

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ДИСПЛАСТИЧНИМ КОКСАРТРОЗОМ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Олійник-Алдушина Є.О.

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна

Ключові слова: *реабілітація, фізична терапія, ендопротезування кульшового суглоба.*

Вступ. Враховуючи статистичні данні на 2025 рік диспластичний коксартроз (ДК) займає до 25% випадків захворюваності кульшового суглоба, з них 60% складає одnobічне ураження і 20% двобічне. Перші прояви з'являються поступово у проміжок 30-40 років. Жінки хворіють у сім разів частіше за чоловіків. Причини виникнення ДК є як ендогенними, так і екзогенними. Генетична схильність, пошкодження чи травмування області кульшового суглоба, хондродисплазії, інфекційно-запальні захворювання в області кульшового суглоба, усе це є первинним пусковим механізмом захворювання. З тисячі хворих кожен 2-3 пацієнт потребує ендопротезування кульшового суглоба при ДК, також динаміка цього процесу має тенденцію до збільшення. На сьогоднішній день визнано що ендопротезування кульшового суглоба при диспластичному коксартрозі є ефективним методом медичної реабілітації. Проте важливо зазначити що одночасно із диспластичними змінами в кульшовому суглобі починаються зміни і в поперековому відділі хребта. В комбінації такі зміни є взаємообтяжуючими, та супроводжуються стійкими комбінованими контрактурами, болем, що формує суглобовий синдром.

Реабілітаційний процес хворих на ДК. Підхід до реабілітаційних заходів при диспластичному коксартрозі є комбінованим та мультидисциплінарним. Ортопедичні підходи включають в себе методики удосконалення хірургічного втручання та удосконалення конструкції ендопротезів. Проте питання реабілітаційних заходів в контексті профілактики можливих ускладнень після встановлення імпланта, та за для його подальшого ефективного функціонування є не менш актуальним.

Мета роботи. Вдосконалити процес фізичної терапії пацієнтів на диспластичний коксартроз при ендопротезуванні кульшового суглоба.

Матеріали та методи. У групу були включені пацієнти, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в період з 2022 по 2024 рік. До групи увійшли 66 пацієнтів, з них 7 чоловіків і 59 жінок. Співвідношення по статі склало 1: 8,4. Середній вік склав $50,1 \pm 10,2$ років (28-69). У 33 (50%) пацієнтів процес носив односторонній характер. У 33 (50%) пацієнтів були уражені обидва суглоби. З них 17 пацієнтів за період спостереження прооперовані з обох боків. У 6 хворих операція виконана на другому суглобі, 10 пацієнтів прооперовані з одного боку, маючи з іншої диспластичний коксартроз. Всього в досліджуваній групі прооперований 83 кульшових суглоба. Інтервал між операціями склав 5 міс.

Всім пацієнтам виконано обстеження до операції. В післяопераційному періоді пацієнти обстежувалися на момент виписки зі стаціонару - через 10-14 діб після операції, потім через 6-8 тижнів, через 6 місяців і 1 рік після операції.

Враховуючи те що реабілітаційні заходи важливі з перших днів після оперативного втручання розрахунок йде на те що пацієнт зможе їх виконувати навіть у лежачому положенні. Дихальні вправи є невід'ємною частиною принципів реабілітації, тому з них і варто починати роботу. В лежачому положенні пацієнт виконую рух в плечовому суглобі підіймаючи руки від тулуба вгору до голови, рух складає 180° .

Знаходячись в горизонтальному положенні пацієнт намагається притиснути підколінну ямку до поверхні ліжка і затриматись на 5 секунд, під час виконання в роботу долучається чотириохголовий м'яз стегна на великий сідничний м'яз.

Згинання по-черзі неоперованої та оперованої кінцівки в колінному та кульшовому суглобі також допомагає у відновленні руху з оперованого боку. Також замість цієї вправи можна використовувати спеціальне роботизоване обладнання для механотерапії нижніх кінцівок.

Рухи стопами симетрично обома кінцівками по направленню до себе та від себе є профілактикою тромбозу, що також є важливим ускладненням після ендопротезування.

Ізометричне напруження чотириохголового м'язу стегна із утриманням на 5 секунд, та ізометричне напруження м'язів сідниць також на 5 секунд.

Розгинання почергове здорової і прооперованої кінцівки, перед початком кінцівки згибаються в колінному суглобі, стопи приводяться

ближче до тулуба, під коліна вкладається валик, пацієнт почергово спираючись задньою поверхнею стегна на валик виконує розгинання в колінному суглобі із затримкою в 5 секунд. Виконується вправа почергово здоровою і прооперованою кінцівкою.

Відведення кінцівки з протидією, прооперована кінцівка відводиться в бік не більше ніж на 45° із паралельним невеликим тиском відповідної руки на бічну поверхню стегна із затримкою на 3 секунди, та поверненням до лінії 0° .

Відведення прооперованої кінцівки верх, не більше ніж на 20° лежачи на здоровому боці із валиком між колінами та затримкою на 3-5 секунд.

Відведення прооперованої кінцівки вперед, не більше ніж на 20° лежачи на здоровому боці із валиком між колінами та затримкою на 3-5 секунд. Всі вправи виконуються із першого дня після ендопротезування кульшового суглоба при диспластичному коксартрозі в середньому темпі, 10 повторень.

Висновки. Запропонована методика реабілітаційних втручань дозволяє зміцнити сідничний м'яз та м'язи стегна, задля стабілізації кульшового суглоба, та м'язи стопи та гомілки за для покращення кровотоку та профілактики набряку. Дата методика враховує вік пацієнтів, їх об'єктивно обґрунтований фізичний стан на тлі тривалого процесу розвитку дисплазії кульшового суглоба, та наявність вторинних, супутніх змін опорно-рухової системи які виникали під час розвитку захворювання.