

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-479-5-19>

PHYSICAL THERAPY OF PATIENTS AFTER ARTHROSCOPIC TREATMENT OF BAKER'S CYST

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АРТРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТИ БЕЙКЕРА

Pustovoit B. A. **Пустовойт Б. А.**

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Head of the Department
of Physical Therapy
Kharkiv State Academy of Physical Culture
Kharkiv, Ukraine*

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри фізичної терапії
Харківська державна академія
фізичної культури
м. Харків, Україна*

Shevich D. A. **Шевич Д. А.**

*2nd year master's student
Kharkiv State Academy of Physical Culture
Kharkiv, Ukraine*

*студент 2 курсу магістратури
Харківська державна академія
фізичної культури
м. Харків, Україна*

Вступ. Кістою Бейкера, за Бородаєм О.Л., Клапчуком Ю.В. (2016), називається ущільнення м'якого, еластичного характеру, що знаходиться у вигляді пухлини в підколінній ямці колінного суглобу (КС) [1, с. 77]. Це синовіальна кіста, особливість якої полягає в тому, що її обсяг збільшується в процесі розгинання суглоба, тим самим з'являється можливість її пропальпувати. При згинанні відбувається протилежне – кіста зменшується, а іноді повністю зникає.

Так, кіста Бейкера, або литково-напівперетинчастий бурсит, виникає при надмірному накопиченні синовіальної рідини у порожнині КС із подальшим її перетіканням через отвір у задньо-медіальному відділі капсули у литково-напівперетинчасту бурсу [2, с. 234]. Найявністю кісти Бейкера найчастіше поєднується з ушкодженнями менісків (83%), серед яких превалює порушення заднього рогу внутрішнього меніску та реєструється від 5% до 32% у віковій групі між 35 і 70 роками відповідно [3, с. 823].

Найчастішим методом лікування є артроскопічні втручання [1, с. 78]. Реабілітація після оперативного лікування кісти Бейкера передбачає поліпшення функціональності КС, відновлення трофіки м'яких тканин та нервів після тривалого їх стискання, відновлення обсягу рухів у КС [4, с. 23]. З цією метою застосовують фізичну терапію (ФТ) у складі кінезотерапії, лікувального масажу (ЛМ), фізіотерапевтичного втручання, кінезіотейпування та інших методик [5, с. 43], але цілісна програма ФТ при даній патології на даний час відсутня.

Мета роботи – науково обґрунтувати, розробити та оцінити ефективність застосування програми ФТ пацієнтів після артроскопічного лікування кісти Бейкера.

Методи та організація дослідження. Для визначення клініко-функціонального стану організму пацієнтів після артроскопічного втручання з приводу кісти Бейкера та з метою проведення оцінки ефективності використання розробленої програми ФТ були використані наступні методи дослідження [6, с. 369]: аналіз джерел спеціальної літератури щодо проблем ФТ після артроскопічних втручань з приводу кісти Бейкера (Medline, EmBase Web of Science, PubMed, Cochrane Database) та наукових джерел бібліотек України;

використання діагностичних шкал та опитувальників (шкала оцінювання функціонального стану КС – Lysholm – Gillquist [7, с. 29–30], оцінювання сили м'язів стегна за шкалою шкала Ловетта [8, с. 182], шкала оцінювання повсякденної активності КС – Knee Outcome Survey Activities of Daily Living (ADLS) [9, с. 1447], вербальна шкала болю – Verbal Descriptor Scale Gaston-Johansson F. [10, с. 98], метод математичної статистики.

Дослідницька частина роботи виконувалася в ДУ «Інститут патології хребта та суглобів НАМН України» (відділення патології крупних суглобів з денним стаціонаром) у відповідності до договору про співпрацю між Інститутом та Харківською державною академією фізичної культури.

Для клінічного спостереження були відібрані пацієнти, у яких після діагностування кісти Бейкера проводились артроскопічні втручання. Вік пацієнтів становив 45-55 років. Пацієнти були розділені на дві групи – основну групу (ОГ) – 9 пацієнтів та контрольну (КГ) – 8 пацієнтів. При обробці даних щодо віку, статі та морфо-функціонального стану організму пацієнтів обох груп до проведення ФТ достовірних розходжень не було виявлено, що дозволило вважати групи підбраного контингенту однорідними. Усі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Результати та обговорення. В ході дослідження була розроблена програма ФТ для пацієнтів ОГ, що була розрахована на 6 тижнів та включала декілька методів: кінезотерапію (за чотирма періодами: ранній післяопераційний, пізній післяопераційний, відновлювальний, тренувально-адаптаційний); ЛМ (фінський метод масажу); фізіотерапевтичне втручання – лазеротерапію, електростимуляцію м'язів передньої групи стегна. Пацієнтам КГ була запропонована традиційна методика відновлення.

Повторне обстеження пацієнтів обох груп проводилось через 1,5 місяця застосування ФТ, при цьому в загальному стані пацієнтів ОГ та КГ відбулися позитивні зміни, а саме суттєво зменшилась кількість

скарг, зникли прояви сіновіту, збільшився обсяг рухів в КС, покращилася якість життя.

Отримані параметри функції ушкодженої кінцівки за шкалою досліджень Lysholm – Gillquist до впровадження програм ФТ у пацієнтів в ОГ в середньому склали 91 бал (за шкалою Lysholm – Gillquist – відмінний результат), а у пацієнтів КГ – 80,7 балів (це задовільний результат). Отже, середні показники оцінки функції ушкодженої кінцівки за шкалою Lysholm – Gillquist у пацієнтів ОГ були значно кращі, ніж у пацієнтів КГ ($p < 0,05$).

Визначення статичної витривалості (СВ) чотириголового м'яза стегна за Ловеттом у пацієнтів в ОГ засвідчило після проведення ФТ зниження до 75% від норми у 7 пацієнтів (77,7%), зниження до 50% від норми у 2 пацієнтів (22,3%), зниження до 25% від норми не було. СВ чотириголового м'яза стегна, що відповідає нормі, у пацієнтів КГ була після ФТ у 3 пацієнтів (37,5%). СВ чотириголового м'яза стегна у пацієнтів КГ була знижена до 50% від норми у 4 пацієнтів (50,0%), знижена до 25% від норми у 1 пацієнта (12,5%). Середній сумарний показник СВ у пацієнтів ОГ склав 69,4%, у пацієнтів КГ – 56,2% ($p > 0,05$).

Проведене визначення динамічної витривалості (ДВ) чотириголового м'яза стегна після проведення ФТ довело, що цей показник у пацієнтів ОГ був знижений до 75% від норми у 7 пацієнтів (77,7%), знижений до 50% від норми у 2 пацієнтів (22,3%).

Визначення ДВ чотириголового м'яза стегна у пацієнтів КГ довело, що вона була знижена до 75% від норми у 3 пацієнтів (37,5%), знижена до 50% у 5 пацієнтів (62,5%).

Середній сумарний показник ДВ у пацієнтів ОГ склав 69,4%, у пацієнтів КГ – 59,4% ($p > 0,05$).

Середні показники функціонального стану чотириголового м'яза стегна за Ловеттом у пацієнтів ОГ були статистично кращими, ніж у пацієнтів КГ ($p < 0,05$).

Результати оцінки повсякденної активності нижньої кінцівки та ушкодженого КС за шкалою ADLS продемонстрували, що:

- у пацієнтів обох груп є покращення показників порушення активності КС (повне здоров'я – 50 балів);
- показники пацієнтів ОГ – 49,7 бали статистично кращі, ніж у пацієнтів КГ – 38,9 бали ($p < 0,05$).

За результатом опитування, середні показники інтенсивності больового синдрому в обох групах пацієнтів до проведення ФТ за шкалою Gaston-Johansson помірний больовий синдром.

Після проведення ФТ біль став меншим у пацієнтів обох груп, однак у пацієнтів ОГ показник болю (4 бали) був статистично меншим, ніж у пацієнтів КГ (14 балів) ($p < 0,005$).

У всіх пацієнтів ОГ, що перебували під наглядом під час дослідження, після проведення програми ФТ у відновлювальному періоді, отримані відмінні та добрі результати лікування.

Висновок. Розроблена та випробувана в клініці програма ФТ для пацієнтів після оперативного артроскопічного лікування кісти Бейкера показала свою життєздатність і може бути рекомендована для використання в закладах охорони здоров'я.

Література:

1. Бур'янов О. А., Клапчук Ю. В., Бородай О. Л. Ендоскопічне трансартикулярне лікування кісти Бейкера. *Літопис травматології та ортопедії*, 2016. №1-2 (33-34). С. 140–144.
2. Прозоровский В.П. Выбранные лекции з ортопедии та травматологии : монография. Харьков, 2007. 336 с.
3. Haiser S., La Briola J. H., Mayers M. H. Arthrography of the knee. *Radiology*, 1962. 79, 822–828.
4. Будзин В., Гузій О., Жарська Н. Сучасні підходи до фізичної реабілітації осіб з деформуючим остеоартрозом. *Молода спортивна наука України*. 2015. № 3. С. 21–26.
5. Гончарук Н.В., Безязична О.В., Дмитренко О.А. Комплексна фізична реабілітація жінок першого зрілого віку після артроскопічної операції з приводу комбінованого ушкодження меніску та зв'язок колінного суглоба в умовах поліклініки. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2014. №3 (41). С. 40–44.
6. Гайко О. Г. Оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів після артроскопічних втручань у хворих з ушкодженнями менісків та передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба. *Зб. наукових праць XVII з'їзду ортопедів-травматологів України*. Київ, 2016. С. 369–369.
7. Bengtsson J., Mollborg J., Werner S. A study for testing the sensitivity and reliability of the Lysholm knee scoring scale. *Knee Surgery, Sports Traumatology and Arthroscopy*, 199. 4, 27–31.
8. Kendall F.P., Kendall McCreary E., Provance P.G. Muscles—testing and function. 4th ed. Williams and Wilkins. 1993. pp. 179–190.
9. Gonçalves R.S., Cabri J., Pinheiro J.P. Cross-cultural adaptation and validation of the Portuguese version of the knee outcome survey-activities of daily living scale (KOS-ADLS). *Clin. Rheumatol.* 2008; 27: 1445–1449.
10. Gaston-Johansson F., Albert M., Fagan E., Zimmerman L. Similarities in pain descriptions of four different ethnic-culture groups. *Journal of Pain and Symptom Management*. 1990. Vol. 5(2). P. 94–100.