



Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014, №9(3). С. 55–58.

4. Официальный сайт МКБ-10 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.com/b/62>

5. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей. Киев; 2007. 280 с.

6. Страфун С.С., Тимошенко С.В. Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости. Киев; 2015. 308 с.

7. Agnew S.P., Ljungquist K.L., Huang J.I. Danger zones for flexor tendons in volar plating of distal radius fractures. J. Hand Surg. Am. 2015, №40(6). С. 1102–1105.

Шевцов Д.О.,
Бугаєнко Т.В.

Shevcov D.O.,
Buhaienko T.V.

RESULTS OF IMPLEMENTATION OF THE MEN'S PHYSICAL THERAPY PROGRAM AFTER SURGICAL TREATMENT OF SHOULDER JOINT INSTABILITY

The shoulder joint is one of the most functional and at the same time the least stable joint in the musculoskeletal system. Violation of the integrity and function of dynamic and / or static stabilizers of the shoulder leads to its instability. This pathology requires conservative or surgical treatment, after which physical therapy is indicated. The results of testing the program of physical therapy for men after surgical treatment of instability of the shoulder joint confirm its effectiveness, which is confirmed by the level of recovery of impaired functions.

Key words: instability, shoulder joint, results, program, physical therapy.

РЕЗУЛЬТАТИ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Плечовий суглоб є одним з найбільш функціональних і в той же час найменш стабільним суглобом в системі опорно-рухового апарату. Порушення цілісності та функцій динамічних та/або статичних стабілізаторів плеча призводить до його нестабільності. Дана патологія потребує консервативного або оперативного лікування, після яких обов'язково показана фізична терапія. Результати апробації програми фізичної терапії чоловіків після оперативного лікування нестабільності плечового суглоба підтверджують її ефективність, що підтверджується рівнем відновлення порушених функцій.

Ключові слова: нестабільність, плечовий суглоб, результати, програма, фізична терапія.

Постановка проблеми. Плечовий суглоб є найбільш функціональним суглобом в тілі людини. Разом з тим, така функціональність суглоба є однією з



основних причин його нестабільності. Якщо структура і функції стабілізаторів плеча не порушені, плече є стабільним та контрольованим. Найчастіше нестабільність плеча обумовлюється його травмуванням, і в меншій мірі, патогенетичними змінами в структурі вказаного суглоба.

Нестабільність плеча часто є результатом попереднього вивиху суглоба. Згідно даних Р. В. Пазднікова, частота розвитку нестабільності плечового суглоба після первинного травматичного вивиху головки плечової кістки коливається в межах від 27 до 84% випадків.

Повторні вивихи не тільки призводять до болі та порушень функцій, але й можуть спричиняти подальші травми плеча та призводити до його артриту. Після вивихів, зв'язки які утримують плече в суглобовій ямці можуть залишатися розтягнутими або занадто розслабленими, і відповідно, не можуть в належній мірі забезпечувати його стабільність.

Немає єдиного способу лікування нестабільності плеча. Головним у цьому питанні є раннє звернення до медичної установи, з метою запобігання подальших ускладнень, таких як руйнування хрящів плечового суглоба або сухожилля ротаторної манжети.

Першим кроком у лікуванні нестабільності плечового суглоба є консервативні заходи. Одним із поширених варіантів консервативного лікування є фізична терапія. У тих випадках, коли консервативне лікування нестабільності плеча, не дало бажаного результату, показано оперативне лікування. Після хірургічного втручання пацієнти обов'язково спрямовуються на фізичну терапію, без якої повноцінне відновлення порушених функцій не можливе.

Мета нашої роботи полягає в описі результатів впровадження програми фізичної терапії чоловіків після оперативного лікування нестабільності плечового суглоба.

Організація дослідження. До участі в експерименті було залучено 17 пацієнтів, серед яких 8 чоловіків були включені до основної групи та 9, відповідно, до контрольної групи. Основним критерієм включення особи до експерименту було визначено оперативне лікування нестабільності плечового суглоба. Програма фізичної терапії була розроблена відповідно до вимог Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), і включала в себе засоби фізичної терапії, які були розподілені за категоріями «структура» і «функції» та «діяльність» і «участь» в межах 3-х періодів реабілітації (гострого, підгострого, відновлювального). Основними засобами втручання за першою категорією було визначено кінезотерапію, лікувальний масаж, кріотерапію, апаратну фізіотерапію, позиціонування кінцівки; за другою категорією – кінезотерапію, індивідуальні види заняттєвої активності та компенсаторну стратегію. Програма впроваджувалася на базі змішаного реабілітаційного відділення «Слобжанщина» Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня №5» Сумської міської ради.

Викладення основного матеріалу та обґрунтування отриманих результатів. Аналіз історій хвороб та опитування пацієнтів показали, що основними причинами нестабільності плечового суглоба вони вважають попереднє його



травмування, найчастіше в підлітковому та юнацькому віці. Так, третина пацієнтів, а саме 34,5%, зазначили, що вперше травмувалися саме в підлітковому віці. Рецидив вивиху плеча, у даному випадку, можемо пов'язати з тим, що у цей віковий період відбувалося максимальне видовження трубчастих кісток і суглобово-зв'язковий апарат був нестабільним. Іншою, за поширеністю, серед причин рецидиву вивиху плеча, визначено зволікання пацієнтів зі зверненням до медичної установи, для отримання першої допомоги. Так, 23,4% опитаних, вказали на те, що під час первинного травмування, тривалий час зволікали зі зверненням за відповідною медичною допомогою, терплячі біль і порушення функцій у руці. 12,3% осіб тематичної групи, в ході бесіди, нестабільність свого плеча пов'язали з неправильною іммобілізацією при первинному вивихі, її загальною тривалістю та способом знеболення плечового суглобу. 29,8% обстежених типовою причиною рецидиву визначили нове травмування, найчастіше саме падіння на руку або ривкоподібне виконання роботи із підніманням ваги тощо (рис. 3.1).

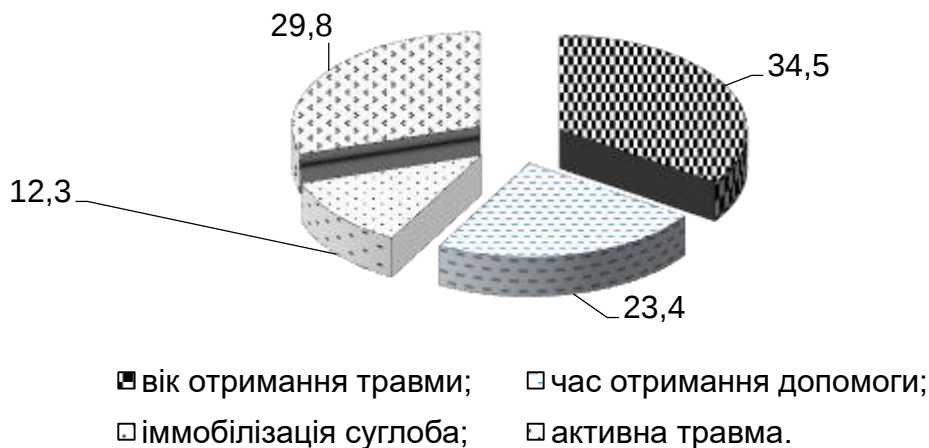


Рис. 1.1 Характеристика клінічних чинників етіології нестабільності плечового суглоба серед обстежених (%)

В ході уточнення етіології та патогенезу пацієнтів з нестабільністю плечового суглоба, для розробки максимально ефективної програми фізичної терапії, було виокремлено особливості анамнезу обстежених. Встановлено, що больові відчуття, які супроводжували травмований суглоб, змушували людину постійно перебувати в ощадливій позі. Попереднє консервативне лікування очікуваних результатів не дало. Досягнутий консервативним лікуванням результат, був не довготривалим і не стабільним. Ускладнення починалися у пацієнтів відразу після виписки завершення лікарняного періоду, коли вони поверталися до своїх побутових та професійних обов'язків.

Враховуючи той факт, що одним з найбільш гнітючих симптомів при нестабільності суглоба, є гострий біль, який порушує нормальне життя людини, знижує його якість, в тому числі через поганий нічний сон, першим завданням було визначено



зниження рівня больового синдрому засобами фізичної терапії. Оцінка рівня больового відчуття проводилася протягом всього курсу реабілітації у пацієнтів основної (ОГ) та контрольної (КГ) груп за візуальної аналоговою шкалою (ВАШ). Перше оцінювання рівню болю було визначено ще на початку курсу (до операції), потім контрольний зріз проведений через 1 місяць після операції та по завершенню курсу. Порівняльний аналіз динаміки зниження гостроти болю у представників ОГ порівняно із КГ ($p > 0,05$), говорить на користь розробленої нами програми фізичної терапії. Так, наприкінці курсу середній показник гостроти болю у пацієнтів ОГ становив 0,94 бали, у той час як у пацієнтів КГ – 2,45 бали, що на 1,51 бали гірше ніж в ОГ (рис. 1.2).

Основним показником ефективності розробленої програми, нами було визначено, міру відновлення обсягів рухів у оперованому плечовому суглобі на основі проведеної гоніометрії. Так, на початку курсу у пацієнтів було наявним суттєве зниження ротації плечового суглоба. При чому, цей показник був порівняно однаковим в ОГ та КГ, і відповідно, становив $5,01 \pm 3,24^\circ$ та $5,29 \pm 3,26^\circ$.

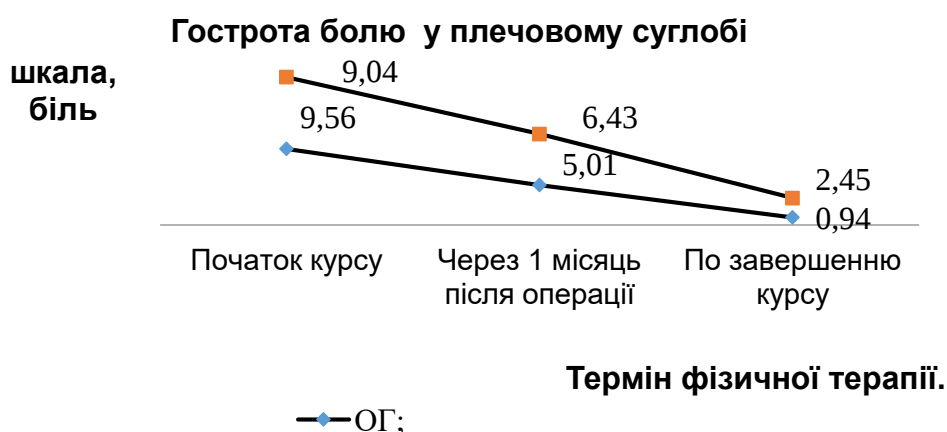


Рис. 1.2 Динаміка змін гостроти болю серед пацієнтів груп порівняння на різних етапах лікування та фізичної терапії (оцінка, абс. значення)

Вже через 1 місяць активного впровадження в основній групі розробленої нами програми, спостерігалася позитивна динаміка у зміні середнього показника ротації у чоловіків ОГ порівняно із КГ. $16,8 \pm 2,11^\circ$.

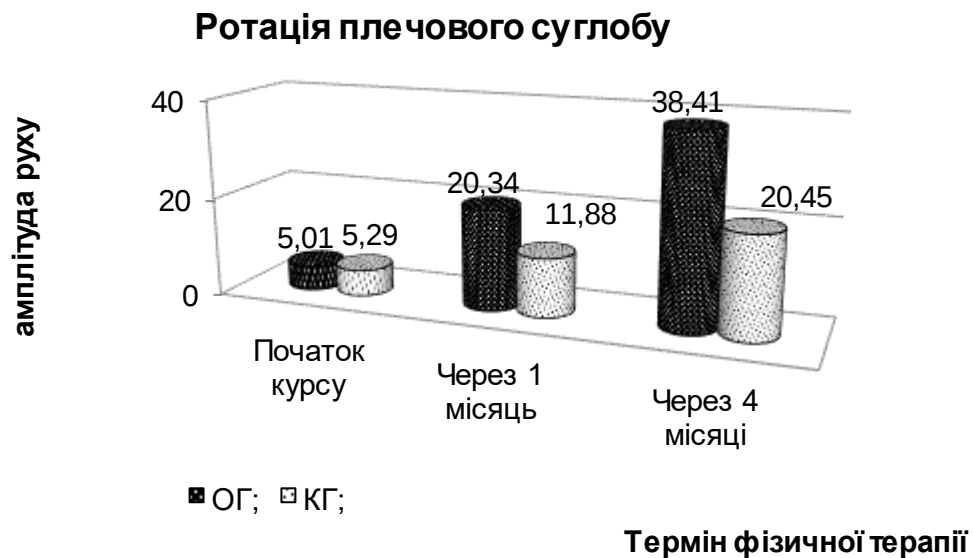


Рис. 1.3 Зміни обсягу ротації плечового суглоба на різних термінах тривалості курсу фізичної терапії (градуси)

Так, у представників ОГ цей показник склав $20,34 \pm 2,34^\circ$, що на $8,46^\circ$ більше ніж в КГ, де цей показник становив $11,88 \pm 2,89^\circ$ ($p > 0,05$). Вірогідна різниця збільшення амплітуди ротації плечового суглоба виявлена у представників ОГ порівняно із КГ і наприкінці курсу реабілітації, що тривав 4 місяці ($p > 0,05$). У пацієнтів основної групи середнє значення вимірюваного показника склало $38,41^\circ$, у той час як в контрольній групі лише $20,45^\circ$. Отже, спостерігаємо різницю у $17,96^\circ$ між показниками обох груп, на користь ОГ (рис. 1.3). На початку дослідження у представників ОГ та КГ відмічався суттєво низький рівень згинання у плечовому суглобі. Так, у пацієнтів, включених до ОГ, він знаходився в межах $17,5 \pm 2,21^\circ$ і в КГ, відповідно. Після апробації розробленої програми фізичної терапії, в ОГ помітна більш вірогідна різниця збільшення амплітуди вказаного руху у порівнянні з КГ, яка займалася за типовою програмою відновлення. Так, співставлення вимірюваного показника після завершення курсу говорить на користь розробленої нами програми фізичної терапії, оскільки у пацієнтів ОГ рівень згинання у суглобі досяг $128,9^\circ$, у той час як в КГ він склав $97,6^\circ$, що на $31,3^\circ$ менше ніж в ОГ (рис. 1.4).

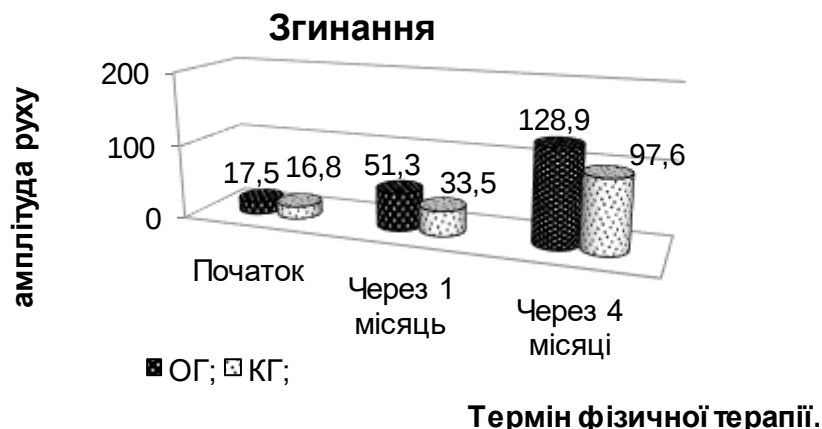


Рис. 1.4 Зміни обсягу згинання плечового суглоба на різних термінах тривалості курсу фізичної терапії (градуси)

Така ж позитивна динамка відмічається у збільшенні амплітуди руху розгинання у представників ОГ відносно КГ за 4 місяці активної роботи.

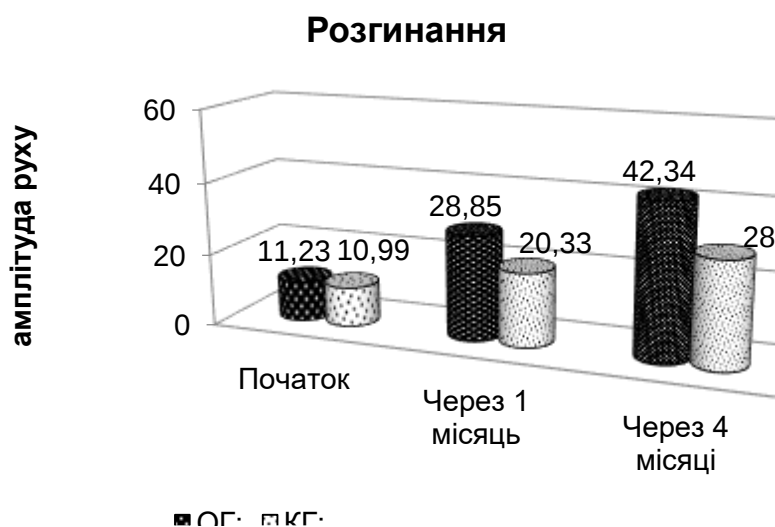


Рис. 1.5 Зміни обсягу розгинання плечового суглоба на різних термінах тривалості курсу фізичної терапії (градуси)

Так, в основній групі вказаний показник покращився з 11,23° до 42,34°, що на 31,11° більше ніж на початку дослідження. У представників КГ, покращення показника відбулося лише на 17,99°. Різниця між підсумковими результатами в цих вимірюваних показників між ОГ і КГ становить 13,36° (рис. 1.5.). Аналогічна тенденція серед обстежених чоловіків після оперативного лікування нестабільності плечового суглоба спостерігається і в прирості показника відведення у плечовому суглобі по завершенню курсу. Порівняно із учасниками КГ, де цей показник склав 80,98°, в ОГ він становив 100,34°, що на 19,36° більше ніж в іншій групі ($p > 0,05$) (рис. 1.6).



Відведення

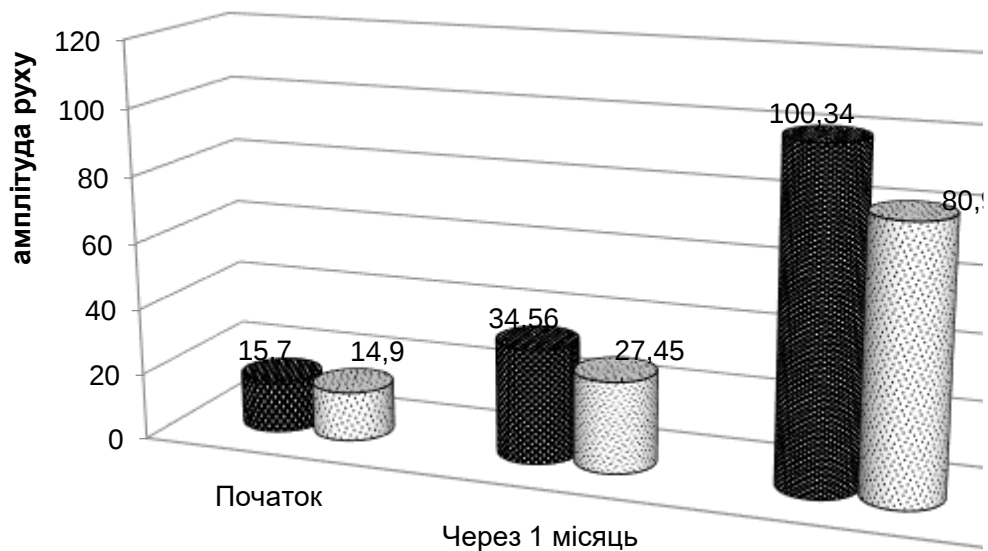


Рис. 1.6 Зміни обсягу відведення плечового суглоба на різних термінах тривалості курсу фізичної терапії (градуси)

Отже певні позитивні зміни спостерігалися і серед представників контрольної групи, але нижчі за показники обстежених чоловіків із основної групи, які проходили курс за розробленою нами програмою фізичної терапії.

Окрім оцінки ступеня відновлення обсягів рухів у оперованому плечовому суглобі, з метою контролю стабілізації стану та функції м'язової тканини було проведено контроль м'язової сили за допомогою методу мануального м'язового тестування (за Ловеттом). На початку курсу та за місяць після оперативного втручання у обстежених ОГ та КГ була можливість виконати рух лише пасивно, про що свідчать представлені на рис. 1.7. результати. На 4 місяці курсу було виявлено позитивну динаміку змін сили у ОГ (рух з максимальною протидією,) порівняно з КГ (помірна протидія) ($p > 0,05$).

Відповідно до вимог МКФ, окрім визначення ступеня відновлення за категоріями «структура» і «функції», паралельно оцінювалися категорії «діяльність» та «участь». Для цього була використана Канадська оцінка діяльності (COPM), яка дозволяла порівнювати рівень самообслуговування, продуктивності діяльності та дозвілля в обох групах. За допомогою опитувальника встановлено, що стан самообслуговування серед обстежених чоловіків обох груп був на низькому рівні, що можна пояснити складністю завдань та ступенем функціонального порушення кінцівки (догляд за собою, функціональна активність та соціальна діяльність). Щодо продуктивності роботи, то у зв'язку із тривалістю лікарняного періоду слід встановити прямий зв'язок із перебуванням у лікарняній установі та незадовільним виконанням



умов тесту (оплачувана праця, ведення домашнього господарства, відвідування соціальних закладів тощо).

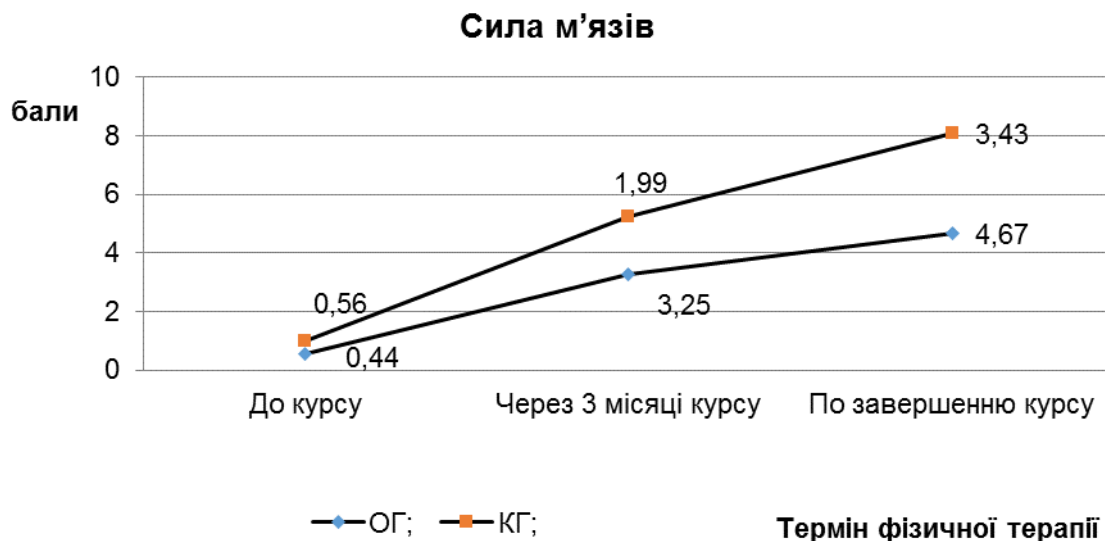


Рис. 1.7. Приріст показників сили м'язів верхньої кінцівки за бальною шкалою Ловвета у чоловіків після оперативного лікування нестабільності плечового суглоба (бали)

Через інтенсивні больові відчуття та обмеження у русі на початку курсу 78,5% учасників ОГ та 73,9% КГ відчували не здатність повноцінно організувати дозвілля за шкалами COPM.

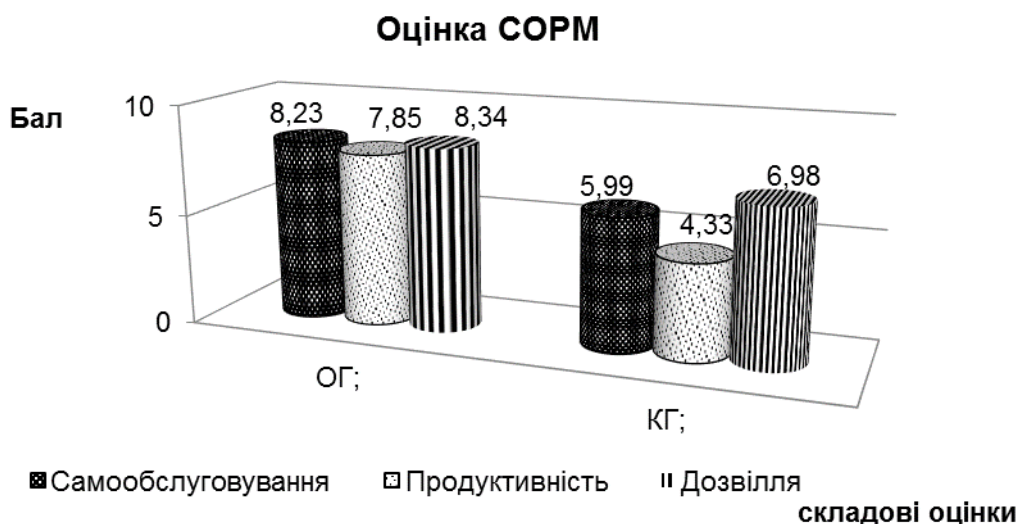


Рис. 1.8 Ефективність відновлення активності згідно основних сфер діяльності COPM після 4 місяців програми фізичної терапії (макс. бали)



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. Неефективне 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