



# Організація мультипрофесійної реабілітаційної допомоги при ендопротезуванні кульшового суглобу

Асистент кафедри медичної реабілітації та медико-соціальної експертизи Ціхомський А.М.



# Поширеність

- За даними епідеміологічних досліджень, на ОА хворіють 10–20% населення планети, в 10% випадків захворювання є причиною стійкої втрати працездатності. Сьогодні ознаки ОА виявляють у 50% українців віком понад 65 років і в 80% осіб старше 75 років, причому серед хворих на ОА молодого віку переважають чоловіки, а літнього — жінки
- (Шманько В.В. и соавт., 2012; Поворознюк В.В. та співавт., 2013).
- Станом на 2010 рік у США щорічно проводилось понад 600 000 процедур ТНА; очікується, що цей об'єм збільшиться на 174% до 2030 року.
- Kurtz S, Ong K, Lau E, Mowat F, Halpern M: Прогнози первинної та ревізійної артропластики стегна та коліна у США з 2005 по 2030 рік. *J Bone Joint Surg Am* 2007; 89: 780–785.

## Основні показання до ендопротезування кульшового суглоба

- коксартрози III-IV стадії (за класифікацією Kellgren J. H., Lawrence J. S.) первинні і вторинні різної етіології;
- асептичний некроз голівки стегна;
- двосторонній фіброзний або кістковий анкілоз кульшових суглобів;
- пухлинні процеси в голівці і шийці стегнової кістки, що вимагають резекції кульшового суглоба;
- несправжні суглоби шийки стегнової кістки з втратою кісткової тканини;
- переломи шийки стегнової кістки (при зміщеннях Gardner III, IV; Pauwels II, III ст.).

## Абсолютними протипоказами до тотального ендопротезування є:

- важкі хронічні захворювання серцево-судинної системи (декомпенсовані вади серця, СН III ст., складні порушення серцевого ритму, порушення провідності)
- патологія апарату зовнішнього дихання з хронічною ДН;
- захворювання сечовидільної системи з нирковою недостатністю 2-3 ступеня;
- печінкова недостатність 2 -3 ст.;
- патологія ендокринної системи, що не піддається корекції
- психічні захворювання;
- запальний процес в області передбачуваної операції;
- технічна неможливість установки протеза;
- геміпарез на боці запланованої операції.

## Відносними протипоказами до тотального ендопротезування є:

- наявність гострої патології з боку внутрішніх органів;
- загострення або декомпенсація хронічних соматичних захворювань;
- ожиріння 3 ступеня;
- гормональна остеопенія;
- прогресуючий остеопороз різного генезу;
- варикозне розширення вен нижніх кінцівок.



# Сучасні ендопротези



# Класифікація ендопротезів кульшового суглоба

## За конструкцією:

- однополюсні;
- двополюсні.

## За типом фіксації:

- Цементний;
- Безцементний;
- Гібридний.

## За парою тертя:

- Метал-метал;
- Метал-поліетилен;
- Кераміка-поліетилен;
- Кераміка-кераміка





# Ускладнення

---

- Тромботичні ускладнення (ТЕЛА, тромбоз глибоких вен нижньої кінцівки)
- Інфекційні ускладнення
- Ускладнення анестезії в тому числі смерть

# Профілактика тромботичних ускладнень

---

- Тріада Вірхова:
- сповільнення току крові,
- пошкодження судинної стінки,
- порушення в системі коагуляції.

**Таблиця. Засоби профілактики розвитку  
тромбоемболічних ускладнень**

<b>Засіб</b>	<b>Тип</b>
Колготи з градуйованою компресією	Механічний
Непостійна пневматична компресія	Механічний
Аспірин	Фармакологічний
Низькофракційний (нефракційний) гепарин	Фармакологічний
Гепарини низької молекулярної ваги	Фармакологічний

# Низькомолекулярні гепарини

- Першу дозу препарату вводять за 12 годин до початку оперативного втручання
- Наступне введення препарату здійснюють кожні 24 години. Профілактичне введення препарату здійснюють до повної активізації пацієнта (7-10 діб). При високому ризику 3 тижні.
- Контроль згортання крові не є необхідним, оскільки показники традиційної коагулограми протягом курсу лікування не змінюються.
- У зв'язку з небезпекою розвитку гепариніндукованої тромбоцитопенії необхідно постійно контролювати рівень тромбоцитів незалежно від дози НМГ. Підрахунок кількості тромбоцитів проводять до початку призначення препарату або не пізніше ніж через добу після призначення препарату та в подальшому двічі на тиждень протягом усього терміну лікування.
- Пацієнти літнього віку (понад 65 років). Небажані комбінації з ацетилсаліциловою кислотою. Збільшується ризик кровотечі (пригнічення функції тромбоцитів під дією саліцилатів та ураження слизової оболонки шлунково-кишкового тракту). Слід застосовувати засоби, що не належать до саліцилатів (наприклад, парацетамол).

# КЛЕКСАН (CLEXANE), еноксапарин



- Хірургічні операції, які супроводжуються високим ризиком тромбоутворення. Операції на кульшовому, колінному суглобах. Доза становить 4 000 анти-Ха МО (0,4 мл ) один раз на добу. Режим дозування, що був досліджений, передбачає введення першої ін'єкції 4 000 анти-Ха МО (повна доза) за 12 годин перед операцією або першої ін'єкції 2 000 анти-Ха МО (половина дози) за 2 години перед операцією.
- Тривалість лікування. Лікування НМГ (низькомолекулярними гепаринами) слід продовжувати, разом із накладанням звичайних компресійних еластичних пов'язок на ноги доти, доки пацієнт зможе повноцінно і активно пересуватися
- лікування НМГ має тривати менше 10 днів, доки у пацієнта існує ризик розвитку венозної тромбоемболії

# Інфекційні ускладнення



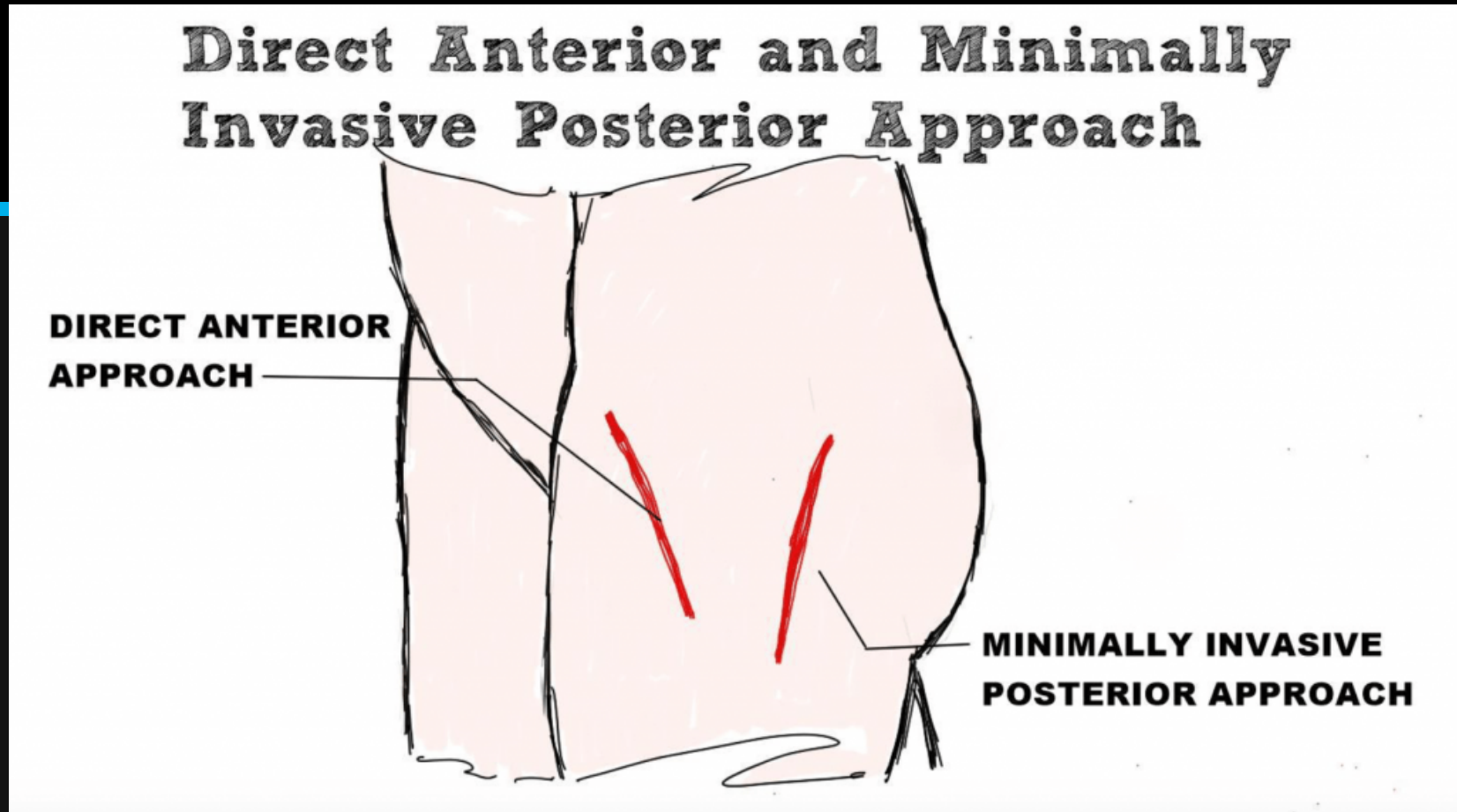
- Наразі зареєстрований рівень зараження після артропластики становить близько 1% (Sculco TP. Економічний вплив інфікованої артропластики суглобів. *Ортопедія* . 1995 р. (9) вересня: 871-3)
- Ризик інфекції пов'язаний з більш тривалою операцією, більшою втратою крові, тривалістю госпіталізації, загальною кількістю операцій, (Bozic KJ, Ries MD. The impact of infection after total hip arthroplasty on hospital and surgeon resource utilization. *J Bone Joint Surg Am*. 2005 Aug. 87(8):1746-51.)

# Антибіотикотерапія

- Поточне використання 1 дози доопераційно та 24 години післяопераційно є останньою рекомендацією Міжнародної наради консенсусу щодо перопротезних інфекцій у 2013 році.
- (Gehrke T., Parvizi J. Європейська федерація національних асоціацій ортопедії та травматології; Rolle (Швейцарія): 2013. Матеріали Міжнародної наради з консенсусу щодо перипротетичної інфекції суглобів)
- Протезні суглобові інфекції, хоча і рідкісні, є серйозним ускладненням, оскільки вони ставлять потенційно багаторазові подальші операції, можливу невдачу викоринити інфекцію та довічну непрацездатність.
- ([Arthroplast Today](#). 2018 Mar; PMCID: PMC5859629, PMID: [29560408](#), (Postoperative prophylactic antibiotics in total joint arthroplasty) [Adolph J. Yates, Jr.](#),
- Зазвичай ревізійні оперативні втручання з приводу інфекційних ускладнень потребують вилучення компонентів імпланта
- Інфекційні ускладнення після ендопротезування суглобів. М.П. Грицай, д. мед. н., професор, Г.Б. Колов, к. мед. н., В.М. Цокало, к. мед. н., ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

# Доступ

- **Передній:** пацієнт може схрещувати ноги та внутрішньо обертати стегно, хоча положення, що передбачають екстремальне розгинання стегна та зовнішнє обертання, можуть призвести до вивиху



- **Задній:** Без згинання стегна за межі 90 °
- Відсутність схрещування ніг як в колінах так і в гомілках(аддукція стегна більше нейтрального положення)
- Жодного внутрішнього обертання стегна більше нейтрального положення



## Переваги прямого переднього доступу

- менше обмежень після операції. Відразу ж після операції при передньому прямому підході, пацієнти можуть:
- вільно переміщувати стегно
- схрещувати ноги
- зручно сідати
- ходити вгору вниз по сходах
- водити машину

## Переваги заднього мало інвазивного доступу

- універсальний підхід
- Хороший доступ до вертлюжної западини
- Зберігає м'язи що відводять стегно - середній сідничний м'яз і малий сідничний м'яз
- Мінімізує ризик післяопераційної відвідної дисфункції
- Кращий при складних деформаціях
- Цементна або безцементна фіксації протеза може бути обрана під час операції
- Операція, як правило коротша
- Немає обмежень за типом імплантата, який може бути використаний

## Недоліки прямого переднього доступу

- Прямий передній доступ більш технічно складний для ортопеда і вимагає більше досвіду.
- Такий підхід не підходить для пацієнтів з ожирінням і тих, хто дуже м'язисті. Операція - на 2-3 години, довше, ніж при задньому, що збільшує ризики ускладнень операції

## Недоліки заднього мало інвазивного доступу

- Більше ризиків дислокацій
- Повинні бути вжиті додаткові заходи безпеки після процедури:
  - сидіти у високому кріслі
  - має бути підняте сидіння унітазу
- Біль при сидінні на місці розрізу
- Перші чотири тижні реабілітація повільніше
- Обмеження водіння автомобіля - пропонується не водити машину протягом перших 6-х тижнів після операції

# Ризик вивиху

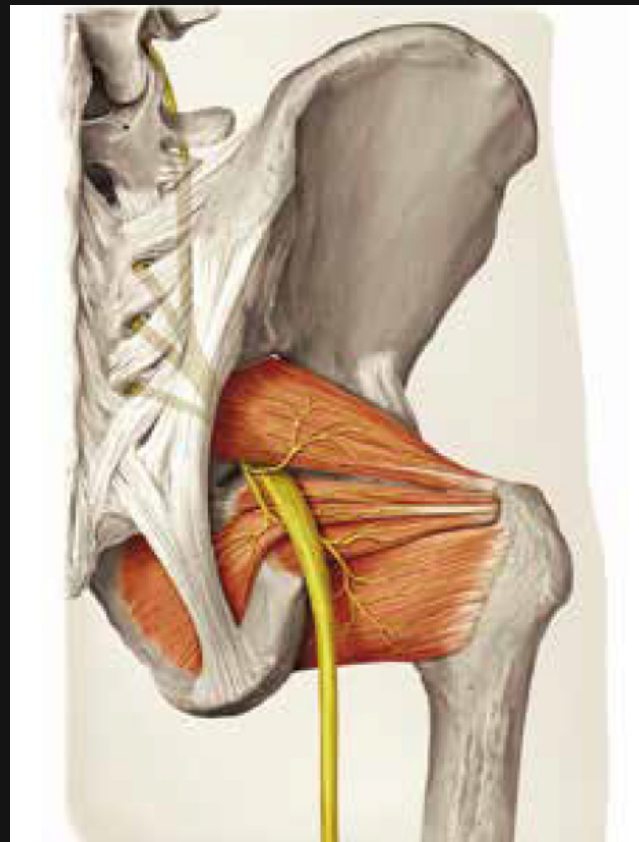
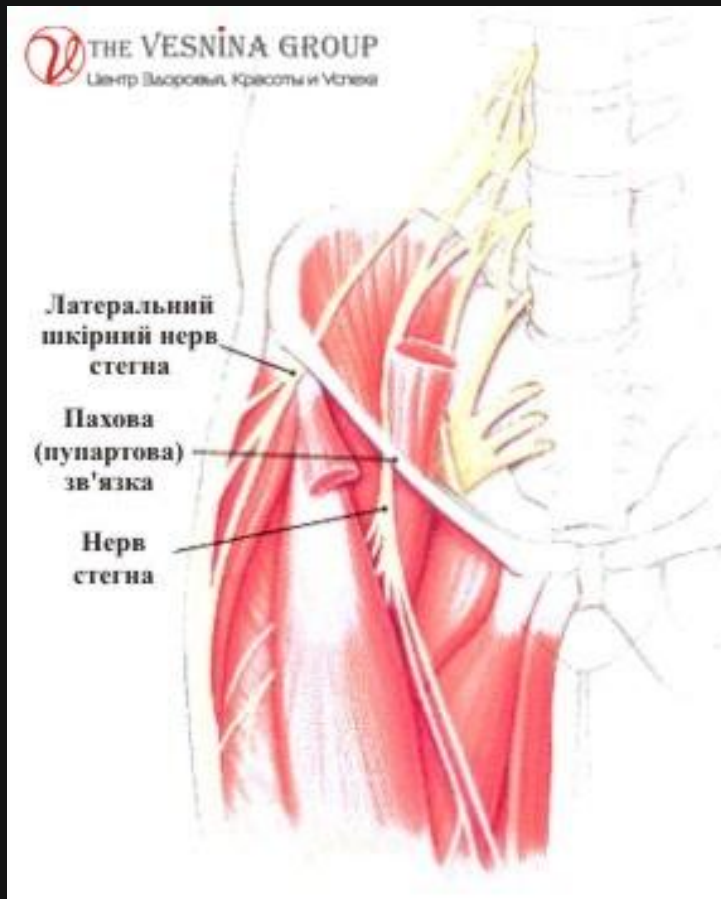
- передній прямий доступ - пацієнти без деформацій і згинальних контрактур. Цей доступ добре робити людям з незначною надмірною вагою і не сильно «накачаними ногами».
- Перебування в стаціонарі - 2-3 дні, так само, як і при задньому доступі
- Повернення до сидячої роботи - 1 - 2 тижні
- Повернення до фізичної праці - 1 -3 місяці
- Повернення в спорт - 1 - 3 місяці
- Вищий для заднього доступу, потребує більшої уваги при пересуванні пацієнта, за кермо можна сідати через 6 тижнів, для переднього доступу 2-4 тижні
- Перебування в стаціонарі - 2 - 3 дні, так само, як і при прямому передньому доступі
- Повернення до сидячої роботи - 2 тижні
- Повернення до фізичної праці - 3 місяці
- Повернення в спорт - 6 тижнів - 3 місяці

**Таблиця 1. Причини вивиху кульшового суглоба без інформування хворого та після нього**

Причини вивиху тотального ендо- протезування	До інформу- вання, %	Після ін- формуван- ня, %
Низьке ліжко	17	–
Низький унітаз	20	–
Слизька підлога	21	18
Порушення рухового режиму	27	–
При статевих контак- тах	7	2
Падіння	8	80
Всього	100	100

- Герасименко С.І., Полулях М.В., Рой І.В., Герасименко А.С., Павлова Ю.Г., Заморський Т.В., Кудрін А.П. - ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМНУ», м. Київ

Ризик для іннервації - набагато більш високий ризик пошкодження бокового шкірного нерва стегна з використанням прямого переднього доступу, цей нерв забезпечує чутливість або відчуття на бічній стороні стегна. Існує набагато менший ризик для сідничного нерва, при використанні даного доступу.



Грушоподібний м'яз і сідничний нерв

# Ризик перелому

- Ризик перелому - набагато вище для переднього прямого доступу. Ризики переломів підвищуються у пацієнтів з остеопорозом.



# Контроль болю

- Прийом знеболюючих препаратів слід здійснювати цілодобово, а не лише за необхідності.
- аналгетики зазвичай дають близько до часу, коли пацієнти виконуватимуть терапевтичні вправи, тому що біль зменшує контакт з фізичним терапевтом.
- Парацетамол ( 600 мг на добу)
- Кетолонг, Трамадол
- Опіоїди
- Епідуральна анестезія контрольована пацієнтом, блокади стегнового нерву, та внутрішньосуглобові катетри з анестетиком.
- Кожна лікарня має свій власний протокол, але він часто змінюється в залежності від супутньої патології та індивідуальних реакцій пацієнта
- Часто потрібна ад'ювантна терапія, особливо якщо пацієнт до операції використовував ці препарати

# Біль

- Виражений біль що погано піддається корекції більше 2-ох діб як правило свідчить про наявність ускладнень.
- Також якщо біль наростає через декілька днів після операції
- Пацієнт потребує дообстеження
- Для виявлення причини болю слід провести відповідний діагностичний аналіз. Наприклад, у випадках інфікування буде проведено повний аналіз крові, посів бак-культур з пунктату.
- Якщо необхідно, електроміограма (ЕМГ), рентгенографія, ультрасонографія, (МРТ), та (КТ).

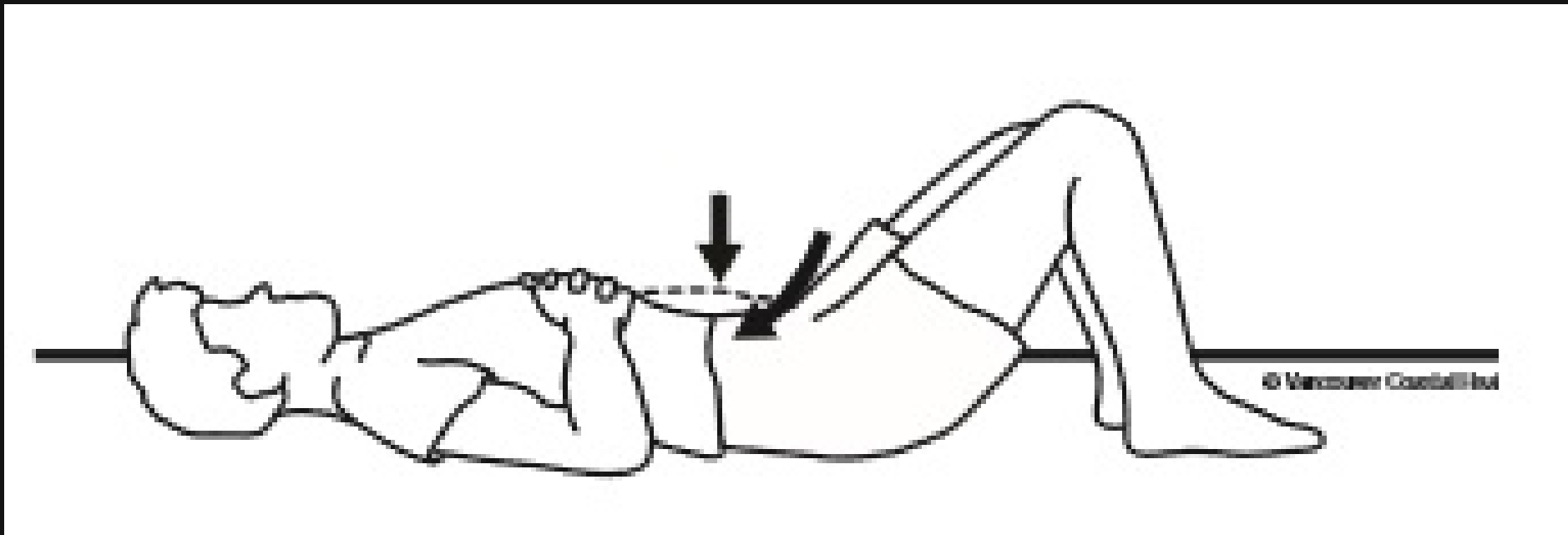


# Управління кишківником і сечовим міхуром

- Закреп - одна з найчастіших скарг під час реабілітації. Цей стан може бути спричинений зниженням рухливості або наслідками анестезії, також побічна дія наркотичних анальгетиків. Якщо його не лікувати, закреп може призвести до нудоти і блювоти, непрохідності кишечника і навіть сепсису, особливо у літнього пацієнта.
- Потрібна адекватна програма лікування кишківника з використанням пом'якшувачів калу та проносних засобів. Клізма може бути доречною в деяких випадках. Часом пацієнтів приймають до реабілітаційного відділення з катетером Фолі, який все ще знаходиться. Катетер Фолі слід видалити, якщо не було проблем із затримкою сечовиділення. Пацієнтів із стійкою дисфункцією сечового міхура слід направити до уролога для оцінки.

# Укріплення м'язів тазового дна (перший тиждень) після операції

- Тазове дно (м'язи сечового міхура) Потягніть м'язи сечового міхура до пупка чи уявіть, що ви обережно намагаєтесь затримати сечу. Потримайте 6 секунд, потім повільно розслабитись. Повторіть 6 - 8 разів, 3 рази на день.
- Нижні м'язи живота. Потягніть пупок до хребта затримайте 6 секунд, спокійно дихаючи, а потім повільно розслабитись. Тримайте верхню частину грудей розслабленою Повторіть 6 - 8 разів, 3 рази на день

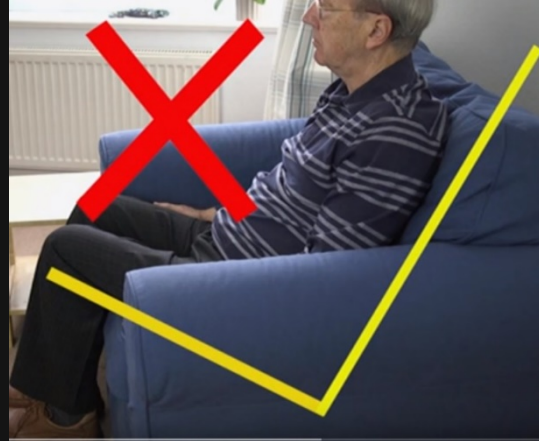


# Передопераційний період (за 1-2 тижні до операції)

- навчання пацієнта про хірургічний процес та його результати
- інструктаж про післяопераційну програму реабілітації
- оцінка домашнього середовища пацієнта (прибрати килимки, та предмети що заважатимуть пересуванню, підняти сидіння унітазу, також підняти стілець чи крісло де буде сидіти пацієнт.
- Часто рекомендується 8 тижнева програма реабілітації особливо людям з надлишковою масою ваги та серцево-судинними захворюваннями.

# Задній хірургічний доступ ( не можна перші 6 тижнів – 2 місяці) Більшості пацієнтів виконується саме задній мало інвазивний доступ.

- Без згинання стегна за межі 90 °
- Відсутність схрещування ніг як в колінах так і в гомілках(аддукція стегна більше нейтрального положення)
- Жодного внутрішнього обертання стегна більше нейтрального положення



# Фізична терапія в передопераційний період

- Плавання, ходьба під водою, аквааеробіка щодня 20 хв, через день 30 – 40 хв.
- Велотренажер 5 – 10 хв
- Ходьба з палицями або без них 5 – 10 хв



# Навчання та укріплення м'язів при сидінні

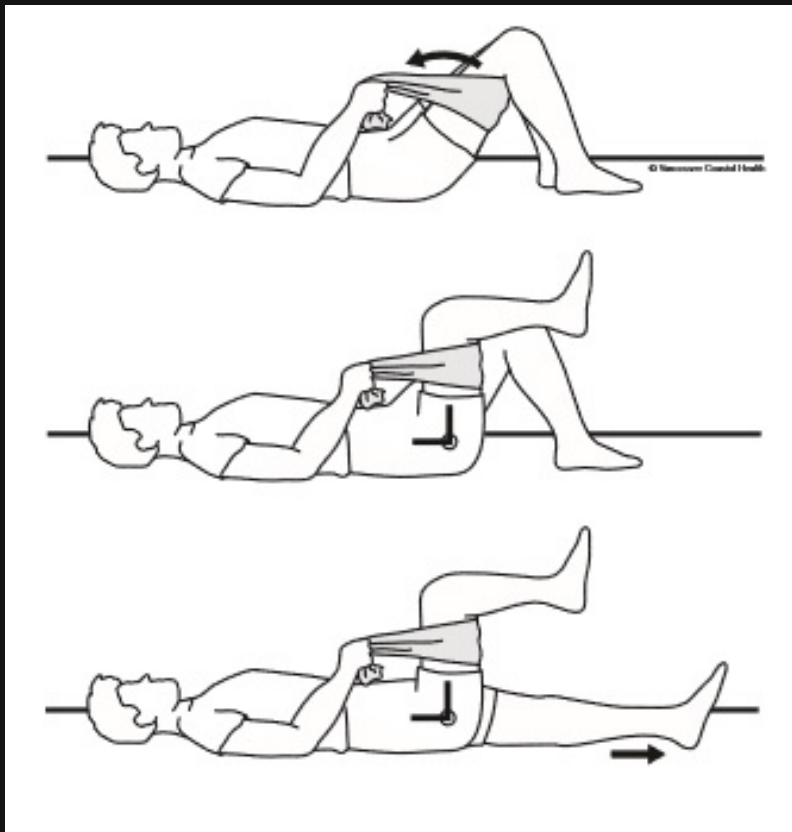
- Головна ціль укріпити м'язи рук. Натисніть руками вниз, щоб підняти тіло з сидіння. Затримайте 6 секунд, повільно опустіться. Повторіть 8 - 15 разів, 3 рази на тиждень.



Вправи на зміцнення та розтяжку кожного дня (2т),  
двічі на день (1т), при 8т 2-3 рази на т

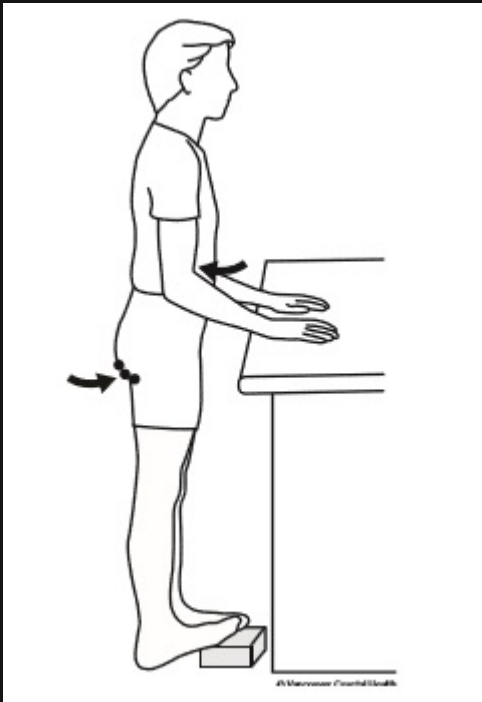
До 90°, утримувати 30 сек,  
повторити на іншій стороні, 3-4  
рази

Розгинати до відчуття розтяжіння  
в задній частині стегна,  
утримувати 10 сек, 3-4 рази

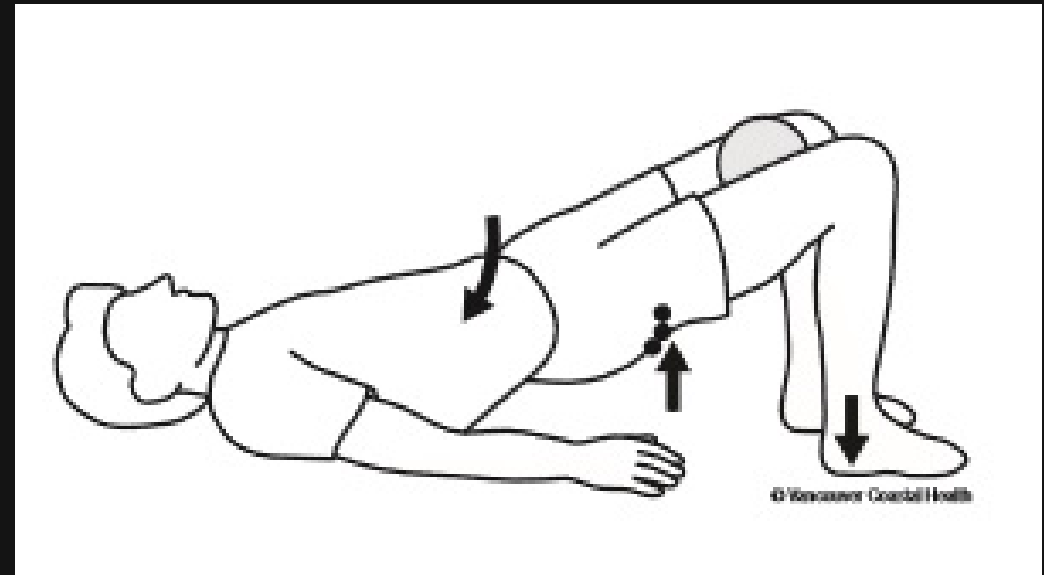


# продовження

Стоячи однією ногою на книжці 5 – 7 см, зжимати сідниці (уявляючи олівець між сідницями) по черзі, 3-4 рази



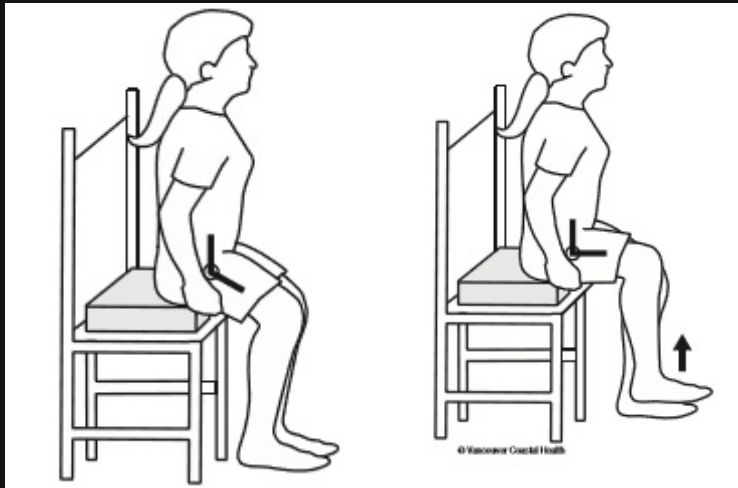
Повторювати 8-15 разів, зжимати рушник що між стегнами, та напружувати нижню частину сідниць, не повинен виникати біль як в кульшовому суглобі так і в попереку



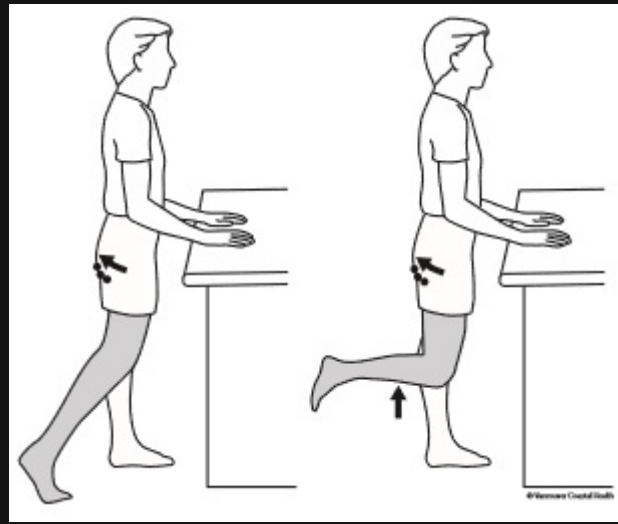


# продовження

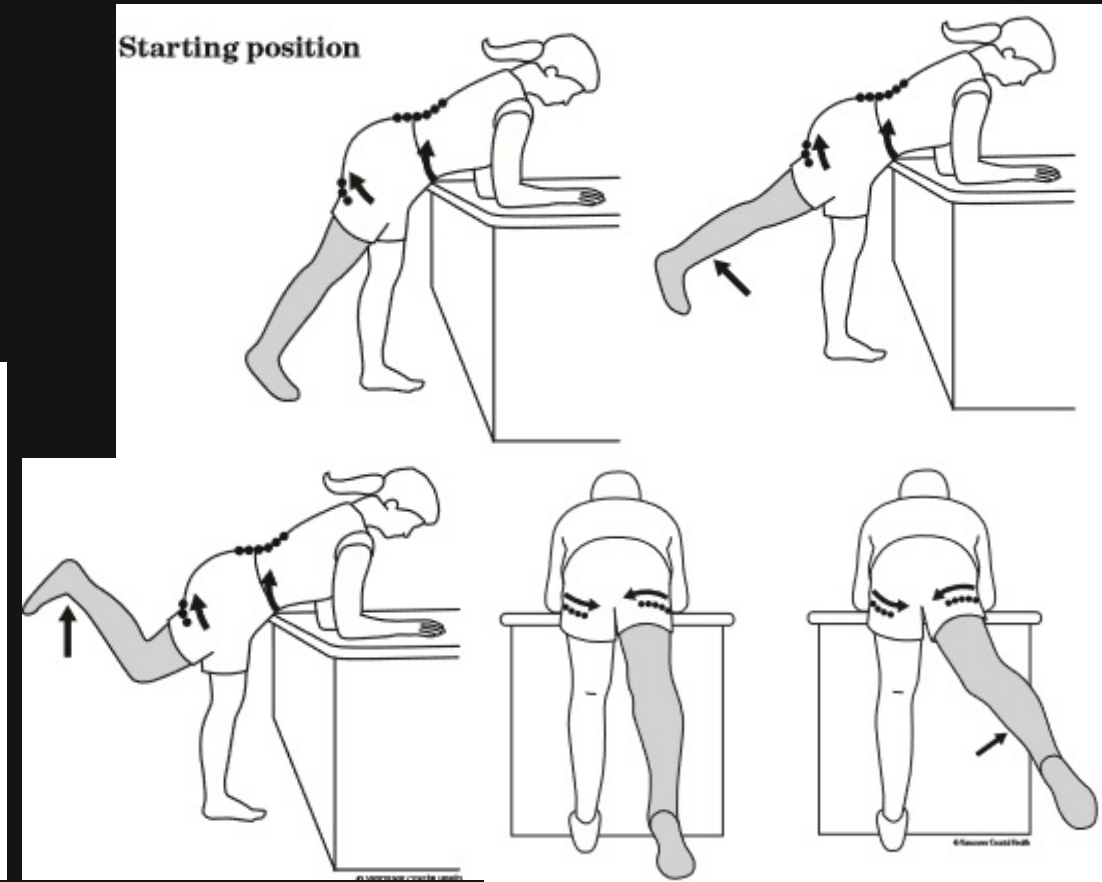
Піднімати до прямого кута, контролюючи тіло руками, 6-8 разів



Згинаючи ногу в коліні зжимати сідниці, 8-15 разів



Розгинати хвору ногу, надійно фіксуючись руками 8-15 разів



# Післяопераційний період 3 тиждні

- Цілі: до кінця 3-го тижня
- • Самостійно піднімати ногу в ліжку та з ліжка (починати з ремінцем)
- • Без допомоги пересуватись на піднятий стілець, ліжку та туалет
- • Ходити вдома, використовуючи ходунки, тростину або милиці
- • Ходити сходами безпечно з палицею або милицями

# Раній післяопераційний період з 1-го до 3(5)-го дня

- Фізична терапія (з обов'язковим супроводом ФТ)
- Сідати та ходити в супроводі ФТ та Ерготерапевта
- Післяопераційний (1 день)
  - Початок ліжкових вправ - таких як насоси для гомілковостопних суглобів, статичні вправи для квадрицепсів та сідничних м'язів
  - Нагляд за відповідними вправими та попередження невірних рухів
  - Ініціація мобільності у ліжку та навчання трансферу – з ліжка до / з крісла

## Післяопераційний (2 день)

- Початок тренування ходи із застосуванням допоміжних пристроїв, таких як милиці та ходунки
- Продовження функціональних тренувальних пересідань

## Післяопераційні (3-5 днів або після виписки до реабілітаційного відділення)

- Прогресування об'єму рухів та посилення вправ для укріплення м'язів
- Прогресування амбуляції на рівних поверхнях та сходах (якщо застосовується) з найменш обмежувачим пристроєм
- Прогресування навчання ходьбі

## Післяопераційний (день 5 - 4 тижні)

- Зміцнюючі вправи
- Вправи на розтяжку для збільшення гнучкості м'язів стегна
- Прогресування відстані амбуляції
- Прогрес незалежності в ходьбі (амбуляції)

# Компетенції

---

- ФТ 3 рази на день перед
- Єрготерапевтом 3 рази на день
- Медсестра ( харчування, туалет, контроль прийому ліків, контроль температури, пульсу, АТ, сатурації кисню, та надягання пневматичних градуйованих компресійних пристроїв)

Знімається перед вправами, після процедури еластичне бинтування, або компресійні чулки



# Exercise Guide for Hip Replacement Surgery



Name:

---

Surgery Date:

---

Surgeon:

---

Special Instructions:

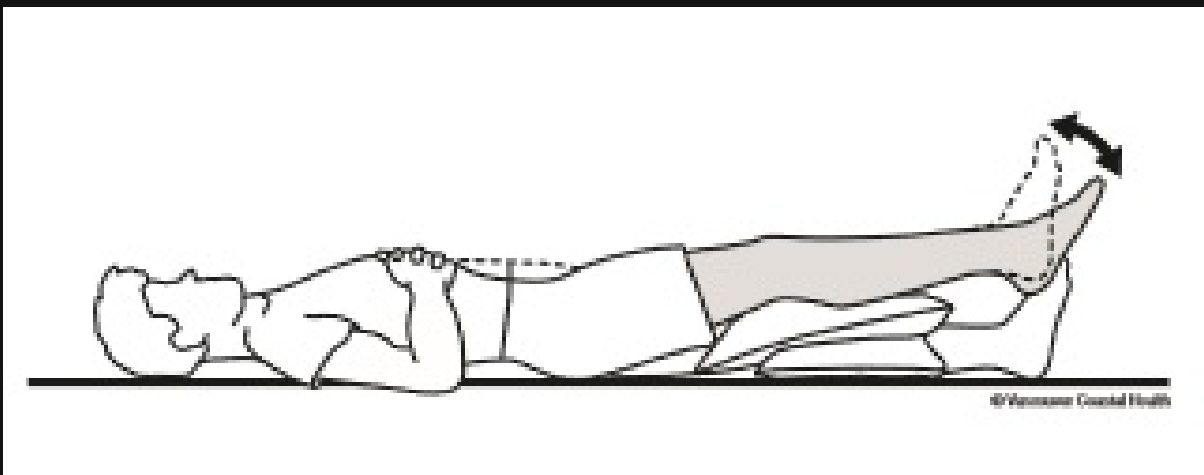
---

---

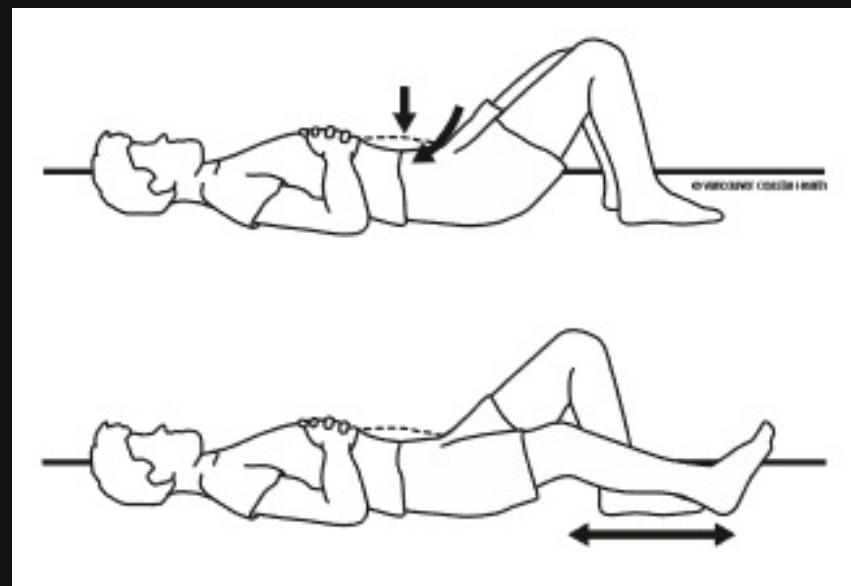
Please bring this guide to the hospital  
and to all physiotherapy appointments

# День 1

Насос для стопи і голеностопа  
Це допомагає зменшити набряк  
та ризик утворення тромбів.  
Піднімайте всю ступню вгору та  
вниз. Повторюйте 10 разів  
щогодини.



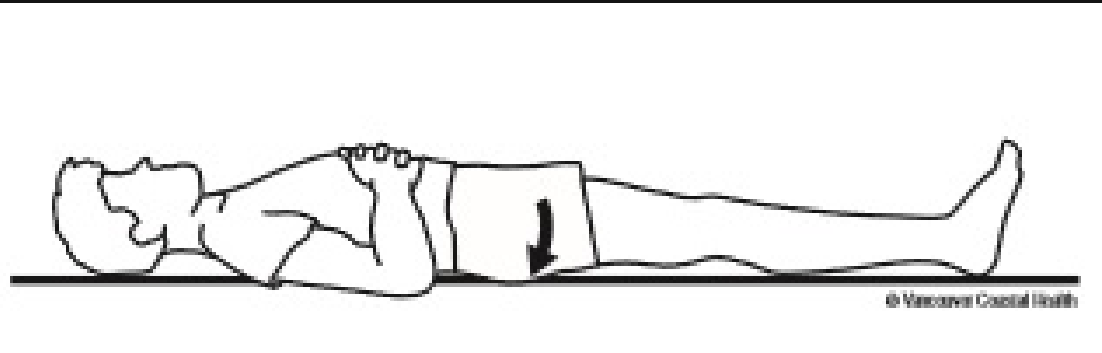
П'яткове ковзання, ноги врівень з  
плечима, • Включіть основні м'язи  
(тазові та поперекові), щоб  
утримувати спину і таз нерухомо.  
Повторіть 6 - 8 разів, 3 рази на  
день. Повторіть з іншого боку.



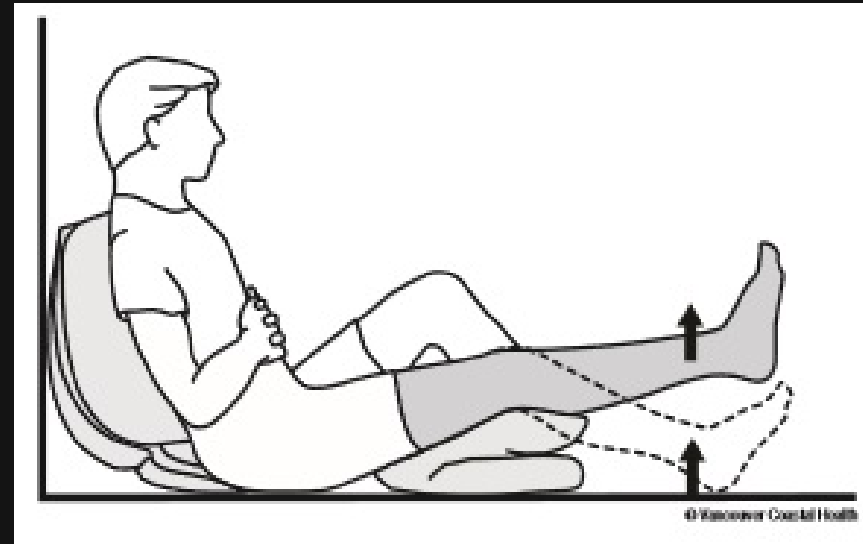


# День 1 (продовження)

Стискання нижньої частини сідниць. Лежачи на спині з прямими ногами • Аккуратно стисніть нижню частину сідниць, ніби тримаючи олівець між сідницями. Утримуйте 6 секунд. Повторіть 6 - 8 разів, 3 рази на день

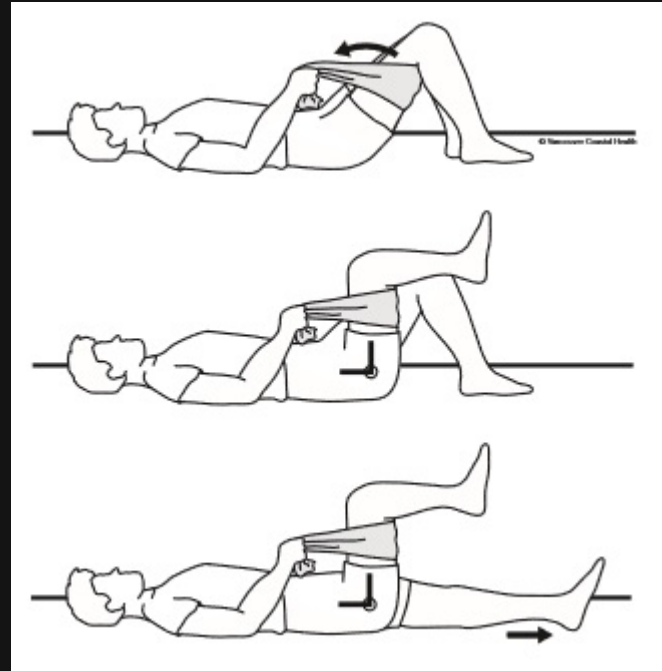
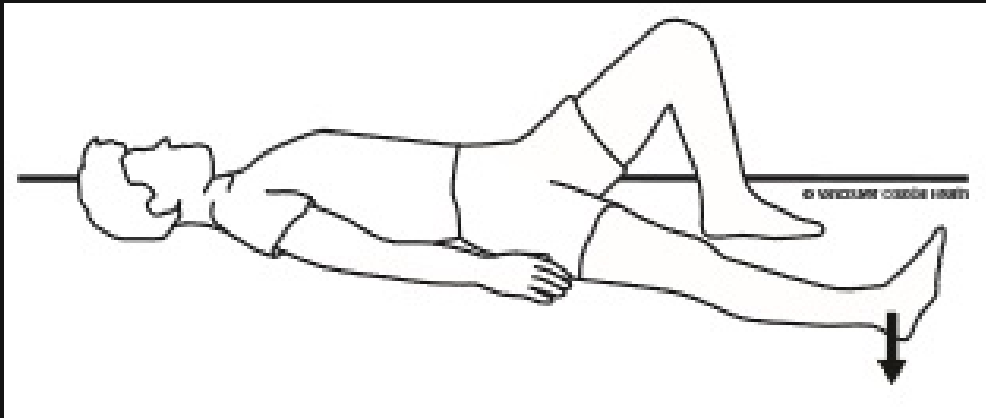


Випрямлення коліна. Відкиньтесь на ліжко, покладіть велику складену подушку під коліно, включіть основні м'язи, підніміть стопу вгору, щоб випрямити коліно, потім повільно опустіть ногу. Повторіть 6 - 8 разів, 3 рази на день



# День 1 (продовження)

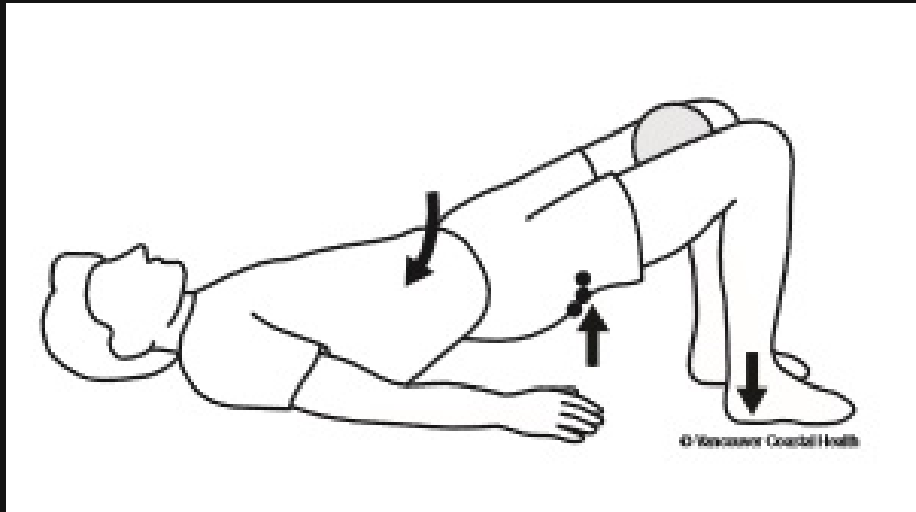
Поговоріть зі своїм хірургом перед початком цієї вправи про кут відведення • Ляжте на спину зігнутою однією ногою • Увімкніть основні м'язи, щоб тримати спину та таз нерухомим. • Відведіть пряму ногу набік (стопа вказує на стелю) • Розслабте основні м'язи та відсуньте ногу назад Повторіть 6 - 8 разів, 3 рази на день Повторіть з іншого боку (тільки разом з ФТ, можна під п'яту палієтєленовий пакетик для кращого ковзання).



Розтягування стегна • Ляжте на спину, зігнуті обидві коліна • Увімкніть основні м'язи, щоб утримувати спину і таз нерухомим. • Рушником піднесіть одне стегно вгору (не більше 90 °) • Посуньте іншу ногу вниз по ліжку, поки не відчуєте розтягування в передній частині стегна, тримати основні м'язи, не вигинати нижню частину спини • Відкиньте пряму ногу назад в зігнуту позицію, опустіть підтримувану ногу Утримуйте розтяжку 30 секунд Повторіть 3 - 4 рази, раз на день Повторіть з іншого боку

# День 1 (продовження)

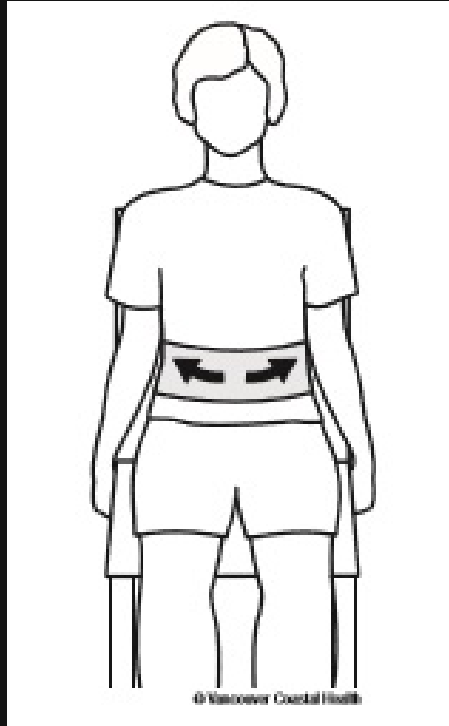
Підйом стегна (міст) • Ляжте на спину зі зігнутими колінами, притисніть великий рушник між стегнами (використовуйте лише одну плоску подушку або жодну для голови) • Увімкніть основні м'язи • Увімкніть нижню частину сідниць і підніміть стегна вгору, тримайте розслаблену спину • утримуючи тиск на рушник, повільно опустіть стегна Повторіть 8 - 15 разів, 3 рази на тиждень



Розтягнення згиначів стегна • Увімкніть основні м'язи • Стисніть великий скручений рушник між стегнами • Підніміть одну ногу, щоб випрямити коліно • Зупиніться, коли відчуєте розтягнення на задній частині спини чи стегна, навіть якщо коліно не пряме. Тримайте розтяжку 10 секунд. Повторіть 3 - 4 рази, раз на день. Повторіть з іншого боку

# День 1 (продовження)

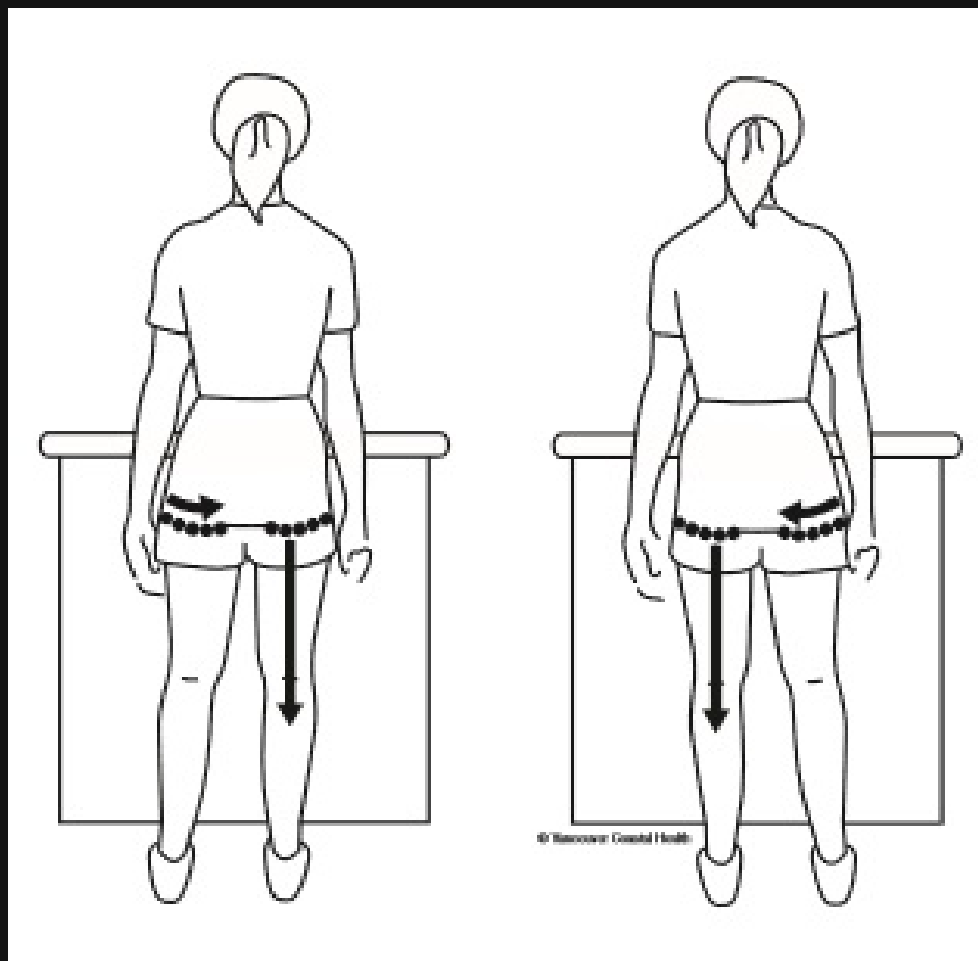
Дихання • Сядьте з розслабленими плечима • Увімкніть основні м'язи • Повільно вдихайте нісом, відчуйте, як розширюється ребра в бік (основні м'язи ввімкнуті) • Видихніть повільно і відчуйте, як ваші ребра опускається вниз Повторюйте 6 вдихів щогодини (можна лежачи)



Сядьте на стільці, підтримуючи руками (кисті під сидничими буграми) • Увімкніть основні м'язи • Напружте м'язи нижньої частини сидниць разом, піднімаючи кисті догори. Утримуйте 6 секунд, повільно розслабляйтеся. Повторіть 6 - 8 разів, 3 рази на день



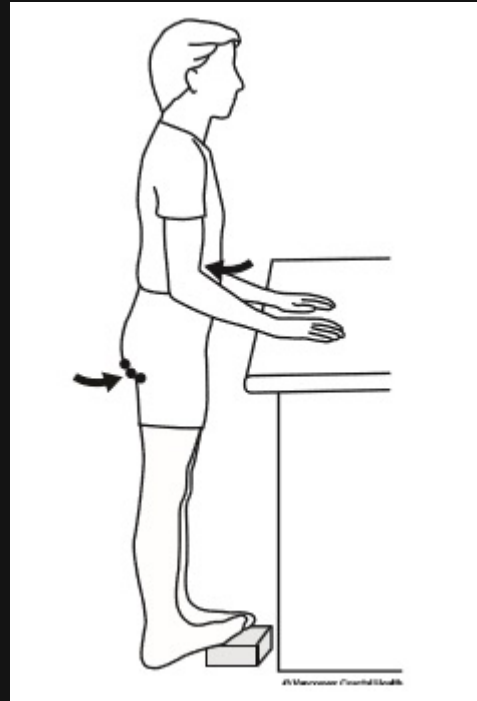
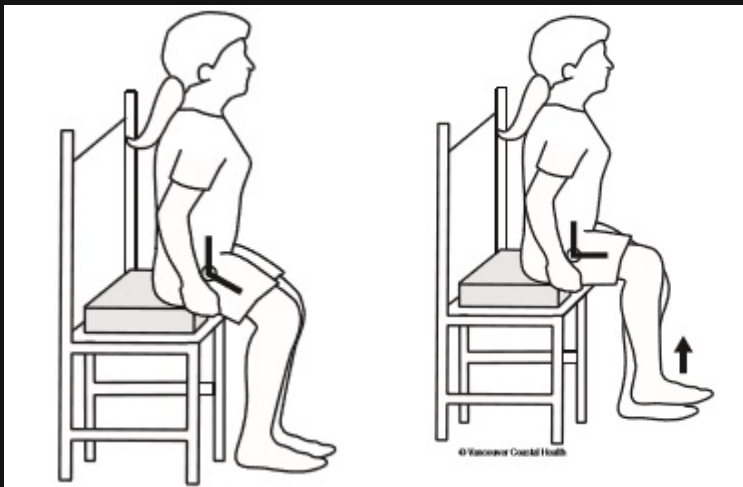
# День 1 (продовження)



- Перенесення ваги, з боку на бік •
- Встаньте ногами на ширину плечей •
- Увімкніть основні і нижні м'язи сідниць (уявіть, що тримаєте олівець між сідницями) •
- Перемістіть вагу тіла з однієї ноги на іншу через нижню сідницю (дуже невеликий рух) •
- Продовжуйте натискати іншою ногою на підлогу •
- Уявіть, що використовуєте лише одну сідницю і ногу для підтримки всієї ваги. Повторіть 6 - 8 разів, 3 рази на день

## День 2 (все що в перший плюс ці)

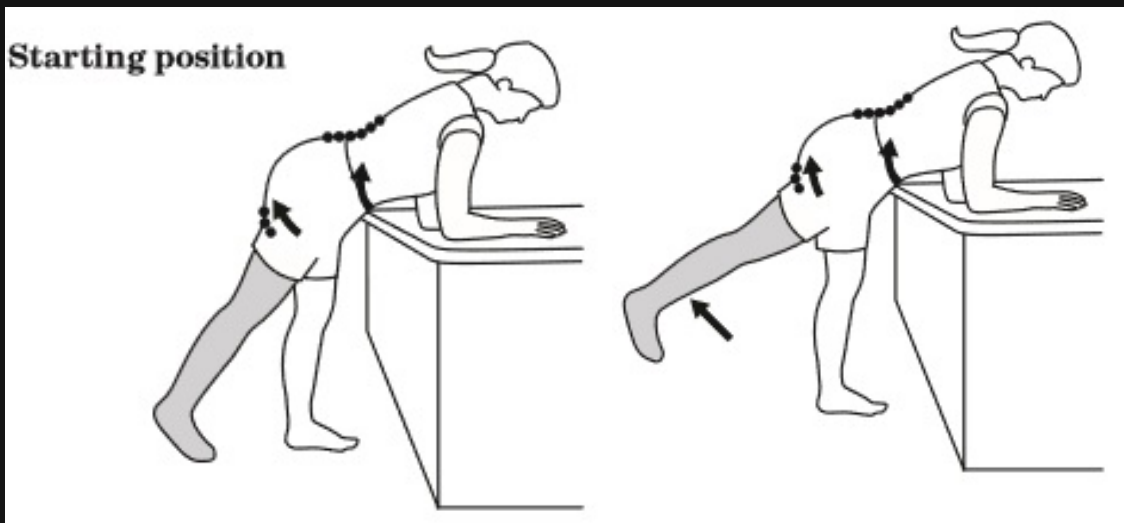
Згинання стегна • Сядьте на край стільця з піднятою подушкою, ноги на підлозі (ви можете триматися за сторони стільця для підтримки) • Увімкніть основні м'язи • Акуратно підняти ногу вгору, щоб ступня одразу відходила від підлоги (не більше 90° згину в кульшовому суглобі) • Тримайте основні м'язи під час опускання ноги. Повторіть 6 - 8 разів, раз на день. Повторіть з іншого боку



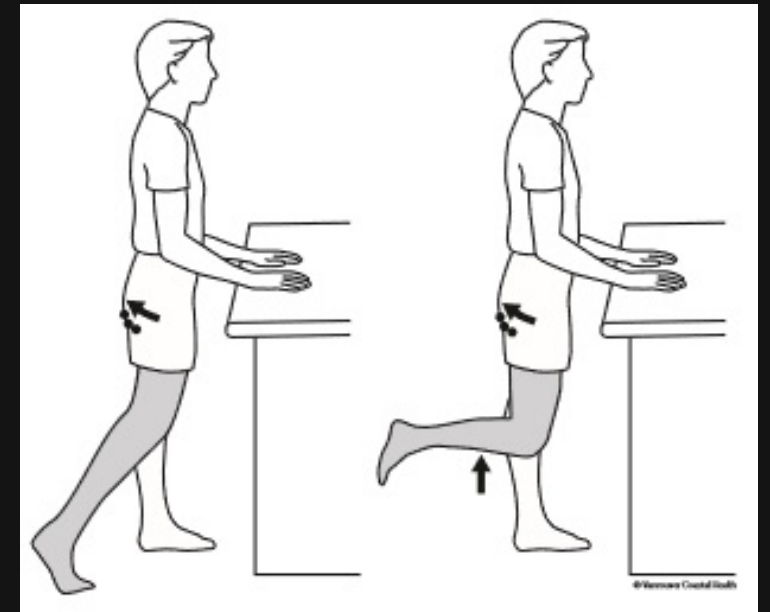
Розтягнення литок • Стоячи біля опори, з важкою книжкою (товщиною 5 - 8 см) під передом стопи однієї ноги, іншу стопу тримайте біля неї на підлозі. ) • Нахилити стегна вперед (не підніматись на носок), відчуйте розтягнення в литці (ви також можете відчати розтягнення на передній частині стегна) Тримайте розтяжку 30 секунд. Повторіть 3 - 4 рази, раз на день Повторіть з іншого боку

# День 2(продовження)

Розтягнути стегно. Прямий підйом ніг •  
Стоячи, підтримуючи сторони • Випрямте  
спину, щоб створити невелику криву в нижній  
частині спини • Увімкніть основні м'язи •  
Встаньте на неоперовану ногу і підніміть  
оперовану ногу вгору і назад, не закручуючи  
стегна або таз, тримаючи невелику криву в  
попереку, використовуючи основні м'язи.  
Повторіть 8 - 15 разів, 3 рази на тиждень



Згинання коліна, стоячи • Встаньте з  
підтримкою, оперована нога позаду  
вас • Увімкніть основні та нижні м'язи  
сідниці • Зігніть коліно, піднімаючи  
п'яту до сідниці Повторіть 8 - 15 разів,  
3 рази на тиждень



Піднімання з ліжка, ходьба,  
трансфер, лягання в перший  
день, функції ФТ з медичною  
сестрою або асистентом ФТ

---



# Підйом з ліжка <https://youtu.be/A1hBreGxWWM>



# Ходьба



Контроль коліна



- Крок вперед перша оперована



Крокуєм короткими напівступні, вчимо розвертатись на місці (без вн. рот.)



- Крок назад перша неоперована



# Сідання



Опираємся руками  
на бильця



Оперовану ногу  
трішки вперед



- Поступово сідаєм,  
потім ногу згинаєм  
в коліні

# Лягання



Опертися на руки



Поступово сісти,  
залишаючи  
оперовану ногу  
прямою



Операючись на руки  
пересуваємось по  
ліжку



- Відводим здорову  
ногу на ліжко

# Лягання (продовження)



Піднімаєм  
оперовану ногу,  
спочатку тільки з  
допомогою



Приводим обережно ногу



З опорою на руки  
можна на ліжку  
займати зручне  
положення



# Одягання



Одягаєм спочатку оперовану кінцівку, застосовуючи палицю з захватом



Використовуєм пристрій для одягання носків мінімум 6 тижнів



Користуємся довгою ложкою для взуття

# Гігієна



6 тижні не можна в ванну



Душ після 2 тижнів



Мити голову над умивальником



Тривало потрібна стороння допомога

# Туалет



Використовуємо  
тривало не менше 6 т,  
спеціальне сидін для  
унітазу



Оперована нога  
спереду,  
опираємося на  
здорову ногу



Операючись  
руками обережно  
сідаємо



Щоб встати  
опираємося руками та  
здоровою ногою



# Ходьба з палицями (2 палиці 6 тижнів)

Спочатку йде оперована нога



З часом відновлюється  
нормальний патерн ходьби йдемо  
як зазвичай опираючись на палиці



А в яку руку брати палицю коли  
можна буде з однією палицею?  
По якій шкалі оцінюєм ризик  
падінь?

---

# Сходи



Вгору перша здорова нога,  
опараючись на палку та бильця



Вниз перша йде оперована нога

Після 6 тижнів (якщо буде робити вправи)



За руль (якщо є водійські права) через 6 тижнів





Тривалі поїздки та подорожі через 3 місяці



# Що чекати: 3 - 6 тижнів

- На 3 тижні після операції ваше стегно має почати відчувати себе краще і легше рухатися. Виконуйте свої вправи, щоб отримати більше гнучкості, сили та контролю над новим суглобом.
- Цілі: до кінця 6 тижня
- згинання стегна до 90 °; відведення до 25 °; і повністю випряміть стегно до 0 °
- Ходьба з тростиною в протилежній руці
- Їзда на вертикальному нерухомому велосипеді (сидіння підняте, щоб стегно не згиналося більше 90 °)

# Що очікувати: тижнів 6 – 9 т

- Повільно повертатися до повсякденної діяльності.
- Під наглядом ФТ, додавання нових вправ на зміцнення мускулатури, рівноваги, гнучкості.
- Цілі: до кінця 9 тижня
- Пройдіть більшу відстань, використовуйте тростину, щоб уникнути ходьби з кульгавістю
- Сядьте та встаньте з піднятого стільця, не використовуючи рук, щоб допомогти
- Недовго балансувати на прооперованій нозі
- Піднімайтеся вгору та вниз сходи з чергуванням ніг. Використовуйте тростину або поручні для підтримки



# Що очікувати: тиждень 9 - 12

- До 12 тижнів після операції ви будете почувати себе впевненіше у щоденних заходах. Порадьтеся зі своїм фізіотерапевтом щодо посилення вправ.
- Цілі: до кінця тижня 12
- Ходіть без обмежень, індивідуально узгоджено з ФТ
- У 12 тижнів починайте сідати і вставати з крісла та туалету звичайної висоти, не відштовхуючись від рук
- Піднімайтеся по черзі вгору-вниз по сходах з незначною або взагалі без підтримки перилами.
- Поверніться до керування автомобілем за дозволом хірурга.

# Вказівки до вправ: 3 місяці - 1 рік

- Аеробні заняття
- Регулярні фізичні навантаження збільшать термін заміни суглоба.
- Регулярні фізичні вправи допоможуть вам:

Підвищити витривалість

- Зменшити ризик падіння
- Збільшити м'язову силу
- Покращити якість та силу кісток
- Підтримувати здорову вагу (адже зайва вага ставить навантаження на ваш суглоб)
- Зменшуйте ризик інших станів здоров'я, включаючи цукровий діабет 2-го типу, серцеві захворювання та інсульт Після заміни суглобів спробуйте займатися діями, що мають низький ризик травмування та не вимагають від вас нових навичок.

## Leisure and Sport After THR

Surgeons were surveyed and made these recommendations for recreational and sport activities after hip replacement surgery.

NOTE: This is only a guideline and you should check with your surgeon, physiotherapist or other healthcare professional for specific advice.

Allowed	Allowed with Experience	No Consensus	Not Recommended
Speed walking	Ice skating	Singles tennis	Jogging
Swimming	Cross-country skiing	Handball	Basketball
Road cycling	Downhill skiing	Rock climbing	Football
Golf	Stationary skiing (cross-country ski machine)	Volleyball	Soccer
Hiking	Doubles tennis	Tai Chi	Baseball
Canoeing/Kayaking	Horseback riding		High impact aerobics
Square dancing	Rowing		Martial Arts
Ballroom dancing	Pilates		Squash
Bowling	Inline Skating		Hockey
Sailing			
Low impact aerobics			
Water aerobics			
Weight training			



Дякую за увагу!

ВІННИЦЯ, ВУЛ.

БЛОКА 30, 21018

+38(0432)662232

<http://7medlevels.com>

#7MedLevels