

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА У ВІДДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Ячник С.П., Кравченко В.Г., Баяндіна О.І., Барабаш С.В.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", Київ, Україна

Вступ. Ендопротезування плечового суглоба стає все більш актуальним методом хірургічного лікування, оскільки у важких випадках – це єдиний спосіб лікування, здатний відновити функціональну спроможність ушкодженої кінцівки [1]. Показаннями до ендопротезування можуть бути: некроз голівки плечової кістки, тяжкі переломи хірургічної шийки плечового суглобу, фрагментарні переломи голівки плечової кістки, артрози плечового суглобу при ревматоїдному артриті [3, 4].

Як би якісно не була проведена операція, без спеціальних вправ плечовий суглоб може швидко втратити свою рухливість, тому особливо важливо з перших днів відновного лікування розпочати комплексну програму фізичної терапії, від якої залежать як функціональні показники оперованої кінцівки, так і можливість повернення пацієнта до повноцінного життя [2, 3].

Мета дослідження – оцінити ефективність застосування засобів фізичної терапії у пацієнтів після ендопротезування плечового суглоба у віддаленому післяопераційному періоді.

Методи дослідження. За період з 2006 по 2019 роки було відібрано та обстежено 26 пацієнтів після тотального та однополюсного ендопротезування плечового суглобу у відділенні мікрохірургії та реконструктивно - відновній хірургії верхньої кінцівки ДУ «ІТО НАМН України». Пацієнти, що відбирались до досліджувальних груп, не мали значних післяопераційних ускладнень. Всі пацієнти після періоду іммобілізації, починаючи з 2-го етапу реабілітаційного періоду (5-7 тижнів) проходили відновне лікування у відділенні реабілітації і були розподілені на основну та контрольну групи. Контрольна група (КГ, n=12) займалась кінезіотерапією за стандартною методикою із застосуванням блокової системи, також пацієнти КГ отримували процедуру пасивної розробки амплітуди рухів в плечовому суглобі та процедуру електроміостимуляції. Основна група (ОГ, n=13) проходила заняття з кінезіотерапії за новою методикою та пасивну розробку амплітуди рухів в плечовому суглобі з елементами постізометричної релаксації та процедуру електроміостимуляції.

Результати дослідження та їх обговорення. Реабілітація після ендопротезування плечового суглоба складалась з 3-х етапів.

1-ий етап - відразу після операції до 4-6 тижнів. На цьому етапі ОГ та КГ виконували ідентичну програму реабілітації. Іммобілізація - відразу після оперативного втручання одягалася відвідна шина для верхньої кінцівки. Обмеження: внутрішня ротація заборонена, зовнішня ротація до 20°, згинання і відведення в плечовому суглобі до 90°.

2-ий етап 5-7 тижнів. Знімання відвідної шини. Обмеження: ротація зовнішня та внутрішня до 40°, згинання і відведення в плечовому суглобі до 90°. Заборонено підйом ваги оперованою рукою.

Контрольна група на 2-му етапі реабілітації виконувала вправи за стандартною методикою на блоковій системі – 3-4 рази в день по 10 повторень. Пасивну розробку амплітуди рухів в плечовому суглобі за допомогою реабілітолога виконували як в основній так і в контрольній групі – 1 раз в день.

Основна група виконувала комплекс вправ за новою методикою, спрямованою на збільшення амплітуди руху в плечовому суглобі та покращенні м'язового тонуусу стабілізаторів плечового суглобу. Вправи виконувались за допомогою гімнастичної палиці з вихідного положення «лежачи на спині», виключаючи таким чином протидію сили тяжіння. Це сприяло зменшенню больового синдрому і полегшувало виконання вправ. Вправи були спрямовані на покращення згинання (флексії), відведення (абдукції), та зовнішньої ротації в плечовому суглобі, підйом лопатки при виконанні вправ

попереджували за допомогою ременю. Вправи виконували 5-6 разів на день. За один підхід кожену вправу виконували 10-15 разів в динаміці, завершували заняття статичним утримання оперованої кінцівки в крайній точці амплітуди при флексії, абдукції та зовнішній ротації плечового суглоба (15-20 секунд утримання - 5 повторень).

Наприкінці курсу фізичної терапії (2-го етапу реабілітації, з 5-го по 7-ий тиждень) в КГ показники активної абдукції в оперованому плечовому суглобі становили $61,9 \pm 1,4$, тоді як в ОГ $75,8 \pm 2,7$, що на $13,9^\circ$ краще від показників в КГ (рис. 1).

Показники активної флексії в оперованому плечовому суглобі в КГ дорівнювали $67,3 \pm 5,6^\circ$, тоді як в ОГ ці показники становили $83,9 \pm 2,1^\circ$, що на $16,6^\circ$ більше від показників в КГ (рис.2).

Показники болю за ВАШ в момент активного згинання в плечовому суглобі в КГ становили на початку програми реабілітації $6,2 \pm 0,9$, в ОГ становили $6,3 \pm 1,1$, наприкінці курсу реабілітації в КГ показники становили $5,3 \pm 0,7$, тоді як в ОГ $3,2 \pm 0,9$, що свідчить про значне зменшення показників больового синдрому (в ОГ на 2,1 бали краще показник в порівнянні з КГ).



Рис. 1. Динаміка показників абдукції по результатам гоніометрії Примітки: відмінності між ОГ та КГ достовірні при * - $p < 0,05$



Рис. 2. Динаміка показників флексії по результатам гоніометрії Примітки: відмінності між ОГ та КГ достовірні при * - $p < 0,05$

Результати і висновки. Застосування програми кінезитерапії за новою методикою (вправи з гімнастичною палицею з вихідного положення «лежачи на спині» задля виключення сили тяжіння, що сприяє зменшенню больового синдрому), яка проводилась в ОГ, сприяла досягненню кращих показників амплітуди руху в оперованому плечовому суглобі ніж в КГ, що дає підстави для впровадження її до реабілітаційного протоколу лікування.