

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З КОКСАРТРОЗОМ ТА «HIP-SPINE SYNDROME»

Сеник А.О., Ткачук М.В.

*Національний університет фізичного виховання і спорту України,
Київ, Україна*

Ключові слова: *коксартроз, фізична терапія, «hip-spine syndrome»*

Вступ. Коксартроз є однією з найпоширеніших дегенеративних патологій опорно-рухового апарату, що призводить до поступового зниження рухливості, хронічного болю, порушення ходи та інвалідизації. За даними сучасних епідеміологічних досліджень, поширеність остеоартрозу кульшового суглоба зростає з віком і є однією з провідних причин зниження функціональної незалежності в осіб старшої вікової групи. Унаслідок старіння населення та збільшення частоти метаболічних порушень прогнозується подальше зростання кількості пацієнтів із коксартрозом.

Особливу клінічну та наукову значущість має феномен “hip-spine syndrome”, який характеризується одночасною наявністю дегенеративних змін кульшового суглоба та поперекового відділу хребта. Поєднання цих патологій створює складну клінічну картину, що включає взаємний вплив суглобових і спінальних дисфункцій, перехресний больовий синдром, виражені біомеханічні порушення, асиметрію ходи та компенсаторні зміни постави. Це суттєво ускладнює діагностику, визначення джерела болю та вибір оптимальної тактики лікування.

З огляду на те, що як коксартроз, так і дегенеративні зміни хребта мають прогресуючий характер, своєчасна та правильно організована фізична терапія є ключовим компонентом комплексного лікування. Вона сприяє зменшенню болю, покращенню м'язового балансу, відновленню контрольованої рухливості, корекції порушених рухових стереотипів, оптимізації ходи та профілактиці подальшого структурного погіршення. Доведено, що цілеспрямована фізична терапія може відтермінувати хірургічне втручання або покращити результати тотального ендопротезування кульшового суглоба.

Водночас у сучасній клінічній практиці спостерігається недостатня кількість стандартизованих, доказово обґрунтованих реабілітаційних програм саме для пацієнтів із поєднаним коксартрозом і “hip-spine syndrome”. Нерідко втручання орієнтовані лише на окремий сегмент – кульшовий суглоб або хребет, що не враховує їх біомеханічної взаємо-

залежності та може призводити до неповної або неефективної корекції порушень. Також залишається актуальною проблема міждисциплінарної взаємодії між ортопедами, нейрохірургами, фізичними терапевтами та лікарями ФРМ.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної терапії для пацієнтів із поєднаним коксартрозом і «hip–spine syndrome».

Результати. Комплексна програма фізичної терапії для пацієнтів із поєднаним коксартрозом і «hip–spine syndrome» спрямована на корекцію порушень у двох взаємозалежних анатомо-функціональних сегментах - кульшовому суглобі та поперековому відділі хребта. Така взаємодія зумовлена єдністю біомеханічного ланцюга «таз – хребет – нижня кінцівка», у межах якого дегенеративні зміни одного сегмента викликають компенсаторні порушення в іншому. Тому розроблена програма передбачає одночасний вплив на суглобові, м'язові та нейромоторні компоненти патології, а також включає освітній компонент, спрямований на формування правильних рухових стратегій.

Гострий і підгострий період (0–4 тижні). На початковому етапі головною метою є купірування больового синдрому, зменшення запалення та створення умов для безпечного руху. Фізична терапія включає застосування дозованих мобілізаційних вправ для кульшового суглоба і поперекового відділу хребта, які виконуються у межах безболісного діапазону. Особливе значення надається корекції м'язового спазму, що часто спостерігається у *m. iliopsoas*, *m. piriformis* та *m. quadratus lumborum*. Проводиться навчання пацієнта правильним рухам, уникненню провокуючих позицій і компенсаторних стереотипів. Ізометричні вправи для активації глибоких м'язів стабілізаторів (*m. transversus abdominis*, *m. gluteus medius*) формують базу для подальшої нейром'язової перебудови. Коригуються порушення ходи, включаючи довжину кроку та патерн навантаження на нижні кінцівки.

Функціональний період (4–12 тижнів). Цей етап спрямований на відновлення повноцінних рухових функцій, нормалізацію біомеханіки тазу і поперекового відділу хребта, покращення сили та витривалості м'язів, а також на відновлення стабільності. Включаються вправи на відновлення обсягу рухів, розтягування укорочених м'язів (особливо *m. iliopsoas* і задньої групи стегна), а також мобілізаційні техніки для кульшового суглоба. Значне місце посідають силові вправи з прогресивним навантаженням, які спрямовані на м'язи-стабілізатори тазу та тулуба. Нейром'язовий контроль відновлюється через вправи на

баланс і координацію, які поступово ускладнюються за рахунок нестійких платформ. Відпрацьовуються патерни ходи, оскільки саме у пацієнтів із «hip–spine syndrome» часто формується анталгічна, асиметрична хода з обмеженою фазою опори.

Етап відновлення повної функціональної здатності (3–6 місяців). Фокус цього періоду полягає у формуванні стійких моторних навичок, необхідних для виконання побутових, професійних і спортивних навантажень. Використовуються вправи, що інтегрують рухи кульшового суглоба та попереку у єдині функціональні патерни, такі як присідання, підіймання з опорою, крокові рухи, повороти тулуба. Прогресивні силові тренування сприяють відновленню симетричної роботи м'язів нижніх кінцівок та тулуба, а також запобігають подальшому прогресуванню дегенеративних змін. Програма доповнюється кардіореспіраторними тренуваннями низької інтенсивності, які покращують витривалість і знижують загальний біль. На завершальному етапі формуються індивідуальні рекомендації для самостійної роботи пацієнта з метою профілактики рецидивів.

Висновки. У ході теоретичного узагальнення та розробки комплексної програми фізичної терапії для пацієнтів із коксартрозом та «hip – spine syndrome» було встановлено, що поєднані дегенеративні зміни кульшового суглоба та поперекового відділу хребта суттєво ускладнюють клінічну картину, формують взаємно обтяжувальний патобіомеханічний вплив та зумовлюють високу частоту хронізації больового синдрому. Виявлено, що традиційні підходи до лікування, спрямовані на ізольовану корекцію патології кульшового суглоба або поперекового відділу хребта, є недостатньо ефективними через відсутність урахування складної кінематичної взаємодії між цими сегментами.

Розроблена комплексна програма фізичної терапії охоплює три ключові етапи: гострий/підгострий, функціональний та етап відновлення повної активності. Кожен з них має чітко визначені цілі, засоби та критерії переходу, що забезпечує індивідуалізацію втручань та підвищує їх ефективність. Особливу увагу приділено формуванню правильних рухових стратегій, стабілізації тазу та поперекового відділу хребта, відновленню симетрії ходи й запобіганню рецидивам.

Література

1. Grammatopoulos G., Speirs A.D., Ng K.C., et al. The association between hip osteoarthritis, low back pain and spinopelvic mechanics: a systematic review. *Bone Joint J.* 2019;101-B(7): 1–9.
2. Prather H., Van Dillen L., Kymes S. et al. Hip and lumbar spine physical examination findings in people presenting with low back pain, with or without lower extremity pain. *PM&R.* 2017;9(8): 735–745.
3. Зінченко О.М., Бондаренко О.В., Лісовий П.М. Особливості фізичної реабілітації пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями кульшового суглоба. *Медична реабілітація, курортологія та фізіотерапія.* 2020;4:32–37.