

MANAGEMENTUL TRATAMENTULUI DE RECUPERARE A PACIENŢILOR DUPĂ ARTROPLASTIE DE ŞOLD

Anişoara Cimil,

IMSP Spitalul Clinic de Traumatologie şi Ortopedie

docim.@ mail.ru 079038939

Summary

The evaluation of efficacy of rehabilitation program in patients after total knee replacement was performed at the orthopedic Department of Functional Rehabilitation in Traumatology and Orthopedics. The study included 88 patients who underwent primary total hip replacement, after all patients were recommended to take an outpatient rehabilitation course during the period from 20.03.2011 to 20.03.2014. In the post-rehabilitation group of patients statistically trustworthy improvement of hip joint function were noted directly after completion of the rehabilitation program.

Key words: rehabilitation, hip replacement

Резюме. Реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренного сустава

Рассмотрена динамика функциональных показателей для оценки результатов в раннем периодах реабилитации после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у 88 больных в период с 20.03.2011 по 20.03.2014 в отделении функциональной реабилитации в травматологии и ортопедии КБТО. Достоверные преимущества в функции тазобедренного сустава в группе прошедших курс реабилитации в раннем периодах.

Ключевые слова: реабилитация, эндопротезирование тазобедренного сустава

Artroplastia de şold reprezintă tratamentul de elecție al maladiilor degenerativ-distrofice cronice al articulațiilor coxofemorale și altor afecțiuni invalidante, soldate cu impotență funcțională marcată iar tratamentul recuperator este predecesorul indispensabil tratamentului chirurgical. Prin recuperare se urmărește restabilirea cât mai deplină a capacității funcționale pierdute, precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatorii, care ar asigura independența verticalității și mersului funcțional [2,4,7].

Evaluarea rezultatelor artroplastiei cu endoproteze de şold la diverse loturi de pacienți în perioada postoperatorie, a permis aprecierea stării funcționale în dinamică a acestora, dovedind indispensabilitatea tratamentului recuperator în perioada precoce. Principiul precocității în condițiile unei etiologii stabilite, este bazat pe obiectivele recuperării: refacerea supleții articulare, tonifierea musculaturii deficitare și combaterea durerii, reeducarea mersului la diferite etape, restabilirea sensibilității proprioceptive.

Material și metode

În grupul de cercetare au fost evaluați 88 pacienți (22 bărbați – ceea ce constituie 25% și 66 femei respectiv, 75%) interveniți chirurgical cu artroplastie de şold internați în secția de Reabilitare IMSP SCTO în perioada 20.03.2011-20.03.2014.

În perioada postoperatorie pacienții lotului respectiv au beneficiat de un complex terapeutic-medicamentos, fizical și kinetic adaptat manifestărilor clinice fiecărui pacient în parte. Anterior s-au aplicat

metodici standarde de testare: goniometrie, testare manuală a forței musculare și aprecierea rezistenței mușchilor periarticulari, gradul insuficienței funcționale și sensibilitatea proprioceptivă, precum și analiza tulburărilor degenerativ-distrofice conform examenului radiologic.

În primele zile postoperator pacientul este posturat în poziție neutră pentru a evita dezvoltarea flexiunii articulației coxofemorale, asociate cu exerciții de întindere musculară (stretch) intervenim cu exerciții izometrice a mușchilor gambieri și cvadriceps. După necesitate asociem factori fizici cu efect analgetic sau antiinflamator, ameliorând substanțial gradul de mobilitate al membrului. Exercițiile izodinamice se efectuează în toate planurile limitând flexia exagerată (peste 55°) și adducția bruscă [5, 8].

Verticalizarea precoce se inițiază la a 2-3-ea zi postoperator cu sprijin unipodal pe membrul sănătos câte 10-15 min. de 2 ori pe zi, membrul operat fiind menținut în poziție de abducție; treptat timpul se prelungește în funcție de starea pacientului. În cazul protezei cimentate, la sfârșitul celor șase săptămâni se schimbă cadrul de mers cu cârja cubitală în mâna controlaterală, peste 4-6 luni; În cadrul protezei necimentate mersul cu cadrul desfășurat între 6 și 12 săptămâni. Poziția activă în pat cu sprijin pe membre se permite, exepând membrul operat, care e menținut în poziție de extensie. Reeducarea mersului începe mai devreme decât așezarea, care este permisibilă în cazul unui bilanț articular coxofemural de 50°-60° (volum

articular care poate fi atins la aproximativ 7 zile după aplicarea tratamentului kinetic) pentru a preîntâmpina flexia exagerată a articulației.

Programul de recuperare a mersului debutează prin recuperarea menținerii echilibrului în ortostatism, cu exersarea la bare paralele. Terapia fizică cu scop antalgic și de îmbunătățire a mobilității articulare s-a realizat la toți pacienții lotului nostru, urmărindu-se rezultatele semnificative și s-a putut aplica segmentar sau general. Fizioterapia se adresează în primul rând simptomelor algice, hiperemiei, edemului și limitării mobilității care realizează un cerc vicios, iar intensitatea lor este modificată în acord cu evoluția clinică și posibilele modificări radiologice [2,3].

La a 6-7 zi permitem mișcări pasive izodinamice rezistive în articulațiile coxofemorale și genunchi, iar de la a 9-10 zi se permit exerciții la veloergometru cu sprijin unipodal. Paralel pacientul este reeducat pentru flexia activă în articulația coxofemorală, genunchi și ridicarea membrului în extensie. La 12-14 zi după înlăturarea suturilor sunt indicații mai ample pentru reeducarea mersului în cârje, cu încărcare progresivă, utilizând planul înclinat la o înclinație de 30 grade. Această înclinație asigură o încărcare a șoldului cu 25% din greutatea corpului. Criteriul după care se stabilește progresivitatea încărcării este durerea. Dacă durerea este intensă, programul de recuperare se întrerupe [1,6,8].

Numai la săptămâna a 3-ea se permit exerciții pentru reeducarea adducției se evita mișcările bruște a adducției/ se inițiază mersul sprijinit în cârje pe suprafețe denivelate și coborâtul-urcatul scărilor; se reeducă mersul cu sprijin în cârje axilare: înaintarea sincronă a membrului neoperat cu cârja din partea membrului operat și invers care continuă timp de 6-8 săptămâni.

Rezultate și discuții

Conform datelor goniometriei bilanțul articular coxofemoral al pacienților tratați la a 2- 3-ea săptămână atinge în medie 65 grade (**45-80 grade**) ceea ce corespunde cu 60% din bilanțul articular deplin [4,8]. Recuperarea precoce a permis obținerea unui bilanț articular major în protezarea de șold ceea ce confirmă eficiența curei de recuperare.

Dacă preoperator a persistat un deficit de volum articular, este așteptat și un oarecare grad de redoare și postoperator. În primele 3 săptămâni după endoprotezare de șold, se atinge aproximativ 65-75% din volumul articular total, care urmează a fi restabilit. Construcția endoprotezei de șold permite un volum de flexie de 90 grade, asocierea abducției permite atingerea unui volum de 110-120 grade. Acest volum articular este suficient pentru efort diurn, iar încercarea de a forța volumul articular dăunează potențialul

articular [6,7]. Pentru a preîntâmpina redorile în adducție se efectuează balansări anterioare-posterioare a bazinului în decubit dorsal.

Aprecierea funcției articulației protezate se efectuează prin intermediul scalelor Judet, D' Abignie, Shepherd care sunt selective pentru aprecierea funcției în recuperarea artroplastiei de șold [4,6]. Metodele includ în sine analiza funcției articulației axate pe intensitatea durerii, mobilitatea articulară, calitatea mersului.

Scala Harris nu este selectivă pentru aprecierea funcției șoldului protezat, dar permite analiza capacității funcționale a articulației coxofemorale în diverse maladii și se focusează pe următorii parametri: intensitatea durerii cuantificată în variația de la 44 până la 1 puncte; funcția mersului (claudicație, mers cu sprijin sau fără, distanța parcursă) cuantificată în limitele gradației de la 47 până la 1 puncte. Amplituda articulară și prezența diformităților sunt cunoscute în limitele gradației de a câte 5 puncte. ADL (activities of daily living) este cuantificat în limitele gradației de la 10 la 1 puncte [1,3,5].

S-au efectuat evaluări standardizate al intensității durerii și dinamicii potențialului funcțional în perioada pre-recuperare și post-recuperare conform parametrilor scalei Harris; s-a stabilit diferența de punctaj de la 56 puncte pre-recuperator, în dinamică ascendentă până la 74 puncte post-recuperator la aproximativ 38% pacienți, creșterea punctajului de la 65 până la 83 puncte la aproximativ 36% din pacienți și respectiv creșterea punctajului de la 80 la 89 puncte la 26% pacienți conform scalei Harris.

Concluzii

Studiul în cauză a permis elucidarea eficienței tratamentului recuperator al artroplastiei de șold precum și necesitatea aplicării recuperării la etapa precoce postoperatorie. Programele recuperatorii utilizând mijloacele sale specifice, prin aplicarea obiectivelor complexe permit, conform evaluărilor de prognostic și identifică perspective de recuperare eficientă a funcțiilor alterate în cadrul tratamentului artroplastiei de șold.

Bibliografie

1. Darmonov A.V., Zagora S.-Clinical screening for congenital dislocation of the hip, J.Bone Joint Surg.,1996 78(3):383.
2. King L.-Case study:physical therapy management of hip osteoarthritis prior to total hip arthroplasty, J,Orthop. Phys. Therapy, 1997, 26.
3. Hugh U., Cameron S., Brent Brotzman, Marylyle Boolos -Rehabilitation After Total Joint Arthroplasty, 2010, 78.
4. Steinberg M.E., Lotke P.A.,- Postoperative Management of Total Joint Replacement, Orthop. Clinic. Norh. Am., 1988, 19.

5. Sbenghe T., - Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Edit. Medicală, București, 1987.

6. Gelu Onose – Recuperare, Medicină, Fizică și Balneoclimatologie, Edit. Medicală, București, 2008, 63-98.

7. Dinu M. Antonescu – Patologia Aparatului Locomotor vol. II, Edit. Medicală, București, 2010, 847.

8. Iaroslav Kiss – Fiziokinetoterapia și Recuperarea Medicală, Edit. Medicală, București, 2012,98.
