

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННОГО СУГЛОБУ

Берловський Д.О

Науковий керівник: Гнатюк В.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

dberlovskiy@gmail.com

Актуальність. Однією з найпоширеніших причин звернення до фізичного терапевта в Україні та світі є біль в суглобах, адже проблеми з діартрозами притаманні людям будь-якого віку та з будь-якою ступеню фізичної активності. Остеоартроз колінного суглобу – це захворювання неінфекційного походження, при якому, перш за все, страждає гіаліновий хрящ суглобу, який з плином часу руйнується, що призводить до порушення функції суглоба, а в подальшому і до структурних змін інших компонентів суглоба та його деформації. За даними ВОЗ в Україні налічується більше 2.5 тисяч хворих на остеоартроз на 100 тисяч населення; 450 з них страждають на важку форму захворювання. Серед всіх артрозів, найбільша частка випадків припадає саме на гонартроз.

Мета роботи. Дослідити ефективність фізичної терапії при лікуванні остеоартрозу колінного суглобу.

Матеріали та методи. Оцінка ефективності методів фізичної терапії проводиться під час лікування пацієнти М., 17 років, яка звернулась до центру реабілітації за рекомендацією лікаря ортопеда-травматолога, після встановлених діагнозів дисплазія та остеоартроз обох колінних суглобів (2 ступеню). Під час дослідження було проведено збір анамнезу; об'єктивний огляд із вимірюванням показників об'єму колінних суглобів; оцінка ступеню інтенсивності болю за аналоговою шкалою (VAS), де 0 – відсутність болю, 10 – нестерпний біль); рентгенографія.

Методи фізичної терапії, що були залучені в перші два тижні при лікуванні пацієнтки з гонартрозом:

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 відвідної 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 в перші два тижні при лікуванні пацієнтки з гонартрозом: сенсомоторна подушка, нестійка квадратна платформа, фішки, медбол вагою 1кг, гумова стрічка, степплатформа, м'яч та ролик для міофасціального релізу, масажний тапчан.

Отримані результати. На початку дослідження був проведений збір анамнезу, згідно якого було встановлено, що пацієнтка професійно займається танцями і через біль, викликаний хворобою, не тільки не може продовжувати свою професійну діяльність, а й навіть підняти сходами без сильного дискомфорту. Після об'єктивного обстеження пацієнтки було виявлено наступне: плоско-вальгусна деформація стопи; слабкість м'язів гомілки, відвідної групи стегна, розгиначів стегна, тазу та попереку; патологічний кіфоз грудного відділу хребта; помітна

компенсація м'язами попереку при піднятті рук до гори; гіперемія та помітний набряк колінних суглобів, окружність яких складала: правий – 38.2см, лівий – 37.8см. Самою пацієнткою був відмічений сильний біль у колінних суглобах – оцінка 7 із 10. Окрім цього пацієнтка поскаржилась не тільки на больовий синдром, а й на малорухомість в колінних суглобах після незначних фізичних навантажень та після вставання вранці з ліжка. Додатково нею був виділений неспецифічний біль у спині, в області між лопаток, оцінений на 3-4 бали за шкалою VAS.

Після перших двох тижнів курсу фізичної терапії були відмічені об'єктивні покращення, а саме: гіперемія та набряк колінних суглобів зникли, окружність суглобів на даний момент складає: правий – 36.7см, лівий – 36.5см; контроль стопи та колінна (при згинанні в положенні стоячи) покращено; незначне зменшення больового синдрому: колінні суглоби – 5 балів за шкалою болю VAS та біль в спині – 3 бали за VAS; поліпшення контролю абдукторів та аддукторів стегна; дещо поліпшена гнучкість м'язів розгиначів та згиначів стегна; невелике покращення сили м'язів гомілки.

Наразі головною метою лікування пацієнтки є: відновлення цілісності структури суглобів, шляхом поліпшення їх трофіки та недопущення рецидивів у майбутньому, що є можливим тільки за умови формування правильного розподілення навантаження на тіло при будь-якій фізичній активності. Додатковою ціллю лікування є позбавлення від незначного болю в області між лопаток, шляхом корекції постави.

Висновки. Отже на даний момент ми спостерігаємо стабільну позитивну динаміку відновлення пацієнтки з гонартрозом 2 ступеню. Поставлені цілі потребують продовження лікування за обраною методикою та подальшого спостереження.

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПУЩЕННЯ НИРОК (НЕФРОПТОЗУ)

Біленко В.Д.

Науковий керівник: Гладченко О.М.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

gomk55@ukr.net

Актуальність. Нефроптоз (опущення нирки) – патологічний стан, при якому нирка зміщується відносно нормального положення більш ніж на два хребці вниз. У нормі при вдиху і видиху нирка може "мігрувати" на відстань 6-7 см.

Мета роботи. Проаналізувати причини виникнення та значення анатомо-фізіологічних особливостей розташування нирок які можуть сприяти зміщенню нирки в сторону малого тазу, що стає причиною патологічних загинів кровоносних судин нирки та сечоводу.

Матеріал та методи. Дослідження та аналіз сучасної наукової та науково-методичної літератури з даної проблеми. Розглянути завдання, клінічні ознаки та засоби попередження цієї патології.

Отримані результати. Згідно з медичною статистикою, набагато частіше нефроптоз зустрічається у жінок, ніж у чоловіків. Як правило патологічний процес зачіпає праву нирку, оскільки вона розташовується нижче лівої. Через рухливість нирок порушується: архітектура судинного сплетення, внаслідок чого вони мають тенденцію до витончення і звуження. Порушується кровопостачання нирки, може деформуватися сечовід, в нирках затримується сеча, що може призвести до розвитку інфекційно -запального процесу (пієлонефриту).