

УДК 616.728.3-036.82

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ГОНАРТРОЗІ КОЛІННОГО СУГЛОБА**Зендик О.В., Гнесь Н.О., Бачік В.М.**

Чернівецький національний університет Імені Юрія Федьковича

Детально вивчено і проаналізовано причини та умови розвитку гонартрозу колінного суглобу, фактори ризику та механізми його розвитку, основні клінічні ознаки. Особлива увага приділялась вивченню стану існуючих підходів до фізичної реабілітації хворих на гонартроз колінного суглобу. Основним інструментом для визначення якості життя було використано опитувальник, розроблений центром вивчення медичних результатів в США. Опитувальник містить питання, які відображають основні показники якості життя та об'єднані по наступним показникам: загальний стан, фізична активність, рольова фізична активність, емоційно-рольове функціонування, соціальна активність, фізичний біль, життєздатність, психологічне здоров'я.

Ключові слова: гонартроз, анамнез, адаптивна фізична культура, опорно-руховий апарат, лікувальна фізична культура, динамічна проба.

Постановка проблеми. Гонартроз колінного суглобу становить 17% в структурі захворюваності і займає перше місце серед захворювань суглобів. Хвороба звичайно виникає у пацієнтів віком старше 40 років і частіше спостерігається у жінок. У деяких випадках (після травм, у спортсменів) гонартроз може розвиватися в молодому віці. Основним проявом гонартрозу є болі, що посилюються при рухах, обмеження рухів і синовит (накопичення рідини) в суглобі.

Мета статті. Головною метою статті є підвищення ефективності фізичної реабілітації хворих на гонартроз колінного суглоба на підставі використання гідрокінезотерапії.

Виклад основного матеріалу статті. Гонартроз колінного суглобу – дегенеративно-дистрофічне захворювання, при якому вражається гіаліновий хрящ, що покриває виростки великогомілкової стегнової кісток. На пізніх стадіях гонартрозу в процес втягується весь суглоб, частина кістки ущільнюється і розростається. Колінні суглоби при гонартрозі залучаються до патологічного процесу найчастіше. По-перше, на коліна припадає сильне навантаження, вони повинні тримати

на собі вагу практично всього тіла. По-друге, колінні суглоби схильні до травм найбільше, так як розташовані поверхнево [3, 7].

Гонартроз розвивається поступово, протягом багатьох років. Лікування гонартрозу консервативне. Суттєву роль відіграє своєчасна профілактика [9].

Гонартроз колінного суглоба в структурі ОРА великих суглобів становить 69,7%, що обумовлює медико-соціальну значимість проблеми. За останні роки наукові дослідження цієї проблеми присвячені переважно вирішенню окремих питань лікування та реабілітації таких хворих. Прояви хвороби серйозно обмежують рухові можливості хворих, на значний термін знижують їх працездатність. Всі пацієнти з пошкодженням структур і зв'язкового апарату колінного суглобу, потребують реабілітації. Тому розробка і експериментальне обґрунтування комплексних програм фізичної реабілітації, є необхідними і виправданими [6, 1].

Численні дослідження показують, що на сприятливий прогноз у лікуванні суглобів впливає освіта хворого і рівень його інтелекту. Розуміння того, що з хворим суглобом треба жити,

працювати, що з захворюванням треба рахуватися, має призвести до зміни способу життя хворого, в якому висока рухова активність повинна розумно поєднуватися із суворим режимом розвантаження суглоба. Пробудження мотивації до рухової активності, до здорового способу життя, виховання необхідних рухових якостей, навчання пацієнта методиками ЛФК для самостійного застосування [5, 1].

Проблеми фізичної, педагогічної, психологічної та соціальної реабілітації розробляються новим напрямком ФК і АФК [3]. Особливу важливість для пацієнта набуває ЛФК, яка призначається і використовується з урахуванням його індивідуальних особливостей. Для ефективної реабілітації необхідно повністю завершити програму занять з використанням адаптованих фізичних навантажень, так як це значно зменшує ризики аналогічної травми в майбутньому [9, 3].

Для проведення дослідження було використано і узагальнено джерела наукової та методичної літератури. Детально вивчено і проаналізовано причини та умови розвитку гонартрозу колінного суглобу, фактори ризику та механізми його розвитку, основні клінічні ознаки. Особлива увага приділялась вивченню стану існуючих підходів до фізичної реабілітації хворих на гонартроз колінного суглобу.

Аналіз історій хвороб дав змогу ознайомитись з діагнозами хворих, їх вихідним станом, перебігом хвороби. При розподілі пацієнтів на групи враховувалися також їх вік, анамнез захворювання та його динаміка в результаті реабілітаційних заходів.

Анамнез включав скарги хворого, історію даної травми і способу життя. Насамперед з'ясовували скарги хворого. Зазвичай, це були різні суб'єктивні відчуття, що проявлялись у вигляді болю, обмеження рухів, тощо.

Основним інструментом для визначення якості життя використано опитувальник, розроблений центром вивчення медичних результатів в США. Опитувальник містить питання, які відображали основні показники якості життя та об'єднані по наступних показниках: загальний стан, фізична активність, рольова фізична активність, емоційно-рольове функціонування, соціальна активність, фізичний біль, життєздагність, психологічне здоров'я. Питання були розподілені відповідно до фізичного та психологічного компонентів здоров'я [3, 2].

Для характеристики фізичного здоров'я використовувалися показники фізичної активності: загальний стан, фізична активність, рольова фізична активність, фізичний біль. У психологічне здоров'я були включені соціальні аспекти, перш за все, місце пацієнта в сім'ї та суспільстві, і психоемоційний статус хворого: настрій, спокій, тривога, депресія. Комплекс питань включав оцінку хворим свого самопочуття, благополуччя, задоволеності життям.

Тести хворі проходили до та після курсу фізичної реабілітації. Результати опитування оброблялись у відсотковому співвідношенні.

Педагогічні спостереження проводилися під час занять ЛФК та заняттями аквагімнастиком. При цьому вивчався ряд питань: контингент пацієнтів, які мають діагноз гонартроз колінного

суглобу, структура занять (використання та поєднання різноманітних блоків та розподіл часу в них, засоби і дозування фізичного навантаження, методичні аспекти реабілітаційних заходів). Спеціально організоване дослідження, проводилося в залі ЛФК оснащеному спеціальними тренажерами та інвентарем. Застосовувалася методика лікувальної фізичної культури та використовувалася аквагімнастика.

За допомогою педагогічного експерименту порівнювалася ефективність використання ЛФК та гідрокінезотерапії для осіб з гонартрозом колінного суглобу. У процесі проведення занять вивчався рівень фізичного стану даного контингенту. У випадку отримання позитивних результатів передбачалося обґрунтування і поради щодо до використання даних комплексів.

При проведенні аналізу медичних карт пацієнтів ми склали для себе повне уявлення про пацієнта: стать, вік, характер трудової та спортивної діяльності, що переважають і другорядні скарги, діагноз пацієнта, супутні захворювання. У медичній карті було відзначено стан пацієнта на момент проведення діагностики: особливості дихання, роботи серцево-судинної системи. Антропометричні дані: зріст, вага. Стан опорно-рухового апарату: наявність або відсутність порушень постави, гіпертонусу різних м'язових груп, ригідність зв'язкового апарату хребта і суглобів, рухливість і обсяг руху в суглобах.

Дослідження проводилися в три етапи. На першому етапі здійснювався аналіз наукової та методичної літератури, розроблялася методика ЛФК та гідрокінезотерапії, визначалися методи контролю їх ефективності. На другому етапі проводився педагогічний експеримент у залі ЛФК та у басейні. На третьому етапі здійснювалися статистична обробка і аналіз отриманих даних, оформлення результатів роботи.

Вода має багато унікальних цілющих властивостей. Вивчаючи вплив води на організм людини можна назвати багато функцій води, такі як: поживна, транспортна, видільна, газообмінна, енергетична, інформативна.

Впливати на організм водними процедурами можна різними способами та методиками у вигляді ванн, душі, обливань, обтирань, купань. Впливаючи таким чином ми оздоровлюємо організм, відбувається не тільки оздоровлення а й лікування, загартування й профілактика захворювань [3, 1].

Під час дії води на організм у ньому відбуваються фізіологічні зміни. На водолікувальну процедуру організм відповідає складною нейрогуморальною реакцією, яка впливає на всі органи і системи. Але особливо виражена реакція з боку серцево-судинної системи [7].

Гідрокінезотерапія завдяки різнобічній терапевтичній дії, грає в загальному лікувальному комплексі провідну роль. Термін «гідрокінезотерапія» найбільш повно відображає сутність методу, в основі якого лежить застосування з лікувальною метою фізичних вправ у воді в поєднанні з масажем і засобами ортопедичного характеру, використовуваними у водному середовищі. Це високоефективний метод лікування, що дає можливість поліпшити функціональні результати лікування хворих травматологічного

та ортопедичного профілю, зменшити тривалість періоду тимчасової непрацездатності та попередити розвиток інвалідності [9, 1].

Гідрокінезотерапія поєднує в собі користь силових тренувань і лікувальні ефекти від впливу води. У порівнянні зі звичайною гімнастикою, у неї є цілий ряд переваг [7]:

1. Відомо, що в басейні знижується загальна вага тіла, а будь-які рухи стають більш легкими у виконанні. Цей момент особливо важливий для хворих з порушеннями обміну речовин і опорно-руховими патологіями. «Підтримуюча» сила води дозволяє їм виконувати ті вправи, які в звичайних умовах виявляються зробити досить важко [6].

2. Гідрокінезотерапія володіє більш фізіологічним впливом на організм. Заняття проводяться в теплій воді, що сприяє додатковому розслабленню м'язів. Пацієнти перестають відчувати напруженість, скутість і біль, що заважають проведенню тренувань. У інструктора з'являється можливість збільшити фізичні навантаження, щоб домогтися більш вираженого тренувального ефекту [2].

3. Вода чинить тиск на підшкірне венозне русло, завдяки чому стимулюється периферичний кровообіг. З тканин виводяться надлишки рідини, зменшуються набряки, активується діяльність серцево-судинної системи [4].

4. Водні процедури також мають тонізуючу і загартовуючу дію. Вода є провідником тепла, тому вона «забирає» зайві калорії у організму, що призводить до прискорення обміну речовин і стимуляції функцій імунної системи [3].

5. Корисна аквааеробіка і для органів дихання. Під товщею води зростає навантаження на дихальні м'язи, які при регулярних тренуваннях з часом розвиваються і зміцнюються. У пацієнтів збільшується життєва ємкість легень, що благотворно позначається на постачанні всіх тканин киснем [3, 1].

6. Гімнастика проводиться при температурі води 20-37° С. В процесі можуть застосовуватися різні допоміжні інструменти: лопатки, повітряні манжети на суглоби, м'ячі, еластичні бинти і пластикові обручі. Пацієнти виконують як стандартні вправи (ходьба на місці, згинання/розгинання ніг, обертання тазом і ін.), Так і спеціальні плавальні (наприклад, ковзання на спині, робота ногами в стилі брас). При захворюваннях опорно-рухового апарату активно практикується біг у воді в спеціальних надувних жилетах [7, 9].

7. Заняття проходять під керівництвом інструктора, який стежить за станом пацієнтів. Тренування можуть проводитися в групі або індивідуально. Тривалість терапії різниться індивідуально, в залежності від захворювання та віку [34].

8. В цілому, завдяки різнобічному дії на організм, гідрокінезотерапія може виявитися корисною практично при будь-якому захворюванні. Головне – підібрати комплекс вправ і навчитися правильно його виконувати [8].

Вдосконалення тіла за методом гідрокінезотерапії – є лікувальним засобом при лікуванні гонартрозу, але використовується в комплексі з аквагімнастикою та масажем на суглоби [7, 1].

Комплекс ЛГ для жінок контрольної групи складався з вправ оздоровчо-лікувальної гімнастики. Заняття складалося з підготовчої, основної і заключної частини з музичним супроводом. Вправи малої, іноді середньої інтенсивності виконувалися у вихідних положеннях стоячи і лежачи, амплітуда рухів була малою та середньою, без різкої зміни ритму.

Отже, аналіз спеціальної літератури дозволив визначити, що у формуванні та прогресуванні гонартрозу колінного суглобу суттєве значення мають м'язово-тонічні зміни, а ефективність реабілітаційних заходів залишається недостатньою, що виражається в зберіганні у хворих больового синдрому в колінному суглобі.

До факторів, що зумовлюють недостатню ефективність реабілітаційних заходів у пацієнтів з гонартозом колінного суглобу, є недостатність фізичного розвитку та фізичної підготовленості, що виражається у зниженні загальної і силових витривалості м'язів.

Застосування розробленої методики для включення до реабілітаційного комплексу для осіб з гонартозом колінного суглобу покращує фізичний розвиток пацієнтів, що виражається у зменшенні маси тіла.

Доцільність впровадження розробленої методики доведена відновлення рівня фізичної підготовленості, на що вказують збільшення пройденої відстані за тестом тестом Купера.

Розроблений комплекс вправ, оснований на принципах системи гідрокінезотерапії, може бути основою підвищення ефективності реабілітаційних заходів для пацієнтів з гонартозом колінного суглобу.

Список літератури:

1. Мосаб С.Х. Амуди. Артроз колінного суглобу – хірургічне лікування – фізична реабілітація // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 3. – С. 6-9.
2. Епифанов В.А. Средства физической реабилитации в терапии остеоартроза / В.А. Епифанов // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2008. – № 1(49). – С. 3-12.
3. Яковенко Н.П., Самойленко В.Б. Фізіотерапія: підручник. – К.: ВСВ «Медицина», 2011. – 256.
4. Сазонова Н.В. Динамометрические показатели мышц нижних конечностей у больных остеоартрозом / Н.В. Сазонова, В. А. Щур // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова: научно-практ. журнал. – 2008. – № 4 – С. 40-43.
5. Мосаб С.Х. Амуди. Артроз колінного суглобу – хірургічне лікування – фізична реабілітація // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 3. – С. 6-9.
6. Марченко О.К. Основы физической реабилитации. – К.: Олімпійська література, 2012. – 526 с.
7. Мухін В.М. Фізична реабілітація: підручник. К.: Олімпійська література, 2010. – 486 с.
8. Ярош А.М. Основы курортологии. – Симферополь: Антикава, 2010. – 76 с.
9. Улашук В.С. Физиотерапия. Универсальная медицинская энциклопедия – Мн.: Книжный Дом, 2008. – 640 с.
10. Повна енциклопедія очищення та лікування організму / укл. П517І. Левашова. – Донецьк: ТОВ «Глорія Трейд», 2011. – 320 с.

Зендык О.В., Гнесь Н.О., Бачик В.М.

Черновицкий национальный университет имени Юрия Федьковича

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Аннотация

Изучены и проанализированы причины и условия развития гонартроза коленного сустава, факторы риска и механизмы его развития, основные клинические признаки. Особое внимание уделялось изучению состояния существующих подходов к физической реабилитации больных гонартрозом коленного сустава. Основным инструментом для определения качества жизни было использовано опросник, разработанный центром изучения медицинских результатов в США. Опросник содержит вопросы, которые отражали основные показатели качества жизни и объединены по некоторым показателям (общее состояние, физическая активность, ролевая физическая активность, эмоционально ролевой функционирования, социальная активность, физическую боль, жизнеспособность, психологическое здоровье).

Ключевые слова: гонартроз, анамнез, адаптивная физическая культура, опорно-двигательный аппарат, лечебная физическая культура, динамическая проба.

Zendyk O.V., Gnes N.O., Bachik V.M.

Chernivtsi Yuriy Fedkovych National University

PHYSICAL REHABILITATION FOR HUMANPHONE GONARTHOSIS

Summary

The causes and conditions for the development of knee joint gonorrhea, risk factors and mechanisms of its development, main clinical signs are studied and analyzed in detail. Particular attention was paid to the study of the state of ghostly approaches to the physical rehabilitation of patients with gonarthrosis of the knee joint. SF-36, developed by the John E. Medical Center for the Study of Medical Outcomes in the United States. The questionnaire contains questions that reflect the main indicators of quality of life and are grouped into 8 scales (general condition, physical activity, role-based physical activity, emotional-role function, social activity, physical pain, viability, psychological health). Questions were grouped into 2 blocks: physical and psychological components.

Keywords: gonarthrosis, anamnesis, adaptive physical culture, musculoskeletal system, therapeutic physical culture, dynamic gravimetric test.