РОЛЯТА НА КИНЕЗИТЕРАПИЯТА ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА АДОЛЕСЦЕНТНА ЕПИФИЗИОЛИЗА

Денислав Стоицов[1], Виктор Стоянов[1], Мустафа Мустафов[1], Яни Шивачев[2]

[1]Специалност „Кинезитерапия“, Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна
[2]Катедра „Кинезитерапия“, Университетски център по източна медицина, Медицински университет – Варна

THE ROLE OF KINESITHERAPY IN THE TREATMENT OF ADOLESCENT EPIPHYSIOLYSIS

Denislav Stoizov[1], Viktor Stoyanov[1], Mustafa Mustafov[1], Yani Shivachev[2]

[1]Specialty of Kinesitherapy, Faculty of Public Health, Medical University of Varna
[2]Department of Kinesitherapy, University Center for Eastern Medicine, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Адолесцентната епифизиолиза на главата на бедрената кост е специфично ортопедично заболяване, което предимно се наблюдава в детско-юношеска възраст. Често се развива по време на пубертета, като преобладава сред момчета във възрастта между 11 и 12 години и по-рядко при момичета между 13 и 14 години. Съществуват и изключения, при които заболяването може да протече латентно или с остра симптоматика в детска възраст между 5 и 7 години. Изразява се в отслабването на механичната здравина на зоната на растеж на главата на бедрената кост и приплъзването на епифизата спрямо шийката назад и надолу. Тези анатомични и биомеханични промени в тазобедрената става могат да са предпоставка за рестрикции в движенията, нарушена походка, дегенеративни изменения и дори инвалидизация. Лечебният подход включва ставна декомпресия, отбременена позиция на засегнатия крайник, имобилизация и покой, а при по тежки случаи се предприемат хирургични интервенции. Кинезитерапията също е една от възможностите в лечението на детската епифизиолиза, забавяне или предотвратяване на прогресията на заболяването и намаляването на усложненията.

Целта на настоящото проучване е да бъдат разгледани мястото и ролята на кинезитерапията във възстановителния процес при пациенти с адолесцентна епифизиолиза.

Ключови думи: *адолесцентна епифизиолиза, кинезитерапия, лечение*

ABSTRACT

Adolescent epiphysiolysis of the femoral head is a specific orthopedic disease that is observed in both children and adolescents. It often develops during puberty, being more common in boys between the ages of 11 and 12 and less often in girls between 13 and 14. There are also exceptions in which the disease can progress latently or with acute symptoms in children between 5 and 7 years of age. It is expressed in the weakening of the mechanical strength of the growth zone of the femoral head and the slipping of the epiphysis relative to the neck backward and downward. These anatomical and biomechanical changes in the hip joint can be a prerequisite for movement restrictions, impaired gait, degenerative changes, and even disability. The treatment approach includes joint decompression, keeping the affected limb in a weight-bearing position, immobilization, and rest; in more severe cases, surgical interventions are undertaken. Kinesitherapy is also one of the options in the treatment of children's epiphysiolysis, delaying or preventing the progression of the disease and reducing complications.

The aim of the present study is to examine the place and role of kinesitherapy in the recovery process in patients with adolescent epiphysiolysis.

Keywords: *adolescent epiphysiolysis, kinesitherapy, treatment*

ВЪВЕДЕНИЕ

Адолесцентната епифизиолиза е една от най-често срещаните причини за болки и дисфункции в областта на тазобедрената става в детско-юношеска възраст. Заболяването се характеризира с нарушена костно-ставна конгруентност, изразяваща се с абнормна транслация на проксималната бедрена епифиза спрямо бедрената шийка през растежната зона (2,6). Честотата на това заболяване е 10,8 на 100 000 деца, което най-често се наблюдава във възрастовия диапазон между 11 и 15 години (9). Етиологията на заболяването не е напълно изяснена, но се смята, че е тясно обвързана с метаболитни и хормонални нарушения, като е важно да се отбележи, че се среща предимно при деца с ускорен растеж и наднормено тегло, а понякога и при ендокринни аномалии като хипотиреоидизъм, хипогонадизъм и панхипопитуитаризъм. Друг фактор за развитието на адолесцентна епифизиолиза е генетичната предиспозиция (5). Пациентите, засегнати от тази болест, често се оплакват от болка локализирана в коляното и бедрото, но понякога болковата симптоматика може да се прояви в хълбочната и слабинната област. Постепенно движенията в тазобедрената става се ограничават, развива се външно ротаторна контрактура на засегнатия крайник, което води до нарушения в походката. С напредване на заболяването се намалява възможността за поемане на теглото на тялото с увредения крайник. Коксартрозата и аваскуларната некроза се посочват като най-сериозни усложнения на адолесцентната епифизиолиза, които се свързват с прогресиране на болката, деформации на тазобедрената става, невъзможност за локомоция и инвалидизация, налагащи потребността от оперативни интервенции (4,8).

В лечението на детската епифизиолиза не съществува стандартизиран подход. В зависимост от възрастта, тежестта на оплакванията, образно-диагностичните изследвания и степента на епифизиолиза се предприемат различни терапевтични методи. Оперативното лечение се състои във фиксиране на епифизата на бедрената глава посредством остеосинтезни - средства, последвани от имобилизация и отбременяване на увредения крайник (7). Днес все по-често се дискутират и възможностите за лечение и профилактика посредством кинезитерапевтични методи с цел намаляване прогресията на заболяването и превенцията на усложненията като аваскуларна некроза или алопластика на тазобедрената става.

СЪЩНОСТ

Кинезитерапията заема важна роля в постоперативния период на детската епифизиолиза с възможност за ранно вертикализиране, обучение в правилно ходене, намаляване на болката, възстановяване на пълния обем на движение в тазобедрената става, връщането на пациента към дейности от всекидневието и превенция на рецидиви на заболяването. Своевременното кинезитерапевтично лечение подпомага ускоряването на оздравителните процеси, като също така намалява риска от възможни компенсаторни усложнения, засягащи гърба и долните крайници. В ранния постоперативен период на заболяването за редуциране на болковата симптоматика и предотвратяване на загубата на мускулната маса и сила се прилагат студени апликации в съчетание с пасивна кинезитерапия и физикални процедури. Електро-мускулната стимулация заедно с лечебен масаж са подходящи и ефективни методи, чиито стимулиращо и трофично въздействие ускорява възстановителните процеси в засегнатата става. Постепенно лечението се обогатява, като се прилагат и други кинезитерапевтични методи като ставни мобилизации, мекотъканни техники и стречинг, насочени към подобряване на ставната подвижност и мускулната разтегливост. Освен това се включват упражнения за баланс, координация и проприорецепция, които значително спомагат за изграждане на правилна походка, по-голямо и продължително натоварване и ефективно самообслужване. Значим момент в кинезитерапевтичната програма е укрепването на мускулите около тазобедрената става с акцент върху екстензорите и абдукторите (1,3).

Кинезитерапевтичното поведение при детска епифизиолиза преминава през няколко етапа, които могат да се категоризират като максимално протективна фаза, умерено протективна фаза и минимално протективна фаза.

Първият етап започва в първите дни след операцията, като целта е да се намали болката, да се подобри кръвообращението на долните крайници и да се релаксират периартикуларните структури. Пациентът се вертикализира на втория или третия ден след оперативната интервенция и се обучава в правилно ходене с помощни средства. Постепенно се увеличават броят и дозировката на упражненията.

Умерено-протективната фаза обхваща втората и третата постоперативна седмица с възможност за по-голямо обременяване на засегнатия крайник. Включват се методи като мобилизации

на периферни стави, постизометрична релаксация, мекотъканен стречинг с оглед подобряване на ставната игра, релаксиране на хипертоничните мускулни групи и подобряване на мускулната разтегливост.

Минимално-протективната фаза започва на петата или шестата седмица след операцията, като се позволява пълно натоварване на оперирания крайник. Кинезитерапевтът изготвя подходяща двигателна програма, имаща за цел поддържане на костна плътност и превенция на усложнения. В този период могат да се прилагат упражнения със и на уреди за възстановяване на функционалните възможности на крайника. В този етап важен момент е връщането на пациента към самостоятелното му активно участие в дейностите от всекидневието.

Кинезитерапията продължава и в домашна обстановка със спазване на указанията и препоръките от страна на пациента. Не бива да се забравя, че заболяването предимно се развива в детска възраст и за да може след оперативната интервенция засегнатата става да бъде максимално функционална е задължителен кинезитерапевтичен план на лечение. Във връзка с това терапевтичните упражнения са добра възможност да се съхрани оперираната става дълго време, без рецидиви или усложнения, които биха настъпили с напредване на възрастта (1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прегледът на световната и българската литература показват липса на информация по отношение на утвърдени кинезитерапевтични програми и протоколи в лечението и превенцията на детската епифизиолиза. Този факт налага потребността от допълнителни научни изследвания в тази област.

ЛИТЕРАТУРА

1. Токмакова, К. П. Фактори, повлияващи развитието на аваскуларна некроза при пациенти, лекувани по повод адолесцентна епифизиолиза (coxa vara adolescentium). Автореферат на дисертационен труд. Пловдив. 2017: 50.
2. Baskov VE. Outcome of treatment of juvenile epiphysiolysis of the femoral head. Pediatric Orthopaedics, Traumatology and Reconstructive Surgery. 2014. 2(3): 14-17.
3. Blendea D. Contribution regarding the treatment of aseptic osteonecrosis of the femural head by kinesiotherapy means. Physical Education, Sport and Kinetotherapy 2016; 1(43): 52-58.
4. Gomes GR, Nascimento DIDC, Gomes DCFF, Oliveira LHAD, Campos TVDO, Andrade MAPD. A post-treatment retrospective evaluation of slipped capital femoral epiphysis. Acta Ortop Bras. 2021; 29(4): 181-183.
5. Hellmich HJ, Krieg AH. Slipped capital femoral epiphysis-etiology and pathogenesis. Orthopade. 2019;48(8):644-50.
6. Kadyrov SS. Our view on the choice of surgical treatment tactics for juvenile epiphysiolysis of the femoral head. Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery. 2020; 8: 22-24.
7. Key JA. Epiphyseal Coxa Vara or Displacement of the Capital Epiphysis of the Femur in Adolescence. Clin Orthop Relat Res. 2013; 471: 2087–2117.
8. Matava MJ, Patton CM, Luhmann S, Gordon JE, Schoenecker PL. Knee pain as the initial symptom of slipped capital femoral epiphysis: an analysis of initial presentation and treatment. J Pediatr Orthop. 1999; 19(4): 455-60.
9. Urinbayevich UP, Fayziyevich EN, Xolmirzayevic NF, Toshtemirovich KS, Tursunovich AG, Nuraliyevich ES. Complex treatment of youth epiphyseolysis of the femoral head in children. 2022; 6:30-35.

Адрес за кореспонденция:
Яни Шивачев
УЦИМ
бул. „Цар Освободител“ 84
Варна, 9000
e-mail: qshivachevv@abv.bg