



Однак після 4 місяців були виявлені позитивні зрушення, щодо усіх складових оцінки, хоча спостерігалася вірогідна різниця результатів ОГ порівняно із КГ. Так, рівень самообслуговування (персональний догляд, функціональна активність, соціальна діяльність) пацієнти основної групи оцінили  $8,23 \pm 2,31$  бали, тоді як КГ – лише у  $5,99 \pm 2,96$  балів ( $p > 0,05$ ). Щодо продуктивності діяльності (наявність оплачуваної або неоплачуваної роботи, ведення домашнього господарства, школа або гра), то між оцінками ОГ та КГ ( $7,85 \pm 3,45$  та  $4,33 \pm 2,56$  балів відповідно,  $p > 0,05$ ), встановлено відповідну вірогідну різницю в 5,54 бали. Аналогічна тенденція відносно груп порівняння ОГ і КГ спостерігалася щодо сфери дозвілля (спокійний відпочинок, активна рекреація і соціалізація), що видно з рис. 1.8.

**Висновки.** Первинні вивихи та підвивихи плечового суглоба часто провокують його нестабільність, і в подальшому можуть трансформуватися в хронічну. Неefективне консервативне лікування потребує оперативного втручання, після якого обов'язково показана фізична терапія. Її спрямовують на розширення обсягу рухів у плечовому суглобі та збільшення сили м'язів плеча, які забезпечують його стабільність. Оцінка розробленої нами програми фізичної терапії для чоловіків оперованих з приводу нестабільності плечового суглоба, за представленими результатами говорить про її ефективність. Це підтверджується тим, що усі функціональні показники та оцінка діяльності у пацієнтів ОГ мала вірогідну позитивну різницю порівняно із отриманими результатами групи КГ.

#### Література

1. Паздніков РВ. Анкерна стабілізація капсули в разі передньої травматичної нестабільності плечового суглоба [дисертація]. Харків, 2017. 163 с.
2. Міжнародна класифікація функціонування, обмежень, життєдіяльності та здоров'я. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/uploads>

Ясир І.М.,  
Лянна О.В.

Yasir I.M.  
Lyanna O.V.

#### FEATURES OF REHABILITATION PROGRAMMING IN PRIMARY COXARTHROSIS IN THE POST-ACUTE REHABILITATION PERIOD

*The article considers the features of rehabilitation programming in primary coxarthrosis in the post-acute rehabilitation period, which are aimed at restoring the functioning of the affected hip and lower extremity on the basis of the International Classification of Functioning, Limitation of Life and Health.*

**Key words:** coxarthrosis, IFF, after acute period, degenerative disease, intervention, domain.

#### ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОГРАМУВАННЯ ПРИ ПЕРВИННОМУ КОКСАРТРОЗІ У ПІСЛЯГОСТРОМУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ



*У статті розглядаються особливості реабілітаційного програмування при первинному коксартрозі у післягострому реабілітаційному періоді, які спрямовані на відновлення функціонування ураженого кульшового суглобу та нижньої кінцівки на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я.*

**Ключові слова:** коксартроз, МКФ, після гострий період, дегенеративне захворювання, втручання, домен.

Коксартроз – це деформуючий артроз кульшового суглоба, що розвивається внаслідок вроджених та дегенеративно-дистрофічних захворювань кульшового суглоба. Дистрофічний процес починається з суглобового хряща. В результаті відбувається його стоншення і порушуються амортизаційні властивості. Коксартроз може виникати як наслідок дисплазії кульшового суглоба або вродженого вивиху стегна, асептичного некрозу головки стегнової кістки, хвороби Пертеса, запального процесу або внаслідок перенесеної травми (забій, вивих, перелом, мікротравма). Коксартроз може бути одностороннім або двостороннім [5].

Первинний коксартроз належить до гетерогенних розладів, причина яких досі остаточно не зрозуміла. За сучасними дослідженнями визначено, що розвиток первинного коксартрозу відбувається внаслідок поєданого впливу різних біологічних та механічних факторів, таких як метаболічні розлади, генетична або спадкова схильність, вік, аномалії розвитку судин, наявність надмірної ваги та несприятливих факторів середовища та праці, а також супутніх захворювань [1]. Особливості кодування захворювання за Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям наступне: M16 – коксартроз; M16.0 – первинний коксартроз; M16.2 – коксартроз внаслідок дисплазії двосторонній; M16.3 – інші диспластичні коксартрози; M16.4 – посттравматичний коксартроз двосторонній; M16.5 – інші посттравматичні коксартрози; M16.7 – інші вторинні коксартрози [3].

Цілями фізичної терапії при первинному коксартрозі є: усунення порушень для полегшення функціонування пацієнтів, збільшення їх активності та участі у суспільному житті, а також покращення якості життя в цілому. Реабілітаційне втручання пацієнтів засноване на загальновідомих принципах: ранній початок втручання на фоні досягнення у пацієнта адекватного рівня аналгезії за рахунок мультимодального використання як різних фармакологічних засобів, так і немедикаментозних методів, безперервність, наступність, послідовність, комплексність, обґрунтованість, а також індивідуальний підхід, мультидисциплінарний характер, тривалість до збереження позитивної динаміки.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Корекція дефектів хряща кульшового суглобу при коксартрозі часто вимагає проведення складних хірургічних операцій і тривалого періоду реабілітації. Тому провідні науковці світу розробляють альтернативні методи відновлення цього суглобу, а саме застосування фізичної терапії для попередження операційних втручань. Питаннями реабілітації при артрозі



кульшового суглобу займалися такі дослідники як: С. Бубновський, І. Котешева, Ю. Кальниболоцький, Д. Матюшенко, В. Yatsevskiy, Ye. Nevedomska та ін.

*Мета дослідження* – розглянути особливості реабілітаційного програмування при первинному коксартрозі у післягострому реабілітаційному періоді на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я.

*Об'єкт дослідження* – функціональний стан ураженого кульшового суглобу та нижньої кінцівки.

*Предмет дослідження* – реабілітаційне програмування при первинному коксартрозі у післягострому реабілітаційному періоді.

*Методи дослідження:* використано теоретичний аналіз науково-методичної літератури з визначеної проблематики, порівняння та узагальнення даних, зіставлення різних поглядів на проблему дослідження.

*Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів.*

Довготривалий реабілітаційний період первинного коксартрозу починається при виявленні стійкого обмеження життєдіяльності або при хронічному перебігу хвороби, що потребує переважно реалізації стратегії компенсації та реадаптації. Інтенсивність реабілітаційної допомоги переважно низька. Реабілітаційна допомога високої інтенсивності має надаватись періодично з метою підтримки оптимального рівня функціонування пацієнта. Реабілітація протягом довготривалого реабілітаційного періоду проводиться в амбулаторних умовах фахівцями з фізичної терапії, які надають реабілітаційну допомогу самостійно. Періодично можливе надання реабілітаційної допомоги високої інтенсивності мультидисциплінарною командою в стаціонарних реабілітаційних закладах або в мобільному режимі в інших закладах охорони здоров'я в стаціонарних умовах [7].

Проведення реабілітаційного втручання на основі МКФ передбачає використання базових МКФ-наборів та засобів:

1. Базовий МКФ-категорійний набір при первинному коксартрозі – набір категорій доменів структур, функцій, активності та участі МКФ, у яких виникають порушення та обмеження, характерні для первинного коксартрозу.

2. Лист індивідуального МКФ-профілю – набір категорій доменів МКФ, порушення та обмеження яких виникли у пацієнта, із зазначенням ступеня виразності обмежень шляхом внесення значень показника категорій доменів.

3. Таблиця (програма) МКФ-реабілітаційного втручання включає в себе вказівку фахівців мультидисциплінарної реабілітаційної команди, набір категорій доменів МКФ із зазначенням показника категорій доменів, порушень і обмежень, що виникли у пацієнта, а також перелік інтервенцій фізичної терапії, показаних для застосування на даному реабілітаційному етапі.

4. МКФ-реабілітаційний дисплей – набір категорій доменів МКФ пацієнта з первинним коксартрозом із зазначенням показника категорій доменів порушень та обмежень на початку та по завершенню реабілітаційного втручання.



Базовий набір МКФ-кодів для проведення реабілітаційного обстеження при первинному коксартрозі включає категорії МКФ-доменів, порушення та обмеження яких є провідними дезадаптуючими життєдіяльністю при даній патології, і на які необхідно спрямувати реабілітаційний вплив [4].

За значеннями показника категорій доменів структур, функцій, активності та участі проводиться оцінка реабілітаційного потенціалу, реабілітаційного прогнозу, формування індивідуального реабілітаційного маршруту та індивідуальної програми фізичної терапії, з урахуванням можливостей факторів середовища, спрямованих на підвищення рівня фізичної та соціальної адаптації.

Оцінка рівня реабілітаційного прогнозу та реабілітаційного потенціалу є вихідним моментом для подальшого здійснення процесу фізичної терапії при первинному коксартрозі. Рівень реабілітаційного прогнозу та реабілітаційного потенціалу визначає мету, завдання, стратегію та тактику реабілітаційного втручання при первинному коксартрозі, а також можливість їх реалізації.

Первинний відбір пацієнтів з первинним коксартрозом для проведення фізичної терапії на лікувально-реабілітаційному етапі, а після його завершення для направлення на медичну реабілітацію в стаціонарних умовах клінічної лікарні у ранньому відновлювальному періоді здійснюють лікарі травматологічних відділень стаціонарів, лікарі ФРМ.

Реабілітація первинного коксартрозу – довготривалий і трудомісткий процес. Важливо, щоб реабілітаційне втручання включало різні підходи, адже тільки комплексне застосування заходів фізичної терапії здатне дати по-справжньому стійкий і якісний результат; зберегти рухливість кульшових суглобів і максимально продовжити функціонування пацієнтів. Традиційні схеми лікування цього захворювання, як правило, включають:

- кінезотерапію (групові та індивідуальні заняття);
- ерготерапію;
- фізіолікування (усі види електролікування, лазеро-, бальнеотерапія, теплолікування – озокерит, парафін);
- масаж, апаратний масаж, гідромасаж;
- голкорексфлексотерапію;
- психотерапію;
- мануальну терапію;
- технічні засоби реабілітації;
- медикаментозну терапію.

При формуванні реабілітаційних програм враховується необхідність трьох напрямів реабілітаційного впливу: комплексний вплив на організм, особистість пацієнта з первинним коксартрозом та фактори навколишнього середовища. Вплив на організм передбачає відновлення порушених функцій та обмежень життєдіяльності. Вплив на особистість пацієнта має на меті оптимізацію його психологічних взаємин. Реабілітаційний вплив на довкілля досягається шляхом



створення режиму найбільшого сприяння реалізації збережених можливостей життєдіяльності та соціальної адаптації пацієнта [4].

Фізична терапія застосовується для відновлення або компенсації дефекту, підвищення функціонального резерву організму та адаптаційних можливостей у пацієнтів з первинним коксартрозом та має спрямованість на відновлення опороздатності кінцівки, сили м'язів, біомеханіки рухів.

Психологічні методи реабілітації мають на меті відновлення оптимального особистісного та середовищного статусу пацієнта: формування у пацієнта стійкої мотивації на реабілітацію та працю, створення позитивного емоційного фону у процесі реабілітації, зниження гостроти сприйняття незворотних дефектів, вирішення середовищних проблем, психологічна адаптація до конкретної середовищної діяльності або необхідної зміни професії [6].

*Висновки.* Заходи фізичної терапії у пацієнтів із первинним коксартрозом повинні бути спрямовані не тільки на найбільш повне відновлення рухової активності, нормалізацію функціонування пошкодженої кінцівки, а також запобігання оперативного втручання.

*Перспективи подальших досліджень* полягають в обґрунтуванні та розробці алгоритму програми фізичної терапії пацієнтів з первинним коксартрозом у післягострому реабілітаційному періоді та експериментальній його перевірці в умовах реабілітаційного відділення клінічної лікарні.

*Список використаної літератури:*

1. Коваленко В.М. Ревматичні захворювання в Україні: стан проблеми та шляхи вирішення. Український ревматологічний журнал. 2012. № 3 (49). С. 84–86.
2. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз: практическое руководство. – 2-е изд., перераб. и доп. Киев: Морион, 2005. 592 с.
3. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>
4. Смычек В.Б., Осипов Ю.В. Метод проведения медицинской реабилитации при посттравматических артрозах суставов конечностей на основе международной классификации функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. Минск, 2015. 16 с.
5. Стасевич Н.Ю., Саркисов К.А., Смыслов И.Н., Учайкин Ю.Н. Остеоартроз тазобедренного сустава как медико-социальная проблема здравоохранения. Клинический опыт Двадцатки. 2015. № 2 (26). С. 48–51.
6. Физическая терапия больных остеоартрозом: клинические рекомендации. Научн. об-во. физ. реаб. мед. Москва, 2015. 44 с.
7. Bartels E.M., Bliddal H., Schondorff P.K., Altman R.D., Zhang W., Christensen R. Symptomatic efficacy and safety of diacerein in the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage*. 2010. № 18 (3). P. 289–96.