходила додаткові процедури за розробленими індивідуальними програмами. Результати досліджень представлені в таблиці 1 та таблиці 2.

Таблиця 1

Результати досліджень в основній групі

	Пацієнт 1	Пацієнт 2	Пацієнт 3	Пацієнт 4	Пацієнт 5
Стан до операції	11	47	47	15	19
Через 3 місяці	53	65	57	48	63
Через 6 місяців	63	73	63	70	75
Через рік	83	87	81	91	92

Таблиця 2

Результати досліджень в контрольній групі

	Пацієнт 1	Пацієнт 2	Пацієнт 3	Пацієнт 4	Пацієнт 5	Пацієнт 6
До операції	47	43	7	8	8	33
Через 3 місяці	60	54	47	47	46	50
Через 6 місяців	65	61	54	65	62	55
Через рік	89	79	71	80	70	62

Оцінка результатів фізичної терапії після ендопротезування кульшового суглоба свідчить про достовірно високий рівень клінічних і біомеханічних показників. Внаслідок індивідуальної програми реабілітації і помірного дозованого навантаження на оперовану кінцівку компенсаторні механізми формуються більш рівномірно при збільшенні швидкості руху і ефективності його перебудов. Повне відновлення рухливості суглоба можливе лише при комплексній дії кількох методів реабілітації, різновидів їх форм та засобів. Дії цих засобів координуються між собою, підсилюють вплив одне одного. Розроблені комплекси ЛФК, які виконують пацієнти під наглядом фізичного терапевта мали на меті як коротко, так і довгострокові цілі. Наявність слабкості м'язів, обтяжене зменшеним важелем абдукторів стегна призводить до значної несиметричності кроків і як слід -кульгавості. Через це хворі скаржаться на відчуття дискомфорту у суглобах нижніх кінцівок та попереку. Впровадження ранньої реабілітації не лише збільшує рівень адаптації організму до фізичного навантаження, а й покращує якість життя [6].

Список використаних джерел:

1. Фізична реабілітація хворих в передопераційною періоді при тотальному ендопротезуванні кульшового суглобу / О. О. Глиняна //Науково-практичний журнал «Спортивний вісник Придніпров'я». — 2009. -№ 2−3. — С. 198−200.

2. Комплексна фізична реабілітація після тотального ендопротезування кульшового суглобу / О.О. Глиняна //Теорія і методика фізичного виховання і спорту. Науково-теоретичний журнал. – 2009. – №1. – С. 31-35.

3. Скляренко Є.Т. Травматологія і ортопедія: Підручник / Є.Т. Скляренко. – К.: Здоров'я, 2005. – 384 с.

4. Sarmiento A. The future of our specialty / A. Sarmiento // Acta Orthop. Scand. 2000. – Vol.71, No. 6. – P. 574 – 579.

5. Нуждин В.І., Попова Т.П., КудіновО.А. Тотальне ендопротезування кульшового суглоба // Вісник травматології і ортопедії ім. Н.Н. Приорова. 2000. - № 1. - С. 4-7.

6. Помилки, небезпеки і ускладнення при ендонротезуванні кульшового суглоба і їх попередження: Метод, реком. / Упорядковано Н.В. Корнілов, В.І. Карпця та ін. С-Пб .: ППМІ, 2005. - 28 с.