**ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА**

**FEATURES OF EARLY REHABILITATION AFTER HIP ARTHROPLASTY**

¹Павлова Т.М., ²Якімова А.В.

¹Pavlova T.M., ²Yakimova Anna

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

**Анотація.** Розглянуто проблему фізичної реабілітації пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу. Розроблено алгоритм послідовного застосування засобів фізичної реабілітації на післяопераційному етапі. Результати дослідження довели необхідність застосування алгоритму фізичної реабілітації після ендопротезування кульшового суглобу.

**Ключові слова:** кульшовий суглоб, ендопротезування, фізична реабілітація.

**Abstract.** Algorithm of rehabilitation after primary endoprosthesis of the hip joint. The problem of the physical rehab of the patients after the endoprosthesis of the hip joint has been examined. Algorithm of the consecutive use of the means of physical rehabilitation on the post operation phase is elaborated. Results of the research proved the necessity of applying the algorithm of the physical rehabilitation after the endoprosthesis of the hip joint.

**Key words:** hip joint, endoprosthesis, physical rehabilitation.

**Вступ.** Маючи широкі функціональні можливості, кульшовий суглоб зазнає значних динамічних та статичних навантажень, забезпечуючи гармонію руху людини. При розвитку патології в суглобі виникають тяжкі функціональні розлади всієї нижньої кінцівки, що призводить згодом до порушень в усьому опорноруховому апараті.

До моменту операції у хворого є тривало існуючий комплекс кістково-м’язової патології. Ситуація ускладнюється ще й тим, що ендопротези в основній своїй масі створюються не індивідуально, а як універсально серійний виріб. Звідси зрозуміло, що реабілітація хворого, який переніс операцію тотального ендопротезування тазостегнового суглоба, перетворюється в непросте завдання. Недарма, попри усунення больового синдрому і збільшення амплітуди рухів у оперованому суглобі, певна частина пацієнтів не може ходити без додаткових засобів опори. Біомеханіка ходьби залишається порушеною, і показники статико-динамічної функції змінюються відносно мало [1].

**Мета дослідження.** Покращення реабілітаційного забезпечення оперованих внаслідок ендопротезування кульшового суглоба вимагає безперервної розробки комплексів фізичних вправ для підвищення ефективності відновлювальних заходів пацієнтів.

**Матеріали та методи.** Значна поширеність захворювань і травм кульшового суглоба, стійкість порушень функцій суглоба, яка супроводжується тривалою втратою працездатності, перетворює медичну та фізичну реабілітацію при цій патології у важливу проблему охорони здоров’я.

На сьогоднішній день, розроблено дуже багато програм відновлення пацієнтів після ендопротезування, які включають передопераційну та післяопераційну підготовку, але кожна з цих програм відновлення не вирішує цілого ряду проблем, які існують до та залишаються після ендопротезування, такі як гіпотрофія м’язів ураженої кінцівки, контрактури, біль, стереотип ходьби [2].

Після операції пацієнта переводять до лікарняної палати. Між ніг розміщується V - подібна клиновидна подушка. Вона утримує новий кульшовий суглоб у відведеному положенні. Після операції пацієнт виконує комплекс дихальних вправ. Дуже важливо робили вправи кожні 2 години. Глибоке дихання сприяє профілактиці пневмонії та інших ускладнень, які можуть уповільнити відновлення і продовжити час перебування в лікарні[3].

**Мета фізичної реабілітації** відновлення і підтримання повного діапазону рухів колінного і кульшовому суглобах, зміцнення м’язів кульшового суглоба, відновлення нормальної ходи і профілактика ускладнень з боку серцевосудинної, травної та дихальної систем.

Принципами її проведення повинні ставати:

 максимально ранній початок проведення;

 безперервність, послідовність і комплексний характер проведених заходів;

 індивідуальний підхід до кожного пацієнта — лікувальні заходи повинні проводитися за прийнятою схемою, але можуть коригуватися в залежностівід стану прооперованої людини [4].

 З метою профілактики тромбоемболії хвору кінцівку перед ходьбою бинтуємо еластичним бинтом від стопи до паху.

З метою зменшення гематоми після ендопротезування на місце рани прикладаємо контейнер з льодом 5 разів по 20-30 хв. після кожного разу 30 хв перерва. Після стихання болю починаємо вправи для відновлення обсягу рухів в кульшовому, колінному і гомілковостопному суглобах.

Починаємо з пасивної гімнастики, вона проводиться фізичним терапевтом для визначення діапазону руху в колінному і кульшовому суглобах. При необхідності фізичний терапевт може проводить кожен день пасивну гімнастику, але краще пацієнтові давати комплекс активних вправ змушувати самостійно їх виконувати під контролем фізичного терапевта. Спочатку, діапазон рухів, особливо кульшового суглоба обмежений через набряк і біль. Для зниження набряку ноги слід утримувати в підвищенному положенні.

Виконуємо вправи на всі групи мязів. Литковий м'яз виступає в ролі насоса венозної крові і сприяє запобіганню застою крові в венах. Вправи для гомілковостопного суглоба допомагають підтримувати силу м'язів, а також уповільнюють тугорухливість при згинанні гомілковостопного суглоба, сприяють профілактиці тромбоутворень.

Ізометричні вправи для чотириголового м'яза, призначають з метою зміцнення м'язів, які утримують колінний суглоб. Ізометричні вправи для сідничних м'язів підтримують їх тонус і силу. Виконуємо ізометричні напруги з затримкою на 3-4 сек. з поступовим збільшенням до 5-7 сек., кількість скорочень до 1 тис. на день.

Ліжко пацієнта повинно бути рухливим, обов'язкова наявність балканської рами, для полегшення пересування пацієнта в ліжку, самообслуговування і зміцнення верхнього плечового пояса оскільки пацієнту доведеться пересуватися на милицях або ходунках. Пацієнту після операції дозволяється переміщатися по ліжку на спині вгору і вниз (відштовхуючись ліктями і допомагаючи неопероваою кінцівкою). Після зменшення больових відчуттів фізичний терапевт навчає пацієнта самостійно вставати з ліжка[5].

Процедури лімфодренажного масажу були спрямовані на підсилення кровообігу у зоні ушкодженого суглобу, зменшення больових відчуттів, зняття напруги м'язів, зменшення їхньої гіпотрофії, сприяння нормальному відновленню обсягу рухів [6].

Отримані результати Виходячи з результатів проведеного дослідження можна сказати, що алгоритм фізичної реабілітації є невід’ємною частиною у відновленні пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу. Послідовне та упорядковане застосування методів та засобів фізичної реабілітації сприяло покращенню стану пацієнта, особливо біомеханічні показники.

**Висновки.** Розроблені комплекси ЛФК, які виконують пацієнти під наглядом фізичного терапевта мали на меті як коротко-так довгострокові цілі. Наявність слабкості м’язів, обтяжене зменшеним важелем абдукторів стегна призводить до значної несиметричності кроків і як слід -кульгавості. Через це хворі скаржуться на відчуття дискомфорту у суглобах нижніх кінцівок та попереку. Впровадження ранньої реабілітації не лише збільшує рівень адаптації організму до фізичного навантаження, а й покращити якість життя.

**Список літератури.**

1. Курбанов С.Х. Индивидуальная реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренного сустава. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / С.Х. Курбанов. – СПб., 2009. – 39 с.

2. Комплексна фізична реабілітація після тотального ендопротезування кульшового суглобу / О.О. Глиняна //Теорія і методика фізичного виховання і спорту. Науково-теоретичний журнал. – 2009. – №1. – С. 31-35.

3. Скляренко Є.Т. Травматологія і ортопедія: Підручник / Є.Т. Скляренко. – К.: Здоров’я, 2005. – 384 с.

4. Sarmiento A. The future of our specialty / A. Sarmiento // Acta Orthop. Scand. 2000. – Vol.71, Nо. 6. – P. 574 – 579.

5. Асилова, С.У. & Рузибаев, Д.Р. (2015). Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных и инвалидов после эндопротезирования тазобедренного сустава. Гений ортопеди, 2, 36-39.

6. Фізична реабілітація хворих в передопераційною періоді при тотальному ендопротезуванні кульшового суглобу / О.О. Глиняна //Науково-практичний журнал «Спортивний вісник Придніпров'я». — 2009. -№ 2−3. — С. 198−200.

**Information about the Authors/Відомості про авторів**

1. **Павлова Тетяна Михайлівна,** канд. мед. наук, доцент кафедри спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини, фізичної терапії та ерготерапії, Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна.

**Pavlova T.M.,** сandidate of Medical Sciences, Associate Professor of Sports, Physical and Rehabilitation Medicine, Physical Therapy and Occupational Therapy, Kharkiv National Medical University, Kharkov, Ukraine.

**email:** pavlova816@gmail.com

2**. Якімова Анна Володимерівна,** студентка Харківського Національного Медичного Університету, м. Харків, Україна.

**Yakimova Anna,** student of Kharkiv National Medical University, Kharkov, Ukraine.

**email:** Yakimova.an@gmail.com