

РЕХАБИЛИТАЦИОННИ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ КОКСАРТРОЗА

Петя Романова; Мишел Йорданова; Петя Каснакова, дм; Мария Бечева, доктор, Мария Божкова, дм
Медицински университет – Пловдив, Медицински колеж
Специалност „Рехабилитатор“

Резюме: Коксартрозата е дегенеративно дистрофичен процес, засягащ ставния хрущял на тазобедрената става с прогресиращ характер. Заболяването засяга и костите, които образуват тазобедрената става, ставната капсула и съседните мускули и довежда до тежка инвалидизация. Мъжете боледуват три пъти по-малко от жените, при които заболяването се увеличава след 45 годишна възраст. В зависимост от причината, различаваме 2 вида коксартроза-първична и вторична. В caput femoris настъпват дистрофични дегенеративни процеси. Смутено е кръвообръщението, което в последствие води до коксартроза. В основата на заболяването стои несъответствието между натоварването на art.coxae и възможността тя да издържи тези натоварвания. Целта на рехабилитацията е възстановяването на нормалният обем на движение в тазобедрена става. Лечението започва веднага след откриването на заболяването и комплексните рехабилитационни мероприятия са от съществено значение за благоприятния изход на увредата. Рехабилитационните мероприятия включват: кинезитерапия, масаж и физикална терапия.

Ключови думи: коксартроза, рехабилитационни мероприятия, кинезитерапия

REHABILITATION ACTIVITIES IN CASE OF COXARTROSIS

Petya Romanova, Michel Yordanova; Petya Kasnakova, PhD; Maria Becheva, PhD Maria Bojkova, PhD

Medical University – Plovdiv, Medical College
Speciality of Physical Therapist Assistant

Abstract: Coxarthrosis is a degenerative dystrophic process affecting the joint cartilage of hip joint with progressive nature. The disease affects the bones which form the art.coxae, the joint capsule and the adjacent muscles and leads to severe disability. Men suffer 3 times less than women. In their case the disease progresses after the age of 45. Depending on the cause, we distinguish two types of coxarthrosis - primary and secondary. In the caput femoris there are dystrophic degenerative processes. Blood circulation is disturbed, which eventually leads to coxarthrosis. At the base of the disease is the discrepancy between the load of art.coxae and its ability to withstand these loads. The purpose of rehabilitation is the recovery the normal capacity of movement in the hip joint. The treatment begins immediately after the disease is diagnosed, and complex rehabilitation events are essential for the beneficial outcome of the disorder. Rehabilitation activities include: kinesitherapy, massage and physical therapy.

Key words: coxarthrosis, rehabilitation activities, kinesitherapy

Въведение

Коксартрозата се среща често и засяга 1% от населението. Над 40 годишна възраст страдат 80% от хората, като при 75% от всички болни се засягат жените и в 1/3 от случаите засягането е двустранно. Заболяването коксартроза е хронично, при което се получава увреждане и унищожаване на тазобедрената става, а именно ставните повърхности на костите, които формират ставата. Съществуват много причини за

възникване на коксартроза. Най-честата от тях е вродена дисплазия на тазобедрената става и с този факт се обяснява по-голямата заболяемост при жените.

Различаваме два вида коксартроза: Първичната се развива на базата на нормално конфигуриране на тазобедрената става, като за причини се приемат: обременяване на тазобедрената ставата, ендокринни фактори, съдови смущения, възрастова еволюция. Вторична - най-честите причини, които довеждат до коксартроза са заболявания на опорно-двигателен апарат като: фрактури на долен крайник и таза, костна туберкулоза, дисплазия на тазобедрената става, *Luxatio coxae congenital*, микротравми.

Хрущялът се износва в една или друга степен, атрофира и остатъците се осифицират. Епифизите на костите, образуващи тазобедрената става се подлагат от триенето на деструктивни и хиперпластични процеси, в следствие на което настъпват реактивно възпалителни изменения в синовията, ставната капсула, връзките, сухожилията. В следствие на този хиперпластичен процес се появяват остеофити, които срастват и се оформя анкилоза. Нормалният ъгъл между *collum femoris* и *diaphysis femoris* е около 125° - 126° . С течение на възрастта под влияние на теглещите сили на околоставната мускулатура и на увеличеното телесно тегло, този ъгъл може да претърпи промени. Увеличеният шийно-диафизарен ъгъл води до нарушение в правилното центриране на тазобедрената става, отразявайки се на по-лесното ѝ износване. Този ъгъл има значение и по отношение на натоварването на тазобедрената става. С намаляването на шийно-диафизарният ъгъл, натоварването на тазобедрената става намалява, а *collum femoris* се обременява. При увеличаване на този ъгъл ефектът е обратен - натоварването на тазобедрената става се увеличава, а натоварването на *collum femoris* намалява. За правилната статика на тазобедрената става и за правилна походка от особено значение е торзионният ъгъл. Това е ъгълът между *collum femoris* и *condilus lateralis et medialis*. При новородени, ъгълът е 31° , а при възрастни е 12° .

Съобразно етиопатогенезата се сочат вродени аномалии в развитието: *coxa vara*, *protrusion acetabuli*, *hondrodystrophia* и др. Прекарани възпалителни заболявания като ревматоиден артрит, остеоартрит, разстройства в кръвообръщението- асептична некроза на главата (*Morbus Perthes*, *Morbus Chandler*), есенциални асептични некрози, асептични некрози след счупване, изкълчване, някои общи заболявания като ендокринопатии, дисметаболизъм и др.

Първите сигнали за коксартроза са болките. Появяват се при ходене или физическо натоварване дълбоко в областта на гънката на слабините. В началото изчезват при покой и почивка, но по-късно започва да боли непрекъснато – дори нощем. Болезнеността може да се усеща по вътрешната страна на бедрото до коляното. Деформациите в ставата предизвикват скъсяване на крайника. Заедно с несъзнателното щадене на болния крак, то води до много сериозно накуцване, а в един момент и до невъзможност за движение без помощни опори–бастуни, патерици. Подвижността на крака в различни посоки става все по ограничена. Ставната капсула се свива, свиват се и мускулите, захванати за нея, което води до непроизволно стъгане на крайника, притеглянето му към другия и невъзможност за обръщане навътре.

Изложение

Рехабилитационните мероприятия започнат след поставянето на диагнозата. Коксартрозата се разделя на три стадия. Целта и задачите се определят в зависимост от стадия.

➤ Първи стадий

Началото на коксартрозата е бавно. Първият и основен симптом е болката, която в началото е слаба, бързо преходна и неопределена. Болката може да се локализира в ингвиналната гънка, по хода на бедрото (отпред) или в коляното. В по-напреднал

стадий се локализира в тазобедрената става. При раздвижване на ставата, болката намалява, но при натоварване се увеличава.

Ограничава се обема на движение в тазобедрената става - първо се ограничава вътрешна ротация, после екстензията и абдукцията, а по-късно постепенно и флексията. Налице е мускулен дисбаланс - скъсяват се външните ротатори, аддуктори и флексори, в следствие на което се образува флексорно-аддукторна, външно ротаторна контрактура. Куцането се дължи на болката още в ранен стадий и на скъсяване на крайника. Походката се нарушава и пациентът започва да ходи с малки крачки.

Рентгеновите промени са ограничено стесняване на ставната цепка и начални остеофити.

Задачите на рехабилитационните мероприятия се свеждат до намаляване на болката, поддържане на функционалната годност на тазобедрената става, подобряване на местното и общо кръвообращение, подобряване на трофиката на тазобедрената става, възстановяване на мускулния баланс, изграждане на здрав мускулен корсет и правилно телодържане, подобряване на походката и елиминиране на грешките, корекция на деформациите, отбременяване на ставата посредством помощни средства, профилактика на усложненията - мускулен дисбаланс, контрактури, анкилози.

Основните средства на кинезитерапията са: общо развиващи упражнения, упражнения за здравия крак (може и срещу съпротивление), суспенсия, пендуларни упражнения за тазобедрената става, постизометрична релаксация на аддуктори, флексори и външни ротатори, за *m.quadratus lumborum*, проприоцептивно нервно мускулно улесняване ПНМУ - методи за релаксиране (ЗО), аналитични упражнения - при болка от облекчено изходно положение, упражнения за паравертебрална и коремна мускулатура, изометрични контракции.

➤ Втори стадий

Пълната клинична картина е с умерено изразени ограничения на ставната подвижност: сутрешна скованост, силна болка, хипотрофия на абдуктори и екстензори, „*gluteus medius*“ походка, поради слаби стабилизатори на тазобедрена става и слабите екстензори в тазобедрена става, компенсаторна сколиоза, поради засилена лумбална лордоза, наблюдава се долен кръстосан синдром.

Рентгенови промени: стеснение на ставната цепка, изразени остеофити.

Задачите на рехабилитационните мероприятия се свеждат до увеличаване обема на движение, преодоляване на мускулния дисбаланс, намаляване лумбалната лордоза, корекция на деформациите и скъсяванията, правилно ходене, профилактика на усложненията.

Основните средства на кинезитерапията се акцентират върху упражненията за паравертебрална мускулатура, аналитични упражнения за слабите мускули срещу съпротивление, упражнения от дейностите от ежедневиия живот, корекция на деформациите. При скъсяване на крайника в рамките на 1-2см. се препоръчва надграждане тока на обувката на крака.

➤ Трети стадий

Подвижността е силно ограничена, движенията са затруднени, затруднено е изкачването и слизането по стълби, пациентът ходи с малки крачки, силно изразен мускулен дисбаланс, затруднени са движенията като седане и ставане.

Рентгенови промени: почти изчезва ставната цепка, уплътняване на епифизите, капсулна фиброза, остеофити, вътреставни тела.

От параклиничните изследвания липсват данни за активен възпалителен процес. Реакцията на утайката е нормална.

Основна цел и задача на рехабилитацията е да се запази и минималното движение в ставата.

Работи се от облекчено изходно положение, строго аналитично за засегнатите мускули. Прилага се обучение в ходене, като времето на маховата и опорната фаза трябва да е еднакво, както и подводна гимнастика. При анкилози и тежки контрактури се препоръчва извършване на ендопротезиране.

От физиотерапевтичното лечение се прилагат богатата гама от процедури. Основната му цел е да се забави прогресирането на процеса, да се подобри трофиката на ставата, да се намали болката, да се повлияе на мускулния дисбаланс, реактивния синовит, да се увеличи обема на движение. Използваме следните видове електролечебни процедури:

1. За болката - ЕФ или ДДФ с лидокаин, DF2' CP5' LP7', TENZ, СМТ 3/4 род (в острия стадий 100-150 Hz 25% 4', в хроничен период 50Hz, 10-20 Hz 75-100% 6'), ИТ 90-100 Hz, след това се преминава към 0-100 Hz, УФФ – с цел да се предотврати фибролизиранието и да се разнесе реактивния синовит;

2. При наличие на реактивен синовит - магнит, СМТ 1 и 2 род, УВЧ - атермични дози 10', криоелектро фореца;

3. За засилване на m. vastus medialis - ES за здрави мускули;

4. Балнеолечение - два пъти годишно в Баня (Карловско), Поморие, Павел баня, Велинград, Кюстендил.

Благоприятно е действието на лечебния масаж при коксартроза. Препоръчително е той да обхваща тазовия пояс, кръста и долен крайник като се акцентира на бедрото. Поради това, че ставата е дълбоко разположена и трудно достъпна за пряко обработване, масажът се насочва предимно върху мускулатурата. Чрез енергични и дълбоки похвати се обработват слабите мускули, за скъсените мускули се прави релаксиращ масаж.

Заклучение

Терапията трябва да следва строгата последователност на рехабилитационните алгоритми и да се съобразява с индивидуалните особености на всеки пациент, като се подхожда комплексно и всестранно в кинезитерапевтичните програми.

Подмяната на тазобедрената става с изкуствена се прилага в напредналите стадии на увреждане на тазобедрената става, когато методите на консервативното лечение (противовъзпалителни и болкоуспокояващи медикаменти, рехабилитационните дейности) са изчерпали възможностите си.

Рехабилитационните дейности са от решаващо значение за развитието и изхода на заболяването, ефективното съчетаването на физиотерапевтичните процедури, лечебния масаж и кинезитерапията спомагат за пълноценно възстановяване и подобряване качеството на живот на пациентите с коксартроза.

Библиография:

1. Каранешев Г. Теория и методика на лечебната физкултура, Медицина и физкултура, София, 1991
2. Краев Т., Учебник по лечебен масаж специална част, Епсид, София, 2007
3. Попов Н. Въведение в кинезитерапията. Основни средства и методи, НСА прес
4. Рязкова М. Практическа клинична физиотерапия, "Знание" ЕООД 1999
5. Ставрев П., А. Атанасав. Ортопедия и травматология. Пловдив, 2011
6. <http://www.lechitel.net/коксартроза-2/>
7. <http://www.dar-center.com/article/?article=281>