**Сивенко О. Л.1, Калюжка А. А.2**

**ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ РОЗРОБЛЕНОГО ЛІКУВАЛЬНО – РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО КОМПЛЕКСУ У ПАЦІЄНТІВ З ПЛАНТАРНИМ ФAСЦИЇТОМ НА ТЛІ ЕКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦІЙНОГО ОЖИРІННЯ**

**1КНП «Міська поліклініка №6» ХМР, м. Харків**

**2Харківський національний медичний університет, м. Харків**

В умовах сучасного динамічного розвитку суспільства зростає кількість пацієнтів з ортопедичною патологією стоп. Плантарний фасціїт (синдром п’яткової шпори) вважається найбільш частою причиною розвитку больового синдрому в проекції плантарної поверхні п’яткової області. За статисткою, скарги на біль даної локалізації складають 15 % від всіх скарг, з якими звертаються за медичною допомогою пацієнти з патологією стоп. Переважно це жінки працездатного віку (40 - 45 років). Серед основних факторів ризику виникнення плантарного фасциїту є структурно-функціональні деформації стоп, фізичне перевантаження, ожиріння.

**Мета.** Розробити лікувально-реабілітаційний комплекс для терапії пацієнтів з плантарним фісциїтом на тлі екзогенно-конституційного ожиріння застосуванням преформованих фізичних чинників.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням знаходились 24 жінки, середній вік (41±1,5 років), направлені ортопедом-травматологом на лікування в фізіотерапевтичне відділення КНП «Міська поліклініка №6» ХМР з приводу плантарного фасциїту, зі скаргами на біль в проекції плантарної поверхні п’яткової області, з рентгенологічно підтверженою «п’ятковою шпорою». Пацієнтки приймали призначену медикаментозну терапію. Хворі були розділені на дві групи. В першу групу входило 14 жінок, котрим окрім медикаментозного лікування застосовувався комплекс фізіотерапевтичного впливу, що включав мікрохвильову терапію, діадинамотерапію, інтерференцтерапію, ультрафонофорез 1 % гідрокортизонової мазі та аплікації озокериту. Ця група також консультована ендокринологом та виконувала рекомендації з приводу корекції екзогенно-конституційного ожиріння I-II ступеня (ІМТ 30-38 кг/м2). Додатково в лікувальну програму включено індивідуальний комплекс лікувальної гімнастики, масаж та скипидарні ванни.

Основними скаргами хворих були біль в проекції плантарної поверхні п’яткової області при ходьбі, обмеження рухової активності. Пацієнтами був скорегований режим харчування зі зменшенням калорійності - дієта зі зниженою енергетичною цінністю (1000-1200 ккал/добу) за рахунок зменшення кількості жиру та вуглеводів. Вплив мікрохвильової терапії (апарат «Луч -3 (СМВ -20-3)» проводився кожного дня, в дозуванні 6 Вт впродовж 10 хвилин, курсом 10 процедур. Діадинамотерапія застосовувалась модуляціями коротким та довгим періодом по 3 хвилини зі зміною полярності, всього 10 сеансів з одночасним впливом паравертебрально згідно сегментарної зони модуляціями двофазного струму та короткого періоду впродовж 2-3 хвилин. Лікування продовжувалось із включенням ультразвукової терапії (аппарат «УЗТ-101»), по лабільній методиці, стабільному режимі, 0,8-1,2 Вт/см2, контактне середовище 1% гідрокортизонова мазь, 6-10 хвилин, кожного дня, курсом 10 процедур. Також проводилась інтерференцтерапія (апарат «МИТ-ЭФ2») з частотою 100 Гц, 10 хв., кожного дня, курс 10 процедур. З проміжком часу (1 година) застосовувались аплікації озокериту на стопу температурою 50 СО, 20 хв., через день, 10 – 12 процедур. Призначався також індивідуальний курс лікувальної фізкультури у вигляді загальних та спеціальних вправ з урахуванням супутнього аліментарного ожиріння, курс масажу по 25 -30 хвилин, через день. Хворим застосовувалась також бальнеотерапія: скипидарні ванни з білої емульсії (за схемою) температурою 36-38 СО, 10 - 15 хвилин, курсом 14 ванн, через день.

Пацієнтки контрольної групи (10 жінок) одержували лише медикаментозну терапію. Групи були ідентичними за віком, статтю та супутньою патологією. Оцінку результатів лікування проводили за допомогою опитувальника візуально - аналогової шкали (ВАШ).

**Результати.** Лікування було ефективним, про що свідчить зменшення больового синдрому, покращення функції ходьби та рухової активності в усіх пацієнтів, які знаходилися під нашим спостереженням, але більш значущий результат – у пацієнток першої групи 12 (86%), у порівнянні з другою групою – 4 (40%). Разом з цим, в більш ранні строки відчутне зменшення больового синдрому зазначили 13 пацієнтів (93%), які одержували фізіотерапевтичне лікування, бальнеотерапію, комплекс лікувальної фізкультури та масаж у порівнянні з хворими контрольної групи – 2 (20%).

Катамнестичне дослідження, що проводилося через 6 місяців після курсу лікування, свідчило про відновлення звичного рухового режиму в більш ранні строки у пацієнтів, які одержували лікувально-реабілітаційний комплекс.

**Висновки.** Розроблений лікувально-реабілітаційний комплекс, що включає комбіноване застосування мікрохвильової терапії, діадинамотерапії, ультразвукової терапії, інтерференцтерапії, аплікацій озокериту, скипидарних ванн та лікувальної фізкультури дозволяє отримати виражений терапевтичний ефект, зменшує больовий синдром, відновлює звичайну рухову активність, що покращує якість життя пацієнтів працездатного віку з плантарним фасциїтом.