

УДК 615.8-616.728.2-018.3-007.24

Латогуз С.І.¹, Луценко Є.Ю.²

¹канд.мед.наук, доцент, Харківський національний медичний університет

²асистент, Харківський національний медичний університет

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ З КОКСАРТРОЗОМ

Вступ. У загальній структурі захворювань суглобів коксартрози (остеоартрози тазостегнових суглобів) посідають друге місце після гонартрозів за частотою захворюваності та перше за ступенем інвалідизації. За статистикою інвалідність, пов'язана з коксартрозом, становить серед непрацездатних громадян, які страждають на хвороби суглобів, близько 20–30% [1, с. 92; 2, с. 83].

Велику роль у лікуванні коксартрозу займає відновне лікування, що включає медикаментозну терапію (нестероїдні протизапальні, вазоактивні препарати, хондропротектори, вітаміни), лікувальну фізкультуру (ЛФК), масаж, мануальну терапію, фізіопроцедури. На пізніх стадіях захворювання показано хірургічне лікування з тотальним ендопротезуванням кульшового суглоба [3, с. 11; 4, с. 81].

Мета роботи полягає у розробці оптимальної схеми фізичної реабілітації хворих на коксартроз.

Матеріал та методи. Експериментальну групу склали 12 осіб віком від 56 до 61 років. Всі пацієнти страждали на коксартроз 3-ї стадії та були проліковані із застосуванням комплексної методики, розробленою нами. Групу контролю склали 13 осіб віком від 33 до 79 років, які страждають на коксартроз 3-ї стадії та щодо яких була застосована традиційна схема лікувальної гімнастики.

Оцінка функціонального статусу проводилася з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ; у см), альгофункціонального

індексу Лекена (у балах), больового опитувальника МакГілла (ранговий індекс болу та кількість обраних слів у сенсорній, афективній та еволютивній шкалах), тесту Харріса (у балах). Для оцінки тяжкості перебігу коксоартрозу, визначення специфічних симптомів та обмеження функцій суглобів використаний індекс WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) із загальноприйнятною шкалою.

В експериментальній групі заняття проводили згідно з руховим режимом пацієнтів – постільний, пататний, вільний.

При постільному режимі виключалися осьові навантаження на суглоб, пацієнтові пропонувалося пересуватися на милицях. Масаж колінного суглобу не проводили, тому що його не можна було навантажувати. Гімнастика проводилася в положенні лежачи.

У підгострій стадії захворювання, коли пацієнт переводиться на пататний режим, активність комплексу лікувальної фізкультури посилювалася. Тривалість занять – 20–30 хв. Крім того, пацієнти самостійно щодня виконували ряд простих вправ в положенні лежачи, сидячи, стоячи на здоровій нозі.

На вільному руховому режимі пацієнти займалися у залі з використанням додаткових предметів, тренажерів. Гімнастика проводилася у положеннях лежачи, сидячи, стоячи. Заняття тривали 30–60 хв. 3 рази на тиждень, також проводилися щоденні самостійні заняття пацієнтів.

Результати та їх обговорення. Порівняння ефективності терапії проводилося між хворими, що проходили лікування із застосуванням оригінального комплексу фізичних вправ та традиційної лікувальної фізкультури (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка оцінки клінічної симптоматики в осіб, що страждали на коксоартроз, у процесі відновного лікування

Симптом	Використаний тест	Експериментальна група (оригінальна методика)		Контрольна група (загальна методика)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Біль	Візуально-аналогова шкала (см)	5,8±0,2	2,4±0,1	5,9±0,4	4,9±0,4
	Індекс Лекена (бали)	5,4±0,1	2,9±0,1	5,9±0,4	5,2±0,5
	Тест Харріса (бали)	26,5±0,7	12,7±1,1	18,5±2,2	11,5±1,5

Продовження Таблиці 1

Біль	Шкала WOMAC (бали)	236,8±11,1	116,3±10,4	257,5±23,3	210,8±22,9
	Опитувальник Мак-Гілла (ранг)	22±1,1	15,9±1,6	24,1±2,7	22,1±2,7
Скүтість	Шкала WOMAC (бали)	98,3±7,0	43,3±4,8	103,2±13,3	86,2±9,8
Функція	Шкала WOMAC (бали)	790,7±66,1	397±31,4	881,0±94,1	769,2±87,6
	Індекс Лекена (бали)	8,3±0,9	5,6±0,7	9,8±0,7	8,6±0,9
	Тест Харріса (бали)	30,0±1,4	37,4±1,8	29,1±2,2	30,7±2,5

Висновки:

1. Наші дослідження показали, що ефективніше всього з такими проявами коксартрозу як біль, скүтість та функціональне порушення опорно-рухового апарату справляється методика авторів дослідження.

Список використаних джерел

1. Shah K, Yang X, Lane J.C.E., Collins G.S., Arden N.K., Furniss D, Filbay S.R. Risk factors for the progression of finger interphalangeal joint osteoarthritis: a systematic review. *Rheumatol Int.* 2020;40(11):1781-92.

2. Allen K.D., Golightly Y.M. State of the evidence. *Curr Opin Rheumatol.* 2015;27(3):276-83.

3. Матюшенко Д.О., Хаймик Н.В., Мозоль А.О., Ковтун А.В. Патології суглобів з точки зору реабілітаційної медицини: проблеми та перспективи. *Молодий вчений.* 2017;4(44): 208-11.

4. Неведомська Є.О., Писарев О.О. Фізична реабілітація при артрозі тазостегнового суглоба. *Молодий вчений.* 2018;10(62):477-81.