

цінності, відповідно до Конституції України, прийняті: «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про освіту», «Про фізичну культуру і спорт», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення», «Про державні цільові програми», Указ Президента України від 19 вересня 2007 р. No 895 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України», резолюції Всеукраїнського форуму «Здорова нація» від 13 вересня 2007р. та інші рекомендаційні та нормативно-правові документи.

УДК617.57/.58-001-036.82

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ РУХЛИВОСТІ ТРАВМОВАНИХ КІНЦІВОК

- **О.В. Мороз**, магістр 6-го курсу, 22 «Охорона здоров'я» спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапія»
Т.П. Гарник, д.мед.н., проф.
- *Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського, м. Київ, Загальноузівська кафедра фізичного виховання, спорту і здоров'я людини*

Актуальність проблеми

За основу дослідження взята хвороба Пертеса, повне найменування (Легга-Кальве-Пертеса) (синоніми: остеохондропатія головки стегнової кістки, ювенільний ідіопатичний аваскулярний некроз).

Захворювання стегнової кістки (ГБК) і тазостегнового суглоба (ТБС), пов'язане з порушенням кровопостачання головки стегнової кістки з подальшим некрозом і відновленням кісткової структури, відноситься до групи хвороб, що об'єднуються під назвою остеохондропатії. Найчастіше зустрічається у дітей віком від 3 до 14 років. У хлопчиків частіше з більш легким характером, у дівчаток рідше але з сильними ускладненнями та швидким характером прояву та гострим болем (біль локалізується безпосередньо в області Т/Б суглоба та в області малого тазу). В основному спостерігається ураження правого кульшового суглоба (обох суглобів рідше, 5-7% випадків, при незначному розвитку хвороби другого суглоба, часто спостерігається його самостійний зворотний розвиток). Такий вид захворювання відноситься до класу ідіопатичних – причина захворювання не виявляється у більшості пацієнтів. Описано випадки виникнення хвороби Пертеса на фоні тромбофілії, мутації генів та випадки захворюваності кількох членів однієї сім'ї. Деякі автори відзначили взаємозв'язок початку хвороби з

анамнестичними даними куріння тютюну матері під час вагітності. На цій основі етіологію прийнято вважати мультифакторіальною генетично обумовленою та залежною від зовнішніх факторів.

Мета дослідження

- Контроль за функціональністю не тільки пошкодженого ТСС, але й усіх суглобів нижніх кінцівок;
- Розробка дрібної моторики пальців стопи;
- Відновлення руху Дзеркальне відображення;
- Методика Моше Фельденкрайза;
- Пасивні та активні рухи стопи;
- Відновлення активності м'язів травмованої кінцівки;
- Відновлення ходьби без опору на костелі;
- Відновлення психоемоційного стану пацієнта;

Матеріали та методи дослідження

При вивченні хвороби Пертеса треба враховувати, що вчасно порушення функцій тазостегнового суглоба йде мала рухливість в колінному суглобі (зменшується функціональні особливості) так і в гомілковостопному суглобі. Через характерний біль у ТСС, активність ходьби зменшується практично до нуля.

Хвороба у дітей, які займаються спортом з 3-5 років, коли імунна система тільки розвивається як і сам організм. Хвороба може розвиватися приховано та розвиватися настільки повільно, що дуже складно виявити при будь-якому дослідженні. Не враховується той факт, що хвороба найчастіше проявляється у дітей спортсменів, художня, повітряна, спортивна гімнастики, розбирати маємо випадок, повітряна гімнастика. Якщо заглибитись в такий вид спорту, можна спостерігати, що багато дітей страждають від підвивихів, вивихів тазостегнових суглобів. Що можна сміливо сказати для хвороби

Пертеса, це найкраще середовище для маленьких дітей. Як ми знаємо хвороби нікого не шкодують, якщо ми пропустили хоча б одну дрібну деталь. Тут можна описати, в такому виді спорту, перенавантаження, перешпагати, не закачування м'язів, поганий сон, порушення харчування, найголовніше, що може викликати розтягування суглобової сумки і викликати патологічне порушення в тазостегновому суглобі під час виконання вправ на гімнастичному снаряді (Полотна) 3-4 м, найчастіше виконуються трюки на 5-8 м від підлоги. Під час переходу на полотна з поперечного шпагату на поздовжній, стався хрускіт у тазостегновому суглобі, але суглоб повернувся на своє місце, біль був гострий. Біль пройшов за кілька днів. Поле повторних шпагатів із підлоги, суглоб вже не розкривався, біль з'явився в попереково крижовому відділі хребта. Через тиждень з'явилася легка кульгавість, біль посилюється під час ходьби.

При неправильній діагностиці з акцентом на лікування попереково-крижового відділу хребта призвело до порушення кровоносної циркуляції в т/б суглобі.

У розпізнаванні хвороби Пертеса у дітей широко використовується рентгенографія внаслідок традиції, що склалася, і її доступності. Однак у

початковій стадії захворювання відсутні рентгенологічні симптоми, що є однією з причин пізньої та помилкової діагностики хвороби Пертеса.

Наукова новизна. Вперше проведено порівняльний аналіз інформативності рентгенографії, УЗД та магнітно-резонансної томографії у діагностиці різних стадій хвороби Пертеса у дітей.

Доведено, що МРТ має високу діагностичну значущість в оцінці змін кісткового та м'якотканого компонентів вже на початкових стадіях захворювання. За допомогою МРТ можна вивчити ступінь розвитку хвороби.

Захворювання діагностується у 55% випадках у другу-третю стадію захворювання, коли вже відбувається явна деформація головки стегна.

Завдання дослідження:

- 1 Визначити інформативність різних методів лікування даного пацієнта (УЗД, рентген, МРТ, КТ) у діагностиці хвороби Пертеса у дітей, підлітків.
- 2 Розробка власної методики, функціонального руху в кульшовому суглобі.
- 3 Уточнити характер болю до та після застосованої методики.
- 4 Провести порівняльну оцінку рухливості в кульшовому суглобі.
- 5 Контроль за вагою пацієнта.

Наукова назва дослідження в тому що:

- досліджується стан хворого з ураженням тазостегнового суглобу на підставі основних методах дослідження та допоміжних методів які направлені на відновлення рухової активності травмованого суглобу, також суглобів які не здійснюють опорні функції нижньої кінцівки;
- розроблення авторського методу реабілітації без хірургічного і медикаментозного втручання. В процесі реабілітації встановлено, що відновлення функцій нижньої кінцівки, можливо відновити за 1 рік. З допомогою поетапного методу реабілітації. Пацієнта який проходив реабілітацію повернувся до нормального життя без милиць і больових відчуттів у травмованому суглобі;

Практична значимість:

- при використанні МРТ можна виявити першу стадію хвороби, але за 2-3 стадії йде спостереження позитивної чи негативної динаміки розвитку хвороби;
- рентген більше проводять для контролю стану суглобів, кісткових та хрящових структур. Це є більш доступний метод і метод діагностики, що довго використовується, легше записатися так як його більше використовують у поліклініках і більш доступний у фінансовому плані.

Практичні рекомендації

Під час дослідження використав мало наукової літератури, оскільки не бачив сенсу вивчати чужі методики реабілітації з діагнозу «остеохондропатії» головки стегнової кістки. Раніше стикався із подібними діагнозами на першій стадії. Як виявив та визначив проблему? . Збір інформації на консультації, скарги це перший сигнал, що потрібно звернути на дослідження головки

стегнової кістки. Також потрібно звернути увагу при перевірці активності кульшового суглоба на локалізацію болю, пахова область, іррадіація може віддавати у зовнішню частину стегна, малий таз, біль у попереку при згинанні стегна, скутість у кульшовому суглобі. За визначенням схожих симптоматик, я порекомендував зробити КТ, це дослідження показує характерну зміну хрящової тканини на головки стегна з ознаками запального процесу, мінімальне звуження судин, що кровопостачають головку стегнової кістки. Наприкінці написали на тлі механічної травми, розтягування суглобової сумки. Пацієнт займається художньою гімнастикою і при вправі розтяжка поперечного шпагату в провисанні, виявилася перша проблема, хрускіт, різкий біль у попереку, поступовим переходом болу в передню частину стегна. Розкриття шпагатів з часом поменшало. За рекомендаціями: потрібно зняти звичне навантаження, призначити індивідуальну ЛФК програму на відновлення ТСС та у послідовності зупинити тонус м'язів, поперекового відділу хребта та нижньої кінцівки. У процесі відновлення включають певні види масажів, авторський метод витягування на Кросовер тренажері (блоковий тренажер) і імітація ходьби також застосовувалася на блочному тренажері.

Застосовувався метод витягування застосовувався при діагнозі «Коксартроз» у людей віком від 30-50 років. Показує позитивні результати та усунення больових відчуттів.

Висновки

Під час вивчення хвороби ЛКП у 3 стадії: характеру проблеми, доступних діагностик та висновків лікарів. Йдеться про те, що неможливо відновити при зруйнованій головці стегнової кістки, функціональність лівого тазостегнового суглоба. Вчення реабілітації говорить про те, що можна поліпшити функції опорної системи без хірургічного втручання, залежно від характеру травми, а також відновити повноцінну функціональність опорної системи. У нашому випадку це важка дитяча хвороба, яка складно досліджується та встановити перший ступінь руйнування практично неможливо і найчастіше можна виявити на 2-й стадії, коли з'являються дегенеративні структурні зміни на рентген знімках. При виявленні цієї патології, призначається консервативне лікування, різні аплікації для зняття контрактур у суглобах та скутості м'язів, стандартні види масажів, скелетні витяжки при хворобі ЛКП, фіз. процедури, фізична реабілітація спрямована на більше на гімнастичні вправи, медикаментозне та вітамінне лікування. Коли консервативне лікування не допомагає, йде показання на різні види операцій для стабілізації (централізації головки стегна) стосовно вертлужної западини. При використанні таких методів у лікуванні БЛКП можуть за процентним співвідношенням, своєї ефективності 1% до 12% успішності. Найкращий хірургічний метод це ендопротезування кульшового суглоба показує свою результативність на 90%. Але навіть використовувати цей метод у віці 13-14 років? Адже буде проводитися повторне ендопротезування кульшового суглоба і за зростаючого організму.

Хочу вам представити методику реабілітації, яка може відстрочити або позбавити операції. За допомогою авторської індивідуальної методики та підходу в реабілітації щодо даного діагнозу БЛКП. Є доказові відео матеріали відновлення функціональності кульшового суглоба і до цього дня пацієнт не скаржиться на біль та порушення у лівій кінцівці. Під час вивчення захворювання ЛКП по рентген знімкам позитивної динаміки не виявлено. Пояснення ефективності методики не залежить від досліджень: МРТ, КТ, УЗД, Рентген; Показуємося, що можна розробити травмовану кінцівку в області кульшового суглоба. За допомогою витягу на блочному тренажері (Кросовер) з індивідуальним, вибором сили витягу, градусів витягу. Для того, щоб не посилити стану травми. Звіряти дані щодо витягу позитивної та негативної динаміки; У перших етапах реабілітації використовуються методи, масажні техніки та м'які мануальні прийоми для ручної розробки лівої та нижньої кінцівки, для покращення біомеханіки 2х н.к. І додаткових методик для покращання психологічного стану пацієнта, для подальшого розвитку та продуктивності у реабілітації.

У 3-4 етапі використовується метод імітації ходьби на милицях з вантажем і без, більше застосовується в 3 етапі і під кінець 3-го в переході на 4 -й етап використовується метод блочному тренажері (Кросовер) з протидією та допоміжною силою, для руху ходьби без опори на травмовану ліву кінцівку. Індивідуально підбирається градус і силу витягу, щоб створити легкість в імітації ходьби. Це найголовніші методи, які використовувалися в реабілітації хвороби ЛКП, які допомогли відновити функціональність кульшового суглоба, без участі опори на ліву травмовану кінцівку. У процесі розсаджування використовувалися 2 милиці для звикання перенесення ваги з ноги на ногу (використовується вантаж від 1кг до 3кг на ліву кінцівку з кріпленням на нижню третину гомілки). Для поступового звикання ходьби з 1 милицею проводиться для стабілізації опороситися під час ходьби та застосовується витягування з вантажем після ходьби вагою не більше 3 кг протягом 5 хв. щоб не викликати болючих відчуттів. У такому періоді використовується поняття «пропріорецепція», яка допомогла рівномірно стабілізувати нижні кінцівки у просторі.

У закріпленні результативності, дають себе знати домашній комплекс вправ і витягом в 3 підходи з вантажем стоячи по 5 хв. на добу. Останнім поставленим завданням була спрямована на самостійну ходьбу без милиць також імітація ходьби на блочному тренажері (кросовер) та розсадження на тренажері (бігова доріжка на малій швидкості з поступовим нарощуванням швидкості ходьби) тривалість невеликі 1го місяця.

Підвидам разом вдалося позбутися постійних гострих болів без медикаментозного лікування та хірургічного втручання, скутість у лівому тазостегновому суглобі усунута, анатомічні норми руху в ТБС відновлені, м'язові та кравці системи організму відновлені, ходьба без опори на милиці та болі. Метод реабілітації доводить, що можна уникнути операції при хворобі ЛКП на третій стадії.