

## СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ФІЗИОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОНАРТРОЗУ

**Берловський Д. О., Гнатюк В. В.**

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна*

*dberlovskiy@gmail.com*

**Вступ.** За даними ВООЗ за останні десятиріччя змінилася структура захворюваності населення: відбувся суттєвий зсув в сторону хронічної патології, в тому числі збільшилася кількість дегенеративно-дистрофічних захворювань. У розвинутих країнах світу відбувається неухильне старіння населення із збільшенням кількості хворих на остеоартроз. Соціальна значущість цієї хвороби пов'язана із розвитком непрацездатності та зниженням якості життя людини. Згідно з даними офіційної статистики, розповсюдженість остеоартрозом в Україні становить 2515,7 випадку на 100 тис. населення, захворюваність – 527,0 випадків на 100 тис населення. Серед усіх остеоартрозів, що діагностуються, найбільша частка випадків припадає на гонартроз.

Гонартроз (артроз колінного суглоба) є повільно прогресуючим незапальним дегенеративним захворюванням. При захворюванні відбувається зміна якості і кількості (в сторону стоншування) суглобового хряща. Основною скаргою є біль, яка зазвичай виникає при згинанні коліна, при підйомі по сходах, а також після тривалого перебування в положенні сидіти або лежачи. Біль вранці є типовою скаргою на ранніх стадіях. Саме біль є однією із найпоширеніших скарг, що змушує пацієнта звернутися до фізичного терапевта.

**Мета дослідження.** Дослідити сучасні методики фізіотерапевтичного втручання при лікуванні гонартрозу.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено під час лікування пацієнтки М., 17 років, яка звернулася до центру реабілітації за рекомендацією лікаря ортопеда-травматолога, після встановлених діагнозів дисплазія та остеоартроз обох колінних суглобів (2 ступеню).

Під час дослідження пацієнтки було проведено збір анамнезу; візуальне обстеження; оцінка ступеню інтенсивності болю за аналоговою шкалою (VAS), де 0 – відсутність болю, 10 – нестерпний біль; рентгенографія; мануальне-м'язове тестування (ММТ), за модифікованою шкалою Ловетта, де 0 – відсутність руху, 6 – виконання руху в повному обсязі з максимальною протидією, нормальна м'язова сила; оцінка ходи пацієнтки (10 метровий тест ходьби); гоніометрія колінного суглобу.

В продовж 5 тижнів лікування пацієнтка отримували наступні методи фізичної терапії:

1) терапевтичні вправи направлені: на корекцію зводу стопи, покращення її контролю; на посилення та розтягування плантарних згиначів, хамстрінгу, чотириголового м'язу стегна, м'язів тазу та відповідної групи стегна, м'язів грудного відділу хребта, спини та манжети плеча; на покращення балансу та координації тіла; на поліпшення крово- та лімфотоку в суглобах;

2) PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation) терапія з метою покращення контролю слабких м'язів.

3) міофасціальний реліз з метою розслаблення міофасціальних структур, за для покращення амплітуди, якості та вільності руху, зменшення болю.

4) гігієнічний масаж нижніх кінцівок наприкінці кожного заняття з метою міорелаксації та відновлення.

Матеріали фізичної терапії, що використовувались за 5 тижнів при лікуванні пацієнтки: сенсомоторна подушка, нестійка квадратна платформа, фішки, медбол вагою 1кг, гумова стрічка, степплатформа, м'яч та ролик для міофасціального релізу, масажний тапчан.

Оцінку ефективності методів фізичної терапії проводили шляхом порівняння вихідних даних та даних отриманих після 5 тижнів лікування.

**Результати та їх обговорення.** Метою проведення сучасних фізіотерапевтичних методик у хворих на гонартроз є формування правильного розподілу навантаження на тіло при фізичній активності, що має сприяти покращенню трофіки тканин суглобів та відновленню їх структури, запобігання рецидивів у майбутньому.

На початку дослідження нами був зібраний анамнез, який встановив, що пацієнтка професійно займається танцями та має скарги на біль у колінних суглобах та у спині між лопатками, який переважає продовжувати їй професійну діяльність, а також завдає проблем у повсякденному житті. Вранці та після незначних фізичних навантажень з'являється малорухомість в суглобах.

Оцінка ступеня інтенсивності болю суглобів за шкалою VAS – 7 із 10 балів; в області між лопаток – 3-4 бали.

Візуальне обстеження пацієнтки показало наявність: гіперемії шкіри над обома колінними суглобами; плоско-вальгусної деформації стоп; патологічний кіфоз грудного відділу хребта; помітну компенсацію м'язами попереку при піднятті рук до гори. При тестуванні ходи в пацієнтки в фазі Initial Contact (первинний контакт) відсутній плавний перехід з п'яти на носок, що свідчить про слабкість плантарних згиначів. За даними ММТ: слабкість м'язів гомілки (3 бали), відвідної групи стегна (4 бали), тазу (4 бали), попереку (4 бали). Вимірювання окружності колінних суглобів: правий – 38,2см, лівий – 37,8см.

Після п'яти тижнів курсу фізичної терапії були відмічені об'єктивні покращення, а саме: гіперемія та набряк колінних суглобів зникли, окружність суглобів на даний момент складає: правий – 35,7см, лівий – 35,5см, контроль стопи та колінна (при згинанні в положенні стоячи) покращено; майже повна відсутність больового синдрому: колінні суглоби – 0 балів та біль в спині – 1 бал. За даними ММТ слабкість м'язів гомілки, відвідної групи стегна, тазу та попереку – зменшилася та відповідає 5 балам.

**Висновки.** Використання сучасних методик фізіотерапевтичного втручання чинить позитивний вплив на перебіг гонартрозу та можуть бути рекомендовані у комплексному лікуванні.