



Кузьменко А.В.
Міхєєнко О. І.

Kuzmenko A.V.
Mikheienko O. I.

FEATURES OF REHABILITATION INCREASED AFTER CHILDREN OF EARLY AGE

The article examines the need for rehabilitation after a hip fracture in women of adulthood and the implementation of rehabilitation depending on the tasks set.

Keywords: fracture, interference, thigh, strength, amplitude, pain.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМУ СТЕГНА У ЖІНОК ЗРІЛОГО ВІКУ

У статті розглядається проблемні аспекти процесу реабілітації після перелому стегна у жінок зрілого віку та реалізація відновного лікування залежно від поставлених завдань.

Ключові слова: перелом, втручання, стегно, сила, амплітуда, біль.

Постановка проблеми. Травматичні переломи кісток нижньої кінцівки, за різними статистичними даними, становлять від 38 до 48% усіх переломів [6].

Переломи проксимального кінця стегнової кістки найчастіше трапляються і становлять близько чверті усіх переломів стегнової кістки. Вони виникають переважно у жінок, що обумовлено особливостями інволютивних змін у жіночому організмі зокрема гормональними змінами в періоді менопаузи, що впливають на швидкість розвитку остеопорозу. У процесі старіння відбуваються виражені дистрофічно-деструктивні зміни, що виявляються у зменшенні міцності кісток, зниженні тонуусу м'язів та сповільненні нервово-м'язової захисної реакції у момент нещасного випадку [8].

Дані ВООЗ свідчать про те, що кількість ліжко-днів на рік для жінок з остеопоротичними переломами проксимального відділу стегнової кістки перевищує даний показник для таких захворювань, як рак молочної залози, гострий інфаркт міокарда, хронічні захворювання легень та цукровий діабет [7].

Усього у світі за рік реєструють 1,7 млн. випадків переломів проксимального кінця стегнової кістки. Переломи проксимального кінця стегнової кістки належать до небезпечної для життя травми, оскільки при тривалій іммобілізації гіпостатичні ускладнення на фоні супутніх захворювань часто призводять до летального завершення, частота якого за даними літератури варіює в межах 20-40% пацієнтів з даною травмою. Застосування оперативного методу лікування при переломах проксимального кінця стегнової кістки дозволяє досягнути зниження смертності до 1-7%. На сьогоднішній день основним методом лікування переломів проксимального кінця стегнової кістки є оперативний і тільки у крайніх випадках застосовують консервативне лікування [4].

Фізична реабілітація є невід'ємною складовою післяопераційного процесу відновлення після травми проксимального кінця стегнової кістки. Наукові дослідження у галузі фізичної реабілітації підтверджують, що для досягнення ефективного результату під час її проведення потрібно на всіх етапах враховувати індивідуальні особливості пацієнта.

У то й же час, у більшості робіт окреслено лише загальні питання фізичної реабілітації, що містять певні методичні рекомендації, що стосуються зокрема, застосування лікувальної фізичної культури в умовах стаціонару. Практичні



рекомендації передбачають орієнтовні комплекси фізичних вправ, які можна застосовувати для даного контингенту пацієнтів.

Мета дослідження - розробити програму реабілітації для жінок зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у лікарняному періоді.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводилося на базі травматолого-ортопедичного відділення Сумської обласної лікарні. У дослідженні взяли участь 32 жінки зрілого віку з переломом проксимального кінця стегнової кістки, середній вік їх становив $49,7 \pm 0,73$ роки.

Найчастіше переломи проксимального кінця стегнової кістки у жінок зрілого віку траплялися переважно внаслідок падіння в домашніх умовах та на вулиці (табл.1).

Таблица 1

Причини виникнення переломів проксимального кінця стегнової кістки у жінок зрілого віку

Вид травматизму	Кількість осіб	Частота виявлення (%)
побутовий	22	50,0
вуличний	8	47,22
дорожньо-транспортний	1	1,39
спортивний	1	1,39

Усі пацієнти були прооперовані з метою стабілізації проксимального кінця стегнової кістки. Після оперативного втручання жінкам було рекомендовано заняття ЛФК та фізичної реабілітації.

Жінки зрілого віку були поділені методом випадкової вибірки на основну групу та групу порівняння по 16 осіб в кожній. Відбір жінок зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки у основну групу та групу порівняння відбувався в міру їх переходу в стаціонар.

Пацієнти основної групи займалися за розробленою нами програмою фізичної реабілітації, що передбачала індивідуальний метод проведення занять.

Пацієнти групи порівняння проходили курс ЛФК. Заняття ЛФК проводив інструктор ЛФК вищої категорії у формі ЛГ, застосовуючи індивідуальний метод проведення занять.

Нами було проведено аналіз вихідного рівня функціонального стану жінок та підбрано засоби реабілітаційного втручання: засоби для зменшення болю; засоби для відновлення амплітуди руху; засоби для відновлення силових якостей; засоби для відновлення втрачених функцій.

До засобів для зменшення болю належать:

- лікування положенням (розвантажувальні положення, підймання);
- постізометрична релаксація (ПІР);
- активні і пасивні вправи.

Вибір засобів для зменшення болю залежить від його локалізації характеру та інтенсивності.

Лікування положенням ми використовували на запальній стадії загоєння, яка триває в середньому до 24-48 годин. Ознаками цієї стадії є почервоніння та підвищення температури, утворення набряків, біль. Ці ознаки є взаємопов'язані між собою. Протягом 2-ох діб після оперативного втручання ефективними є розвантажувальні положення та піднімання кінцівки для відтоку крові і лімфи і укладання в такому положенні [3].



Фізичні вправи виконували для зменшення м'язового та суглобового болю. Ефективною для зменшення болю є методика запропонована Джеймсом Сіріаксом [8]. Вона передбачає виконання коливальних рухів з частотою 2-3 рухи за одну секунду (в залежності від розміру суглобу). Згідно цієї методики амплітуда наявного руху умовно приймається за 100%. Для лікування болю використовують вправи по першому і другому ступенях:

- перший ступінь передбачає виконання малоамплітудних рухів в межах 15% від наявної амплітуди. Такі рухи застосовують у стадії запалення. Виконують 2-3 підходи по 10 секунд, між ними 15-20 секунд відпочинку;
- другий ступінь передбачає виконання великоамплітудних рухів в діапазоні 15%>-50% до середини наявної амплітуди руху і виконують при зменшенні ознак запалення. Виконують 2-3 підходи по 20-30 секунд, через 30 секунд відпочинку.

Якщо при застосуванні цієї методики біль не зменшується необхідно зменшити амплітуду руху та збільшити тривалість відпочинку.

Засобами для профілактики виникнення контрактур та відновлення амплітуди руху є:

- постізометрична релаксація;
- активні та пасивні вправи.

Профілактику виникнення контрактур проводять з першого дня після операції. Внаслідок іммобілізації контрактури можуть виникати не лише в ураженій кінцівці, а й у здоровій. Ризик виникнення контрактур залежить від тривалості доопераційного періоду лікування [6].

Найчастіше у жінок зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки в перші дні після оперативного втручання в ураженій кінцівці виникають анталгічні контрактури, де обмежуючим фактором є біль. Для їх усунення ми підбирали засоби для зменшення болю. Для відновлення амплітуди рухів у суглобах ураженої кінцівки після оперативного втручання основним засобом є активні вправи, оскільки пасивні є протипоказані. Для збільшення амплітуди (при міогенних та артрогенних контрактурах) ефективними є виконання вправ по третьому і четвертому ступенях згідно методики запропонованої Джеймсом Сіріаксом [5].

ПІР застосовують для відновлення довжини м'язів антагоністів (при міогенних контрактурах). Методика виконання така ж, як і при зменшенні болю, але можна діяти з більшим зусиллям, орієнтуватись на реакцію пацієнта на біль та опір (кінцеве відчуття реабілітолога).

Засобами для відновлення силових якостей є силові вправи. Без прояву м'язової сили людина не може виконати жодної рухової дії. Для осіб після перелому проксимального кінця стегнової кістки вибір силових вправ залежить від вихідного рівня м'язової сили, тобто від результатів мануально-м'язового тестування (ММТ) при проведенні реабілітаційного обстеження [2].

Якщо результати ММТ свідчать, що м'язова сила становить 4 або 5 балів (за шестибальною шкалою), то для їх тренування ми обирали:

- вправи з обтяженням масою власного тіла;
- вправи з обтяженням масою предметів (тягарці, гантелі);
- ізометричні вправи.

Для тренування сили м'язів, вихідна оцінка яких є 3 бали згідно ММТ, ефективними є:

- вправи з обтяженням масою власного тіла;
- ізометричні вправи.



Для тренування сили м'язів, вихідна оцінка яких є меншою від трійки застосовують:

- активні вправи з допомогою;
- самостійні активні вправи;
- вправи з утриманням.

Паралельно із вирішенням згаданих вище завдань фізичної реабілітації з перших днів після оперативного втручання потрібно розпочинати навчання руховим діям, необхідним для самообслуговування.

Важливим етапом процесу фізичної реабілітації жінок зрілого віку також є самостійні заняття. Самостійні заняття здійснювалися згідно рекомендацій фахівця з фізичної реабілітації. Вправи, що винесені на самостійне виконання повинні бути знайомими для пацієнта, простими і безпечними у виконанні. Перед наданням рекомендацій потрібно впевнитися у тому, що особа здатна правильно виконувати заплановані вправи [1].

Зважаючи на вік пацієнтів та важкість травми рекомендації для виконання самостійного заняття повинні бути надані у письмовій формі. Кожна вправа повинна передбачати дозування, встановлене фізичним реабілітологом. Реабілітаційне втручання – це цілеспрямована взаємодія фахівця з фізичної реабілітації і пацієнта з використанням методів і засобів для досягнення змін у стані пацієнта відповідно до реабілітаційного прогнозу. Якість реабілітаційного втручання залежить від правильного його планування, від майстерності фізичного реабілітолога та від психологічних особливостей пацієнта, зокрема від мотивації до занять [8]. Важливо, щоб пацієнт розумів сутність реабілітаційного втручання та прикладав зусилля для досягнення встановлених завдань, оскільки досягнути позитивного результату можна лише при двосторонній співпраці фахівця з фізичної реабілітації та пацієнта.

Реабілітаційне втручання передбачає пряме втручання та інструктаж родичів і опікунів [7]. Пряме реабілітаційне втручання це застосування підібраних на основі реабілітаційного обстеження засобів фізичної реабілітації. Під час реабілітаційного втручання фахівець фізичної реабілітації повинен аналізувати дії та їх результати. У ході реабілітаційного втручання фахівець з фізичної реабілітації може приймати рішення, щодо модифікації вправ, зміни вихідних положень, регулювання дозування навантажень. Якщо в процесі втручання реабілітолог відзначає нераціональний підбір засобів або виявляє помилки у визначенні порушень то може прийняти рішення для проведення додаткового обстеження.

Реабілітаційне втручання також передбачає навчання та інструктаж родичів та опікунів. Допомога родичів і опікунів для жінок зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки є особливо важливою в перші дні після оперативного втручання. Інструктаж передбачає пояснення опікунам змісту фізичної реабілітації та рекомендації, що стосуються догляду за особою з даною патологією, профілактики виникнення ускладнень та особливостей виконання рухових дій, зокрема переміщень.

Висновки. Отже, отримані у ході дослідження результати дозволяють рекомендувати розроблену комплексну методику фізичної реабілітації для практичного використання в умовах лікувально-профілактичних установ, реабілітаційних центрів. Розроблені практичні рекомендації щодо індивідуалізації програми фізичної реабілітації сприяють підвищенню ефективності проведення занять з жінками зрілого віку після перелому проксимального кінця стегнової кістки, що дозволяє скоротити терміни перебування пацієнтів в межах стаціонару.



Розроблена методика фізичної реабілітації запропонована для застосування в травматологічному відділенні Сумської обласної лікарні.

Література:

1. Дідух Г. Реабілітаційне обстеження осіб похилого віку після перелому проксимального відділу стегна / Г. Дідух // Фізична реабілітація-здобутки, проблеми, перспективи. – Л., 2009. – С. 30-35.
2. Кобелев С. Мануальний м'язовий тест – ефективний спосіб визначення сили м'язів для осіб з ураженням спинного мозку / Степан Кобелев // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2004. №8. – С. 455-459.
3. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2009. – 442с.
4. Мятіга О.М. Комплексна фізична реабілітація при осколкових переломах діафіза стегна після біологічного синтезу у другому періоді / О.М. Мятіга, Д.С. Мятіга // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2010. – №4. – С. 82-85.
5. Никаноров А. Физическая реабилитация больных с множественными травмами бедра и голени методами нетрадиционной медицины / А. Никаноров // Физическое воспитание студентов творческих специальностей ХГАДИ (ХХПИ). – Харьков, 2004. – №1. – С. 81-85
6. Норейко С. Б. Фізична реабілітація при переломі стегнової кістки / С.Б. Норейко, І. П. Зенченков, Р. П. Федоришин, М. В. Савельєв // Наука і освіта. – 2014. №4. – С. 115-118.
7. Форасенко В.С. Переломи проксимального відділу стегнової кістки у людей старших вікових груп та їх медико-соціальні наслідки: автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 2006. – 20с.
8. Швець Р.І. Фізична реабілітація при переломах стегнової кістки/ Р.І. Швець // Здоровий спосіб життя: зб. наук. ст. – Л.,2005. – С.78-80.

Стаття надійшла до редакції 09.03.2018 р.

Кукса Н.В.
Копитіна Я.М.
Ткаченко К.О.

Kuksa N. V.,
Kopytina Y. M.
Tkachenko K. O.

REHABILITATION OF STROKE PATIENTS: MODERN TRENDS AND SOFTWARE IN SANATORIUM CONDITION

The article considers modern tendencies of rehabilitation post-stroke patients on the basis of clinical guidelines of leading world national and international organizations. The software of complex rehabilitation of post-stroke patients in the conditions of specialized sanatoria is analyzed.

Key words: stroke, poststroke patients, rehabilitation, program of rehabilitation, sanatorium.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ: СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В УМОВАХ САНАТОРІЮ