

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ТА СПОРТУ  
УКРАЇНИ

КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття освітнього ступеня магістра  
за спеціальністю: 227 - Фізична терапія, ерготерапія  
освітньою програмою: «Ерготерапія»

на тему: « **ЕРГОТЕРАПІЯ ОСІБ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ  
КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ У РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ  
ПЕРІОДІ**»

Здобувач вищої освіти  
другого (магістерського) рівня  
Рамазанова Аміна Анатоліївна  
Науковий керівник: Калінкіна О.Д.  
канд.фіз.вих.  
Рецензент: Ковальова Н.Д.  
д. каф. озд.-рекр. рух.акт.,канд.фіз.вих і спорту

Рекомендовано до захисту на засіданні кафедри  
(протокол №18 від 04.04.2024 р.)  
Завідувач кафедри: Лазарева О.Б.  
д. фіз.вих., проф.

---

КИЇВ – 2024

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОЦЕС ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ.....	7
1.1 Етіологія та патогенез розвитку коксартрозу.....	7
1.2 Процес ерготерапії осіб з ендопротезуванням кульшового суглобу з метою відновлення життєдіяльності особи після оперативного втручання і безпечного виконання занятєвої активності.....	12
1.3 Загальні принципи тотального ендопротезування кульшового суглоба .....	16
1.4 Вплив коксартрозу на активність повсякденного життя.....	18
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	39
2.1 Методи дослідження.....	39
2.1.1. Аналіз науково-методичної літератури.....	39
2.1.2. Нестандартизовані методи.....	39
2.1.3 Стандартизовані методи.....	41
2.1.4 Методи математичної статистики.....	41
2.2 Організація дослідження.....	42
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ОБГОВОРЕННЯ.....	44
3.1 Ерготерапевтичні втручання для осіб після ендопротезування кульшового суглобу.....	44
3.2 Оцінка ефективності заходів ерготерапії у пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу.....	74
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ОА - остеоартроз

ПА - професійна адаптація

ОП - остеопороз

ADL – активність повсякденного життя

COPM – Канадський вимір професійної діяльності

## ВСТУП

**Актуальність.** Аналізуючи актуальні статичні дані щодо дистрофічних та запальних відхилень опорно - рухової системи людини, зокрема великих суглобів, що пов'язані з старінням, урбанізацією, зменшенням фізичної рухливості населення, стає зрозуміла актуальність теми ендопротезування суглобів.

Суглоби, що піддались сильному руйнуванню повернути в здоровий стан неможливо, проте уповільнити повний процес руйнування і зменшити больові відчуття та покращити рівень життєдіяльності пацієнта цілком реально.

Кульшовий суглоб займає одне з найважливіших місць в біомеханічному зв'язку нижньої кінцівки та хребта. Він має три ступеня свободи і три осі руху. Маючи широкі функціональні можливості, цей суглоб приймає на себе значні статичні та динамічні навантаження, забезпечуючи рух людини. При розвитку патології в суглобі виникають тяжкі функціональні розлади всієї нижньої кінцівки, що призводить до порушень в усьому опорно-руховому апараті. Обмеженість рухливості та біль роблять пацієнтів обмежених в повсякденній діяльності. В останні роки одним з ефективних і перспективних методів хірургічного лікування є ендопротезування, яке дозволяє відновити працездатність кінцівки, позбавити пацієнта від болю, кульгавості, відновити функцію й найчастіше працездатність. Не дивлячись на постійне удосконалення ендопротезування, великий досвід ортопедів, фахівців в сфері реабілітації до сьогоднішнього дня у 3-12 % пацієнтів відмічається ускладнення після нього. Головними чинниками розвитку ускладнень ортопеди вважають недостатньо відпрацьоване ведення пацієнта у передопераційному та післяопераційному періоді. Проблема відновлення пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу залишається однією з актуальних в медицині. Проте важливою проблемою є післяопераційне

відновне лікування, що потребує індивідуального підходу в кожному конкретному випадку. Тому метою моєї роботи буде розробити ерготерапевтичний комплекс втручань для пацієнтів з ендопротезуванням кульшового суглобу в ранньому післяопераційному періоді.

У більшості випадків цей період припадає на перебування хворого в відділеннях лікарень не дуже широкого профілю, тому потрібного обладнання для реабілітації хворих саме з ендопротезуванням часто недостатньо. Правильна кваліфікаційна реабілітація у ранньому післяопераційному періоді дозволить уникнути цілого ряду ускладнень, що можуть виникнути після операції, наприклад функціональна залежність, неможливість виконувати щоденну діяльність пацієнта, що була до операції та до захворювання.

Заходи ерготерапії допомагають не тільки максимально відновити рухові функції, а й адаптувати пацієнта до звичайного життя, допомагають стати самостійним, соціально пристосованим і незалежним у побуті.

**Мета роботи** – розробити алгоритм ерготерапії для осіб з ендопротезуванням кульшового суглобу у ранньому післяопераційному періоді.

**Предмет дослідження** – процес ерготерапії для осіб з ендопротезуванням кульшового суглобу у ранньому післяопераційному періоді.

Задачі дослідження:

1. Узагальнити і систематизувати сучасні науково-методичні знання про застосування ерготерапії після ендопротезування кульшового суглобу.
2. Обґрунтувати і розробити алгоритм заходів ерготерапії у хворих після ендопротезування на етапах реабілітації.
3. Розробити алгоритм ерготерапевтичного втручання для пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу на ранніх етапах післяопераційного періоду.

4. Оцінити ефективність розробленого алгоритму заходів ерготерапії для відновлення функцій особи після ендопротезування кульшового суглобу.

**Практична значимість роботи.** Розроблений алгоритм має велике значення для покращення якості життя після ендопротезування кульшового суглобу, підвищення рівня життєдіяльності, а також для допоможе зменшити ризик повторного оперативного втручання для осіб схильних до вторинного ендопротезування. На основі отриманих даних запропоновано новий підхід до розробки програми ерготерапевтичного втручання для хворих після ендопротезування кульшового суглобу, який може бути використаний в практичній діяльності спеціалізованих лікувальних, реабілітаційно-відновлювальних і санаторно-курортних закладах.

## РОЗДІЛ 1

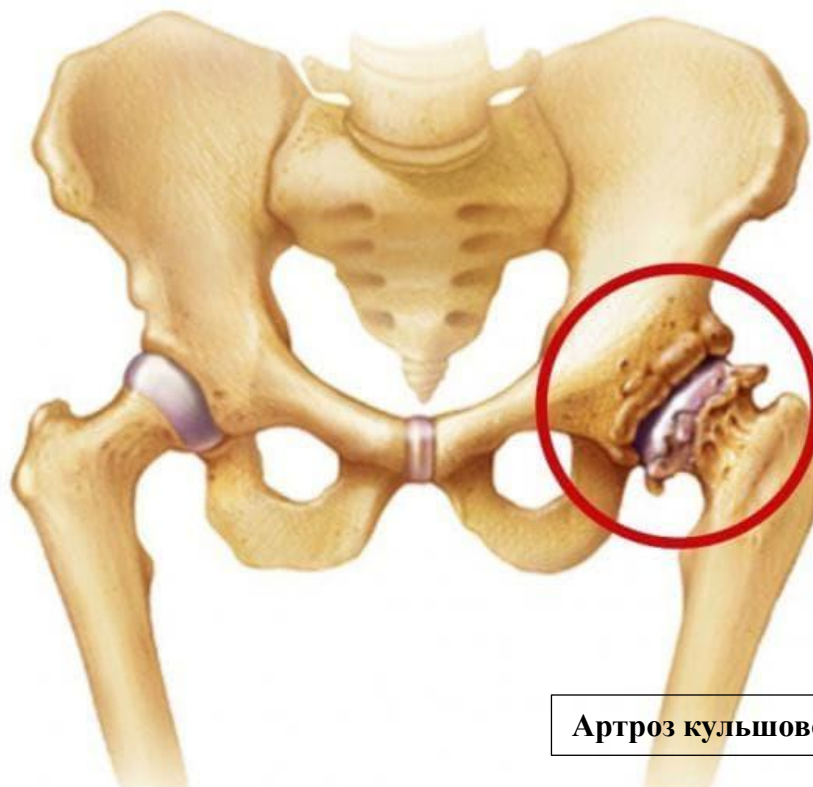
### СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОЦЕС ЕРГОТЕРАПІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ

#### 1.1 Етіологія та патогенез розвитку коксартрозу

Рівень ортопедичних захворювань зростає і негативно впливає на показники стану здоров'я популяції, яке полягає в зростанні їх поширеності, збільшенні частки настання тимчасової та стійкої втрати працездатності, настання інвалідності. Захворювання опорно-рухової системи протягом останнього десятиліття стійко у всіх вікових групах зростає [6].

Серед захворювань опорно-рухової системи Остеоартроз (ОА) є найбільш поширеною патологією синовіальних суглобів [16].

Артроз кульшового суглоба – це прогресуюче руйнування та зношування хрящової тканини тазобедреного суглоба. В результаті людина відчуває обмеження рухливості та сильний біль у суглобі. Це захворювання також відоме як остеоартроз кульшового суглоба або коксартроз.



У виникненні коксартрозу значення мають різні причини. В одних пацієнтів артроз розвивається на тлі диспластично зміненого суглоба [11]: уроджений вивих стегна, варусна чи вальгусна деформація шийки стегна. У інших хворих причиною хвороби може бути травма різної складності (внутрішньосуглобові переломи, неправильно зрощені переломи діяфіза кістки з порушенням осі кінцівки, вивихи, нефізіологічні навантаження). До розвитку коксартрозу можуть призводити запальні захворювання суглобів – остеомієліт, туберкульоз.

За літературними даними, основна причина коксартрозу – дисплазія (від 87 до 90%) [11,20,44], тобто вроджене порушення нормальної анатомічної форми суглобоутворюючих кінців кісток та інших тканин суглоба. Це призводить до перевантаження ділянок суглоба, дегенерації хряща, субхондральної кістки і змін елементів суглоба. Від тривалого надсильного навантаження хрящ втрачає гідрофільність, розволокнується в ділянці максимального впливу і знижує свої амортизаційні властивості. Збільшення

ударного навантаження на кістку призводить до розвитку мікропереломів. Коли хрящ руйнується, підлягаюча кістка, що оголилася, ушкоджується та склерозується. Це призводить до деформації суглобової поверхні кістки [2].

Відома дуже велика кількість причинно-обумовлених захворювань, що мають поліетиологічну природу. При цьому виділяється ряд найбільш важливих факторів, що зумовлюють нозологічні характеристики остеоартрозу, патогенез та наслідки.

ОА виникає внаслідок безлічі генетичних факторів. Саме аналіз факторів ризику розвитку ОА дозволив виникнути теорії про гетерогенність захворювання[12]. Багато досліджень відзначають у своїх роботах переважання серед пацієнтів жінок. Пов'язують це з великою кількістю жінок у популяції у старших вікових групах [26], проте можна відзначити омолодження контингенту хворих.

R.C. Lawrence в 1998 згрупував фактори ризику, що призводять до розвитку остеоартрозу [47]:

1. Генетичні – стать (жіноча), патологія гена колагену II типу, інші спадкові захворювання кісток та суглобів, расове/етнічне походження.

2. Негенетичні – літній вік, надмірна маса тіла, зниження рівня жіночих статевих гормонів (наприклад, постменопауза), вади розвитку кісток та суглобів, операції на суглобах в анамнезі.

3. Екзогенні – професійна діяльність, травма суглоба, спорт.

В.М. Дільман (1986, 1987) об'єднав фактори ризику розвитку коксартрозу таким чином:

1. Екстремальні зовнішні впливи, у тому числі екологічні.

2. Внутрішні причинні фактори – генетично зумовлені аномалії розвитку (дисплазії).

3. Системні захворювання, у яких коксартроз є лише симптомом (ревматизм, колагенози, подагра, алергія, порушення обміну речовин).

4. Інволютивні процеси, які розглядаються як фізіологічні обмінно-

дистрофічні, часто на тлі хронічних інфекцій.

Значимість генетичного чинника розвитку підтвердилося дослідженням Т. Pollard із співавт. (2012), яке проводилося з використанням контрольної та основної груп [53]. Було встановлено, що за наявності спадково обумовленої патології ризику розвитку патології кульшового суглоба значно підвищується. Дані багатьох авторів підтверджують те, що за мірою старіння населення є тенденція до підвищення захворюваності на коксартроз [23,49]. Віковий поріг даного захворювання продовжує суттєво знижуватися [25]. ОА вражає суглоби, схильні до пікових навантажень – патело-феморальний та тибіо-феморальний суглоби коліна та верхній полюс головки стегна у тазобедреному суглобі, що дає основу говорити про ОА як про еволюційну спадщину людини [45].

Розвиток коксартрозу у пацієнтів похилого віку часто пов'язане з поєднанням порушень інших органів та систем, що ускладнює лікування цих пацієнтів. Поєднання порушень кульшового суглобу та серцево-судинної системи призводить до необхідності більш ретельної підготовки хворих до оперативних втручань, особливо до операції з ендопротезування суглобів. У план передопераційної підготовки входять заходи щодо корекції та лікування хвороб серцево-судинної системи для попередження небажаних ускладнень з боку серцево-судинної системи у післяопераційному періоді [1,17]. У хворих на диспластичний коксартроз виявляються грубі порушення функціонування імунної системи, мінерального обміну, системи окиснення ліпідів/антиоксидантів, периферичної та центральної гемодинаміки, що диктує необхідність проведення комплексної програми лікування хворих на коксартрози III-IV ступеня тяжкості до та після тотального ендопротезування тазобедреного суглоба (ТЕТС), спрямованої на корекцію порушень роботи організму (імунної та адаптивної системи організму) [13].

У зв'язку з суттєвим підвищенням медичного та соціального значення проблеми ОА та остеопорозу (ОП) необхідно зосередити увагу на

профілактиці захворювань. Важливо розпочинати профілактику якомога раніше, сприяючи формуванню максимального піку кісткової маси в період формування скелету, а надалі, – попереджаючи залежну від віку втрату кісткової тканини. У зв'язку з збільшенням частки жіночого населення віком від 50 років, суттєвим старінням населення, екологічними та соціальними проблемами, ОА великих суглобів можуть призвести до епідемії даних захворювань у державі з непередбачуваними медико-соціальними наслідками.

Використання сучасних високоінформативних методів діагностики, виявлення груп ризику, цілеспрямованої профілактики та лікування цих захворювань та їх ускладнень, а також систематичне використання базисних засобів сприятимуть зменшенню кількості хворих з остеопоротичними переломами, ОА III-IV стадії, покращення якості життя пацієнтів старших вікових груп [25].

Виробничі фактори, що сприяють розвитку патології руху, надають виражений вплив на захворюваність на коксартроз – тривала ходьба, вимушене положення, робота стоячи з підняттям важкого [36], так само як і гіподинамія на роботі (робота у положенні сидячи) [23].

Вплив побутових факторів, пов'язаних із житловими умовами та характером харчування більш виражений, ніж виробничих [27,36,38]. Поєднання впливу кількох факторів - харчування в основному вуглеводною їжею (хлібобулочні вироби, картопля) на тлі малоактивного способу життя та сидяча робота посилюють та пришвидшують розвиток остеоартрозу.

Вплив сімейної схильності, неактивний спосіб життя, низький бюджет сім'ї виділяють Г. В. Сидорова, А.П. Барабаш, К.І. Шапіро (1998).

Вплив антропометричних показників: маса тіла більше 80 кг, ІМТ >30 кг/м<sup>2</sup>, наявність травм, механічних функціональних навантажень виявила у своєму дослідженні Т.М. Петрачкова (2005), а також Н.В. Сазонова та Л.А. Попова у 2009 р. [23,26]. N. Raans та співавт. відзначили значення зниження маси тіла у пацієнтів із надмірною масою тіла. 32,6% хворих відзначили

покращення функції суглобів після зниження маси тіла, покращення показників ходьби та зниження болю [52].

Деякі автори вказують на відсутність впливу на ризик розвитку коксартрозу куріння, освіти, віку початку та тривалості менопаузи [23]. При цьому інші науковці отримали підтвердження впливу куріння та алкоголізму не стільки на початок та розвиток захворювання, скільки на розвиток ускладнень після хірургічного лікування – асептичної нестабільності ендопротезів кульшових суглобів [30].

## **1.2. Процес ерготерапії осіб з ендопротезуванням кульшового суглобу з метою відновлення життєдіяльності особи після оперативного втручання і безпечного виконання занять своєї активності**

Залучення ерготерапії до дорослих, які проходять тотальне ендопротезування кульшового суглоба, відбувається в ранньому стаціонарному або передопераційному періоді, хоча і не тільки. Враховуючи ширший контекст "потоків користувачів послуг", важливо звернути увагу на особистісно-орієнтовану і цілісну філософію ерготерапії.

Ерготерапевти розглядають людей як професійно залучених істот. Люди за своєю природою активні та творчі, їм необхідно брати участь у збалансованих видах діяльності у своєму повсякденному житті, щоб підтримувати здоров'я та благополуччя. Люди формують свій досвід та взаємодію з навколишнім середовищем, а також формуються під впливом цього досвіду. Вони створюють ідентичність і сенс через те, що вони роблять, і мають здатність трансформувати себе за допомогою навмисних і самостійних дій. Мета ерготерапії полягає в тому, щоб дати людям можливість реалізувати або працювати над реалізацією свого потенціалу як професійної істоти. Ерготерапевти сприяють підвищенню працездатності, якості життя та реалізації потенціалу людей, які відчувають професійну депривацію,

дисбаланс або відчуження. Вони вважають, що діяльність може бути ефективним засобом для усунення дисфункції, полегшення адаптації та відтворення ідентичності.

Клінічне обґрунтування має враховувати індивідуальні вподобання та потреби, в тому числі складнощі лікування користувачів послуг з множинними патологіями, когнітивними або емоційними дисфункціями, деменцією та порушеннями здатності до навчання.

Скорочення тривалості перебування в стаціонарі призвело до того, що в багатьох медичних установах пріоритет у стаціонарній терапії надається таким елементам, як мобільність і самообслуговування, які необхідні для безпечної виписки, замість того, щоб прийняти більш цілісну позицію. Ерготерапія визнає, що користувачі послуг мають широкий спектр і різноманітність цілей, специфічних для їхньої власної ситуації. Тому в обов'язки ерготерапевта, який працює в лікарні, входить переадресація та перенаправлення до громадських команд, визнаючи, що не всі потреби можуть бути задоволені в лікарняних умовах. Це може бути пов'язано з тим, що користувач послуг не є функціонально готовим та обмежений у ресурсах, а також той факт, що деякі потреби, пов'язані з ролями та професіями, можуть бути більш адекватно задоволені у звичному домашньому середовищі користувача послуг. Очікується також, що завдяки розумінню принципів безпечного пересування, управління втому та поетапного повернення до активності, пацієнти зможуть, як "досвідчені користувачі послуг", застосовувати ці принципи до завдань в рамках свого індивідуального стилю життя, повертаючись до повноцінної діяльності якнайшвидше після хірургічного втручання.

Оцінка перед операцією дає можливість клієнту обговорити з ерготерапевтом свої цілі та бажані результати. Час проведення такої оцінки варіюється в різних країнах, хоча більшість користувачів послуг, які очікують на заміну кульшового суглоба, зазвичай відвідують ерготерапевта приблизно за чотири тижні до операції. Оцінка може включати обговорення будь-яких занепокоєнь

або тривоги користувача послуг щодо його поточних функціональних можливостей, пов'язаних із самообслуговуванням, продуктивністю і дозвіллям, в контексті його ролі, професії та оточення. Під час національного дослідження визначили, що повсякденна життєдіяльність, яку найчастіше обговорюють з користувачами послуг, - це робота на кухні, переміщення з ванни або душі, переміщення в автомобілі, вмивання та одягання з роздяганням. Найчастіше практикуються такі дії, як перенесення з ліжка, стільця та туалету, за якими слідує практика одягання. Оцінка повинна бути чутливою і враховувати когнітивні функції користувача послуг, а виконання всіх етапів втручання має бути відповідно адаптоване. Після цього можна розробити цілі та спільно узгодити план лікування.

Домашня ситуація обговорюється з точки зору того, що клієнт є експертом у цій сфері, а також його конкретних потреб і вибору. Клієнт може повідомити ерготерапевта про конкретну висоту своїх меблів (стілця, ліжка, туалету), щоб можна було призначити обладнання, яке компенсує недостатню функціональність або дозволить продовжувати діяльність, дотримуючись запобіжних заходів, які обмежують певні рухи (якщо це вимагається протоколами команди). Загальний план будинку, розташування ванної кімнати та туалету, а також будь-які потенційні труднощі, такі як круті сходи або складний доступ, можуть бути визначені клієнтом і обговорені з ерготерапевтом з метою спільного планування узгодженого втручання. Якщо у людини встановлений діагноз і вона очікує на планову операцію, вона може бути забезпечена обладнанням, яке допоможе їй у повсякденній діяльності. Найчастіше ерготерапевти призначають клієнтам, які отримують первинне тотальне ендопротезування кульшового суглоба, підняте сидіння для унітазу, а також підйомники для стільців і ліжок, сидячі табурети, маніпулятори з довгими ручками і засоби для перев'язування.

Клієнт також має можливість обговорити питання, пов'язані з підтримкою, яка може знадобитися після виписки. Це може допомогти визначити, чи може бути

корисним додатковий догляд ерготерапевта, або чи домовилися вони про підтримку з родиною, друзями або приватними спеціалістами. Крім того, деякі клієнти можуть бути опікунами або батьками і, таким чином, нести відповідальність за інших. Цей етап втручання може відбуватися у формі бесіди з користувачем послуг, заповнення користувачем послуг/родиною анкети або візиту додому до клієнта.

Важливим елементом передопераційної ерготерапії є навчання, яке ґрунтується на поточних знаннях пацієнта, вирішує його проблеми та надає можливість обговорити, що буде включати в себе операція і як відновлення вплине на його повсякденне життя.

З розвитком технологій з'явилася можливість розглянути інші варіанти, які можуть розширити вибір клієнта щодо способу доступу до інформації, наприклад, веб-сайти/мобільні додатки або цифрове телебачення.

Важливим є розширення можливостей клієнта брати на себе відповідальність за управління власним здоров'ям, оскільки вважається, що "досвідчені пацієнти" будуть більш залучені в процес лікування та його результати, що призведе до підвищення рівня реабілітації після хірургічного втручання.

Запобіжні заходи, які обмежують діапазон рухів і активність користувача послуг, традиційно застосовувалися як профілактичний захід. Метою було зменшити ймовірність вивиху шляхом сприяння загоєнню м'яких тканин, що оточують замінений ендопротез.

### 1.3 Загальні принципи тотального ендопротезування кульшового суглобу

При ендопротезуванні кульшового суглоба кульшовий суглоб замінюється на штучний, що складається, з металевої кульки, прикріпленої до ніжки, яка входить у порожнистий канал кульшової або стегнової кістки. Кулька з'єднується зі штучним гніздом, що фіксується до чашкової частини таза або вертлюжної западини. Однаково успішними для стегнової кістки є як цементна фіксація, так і метод кісткового вrostання. Зазвичай використовують імплантат, що зростається з кісткою, хоча у літніх пацієнтів може застосовуватись цементна фіксація стегнової кістки, чия кісткова тканина може бути не такою міцною, як у молодості.



а)



б)

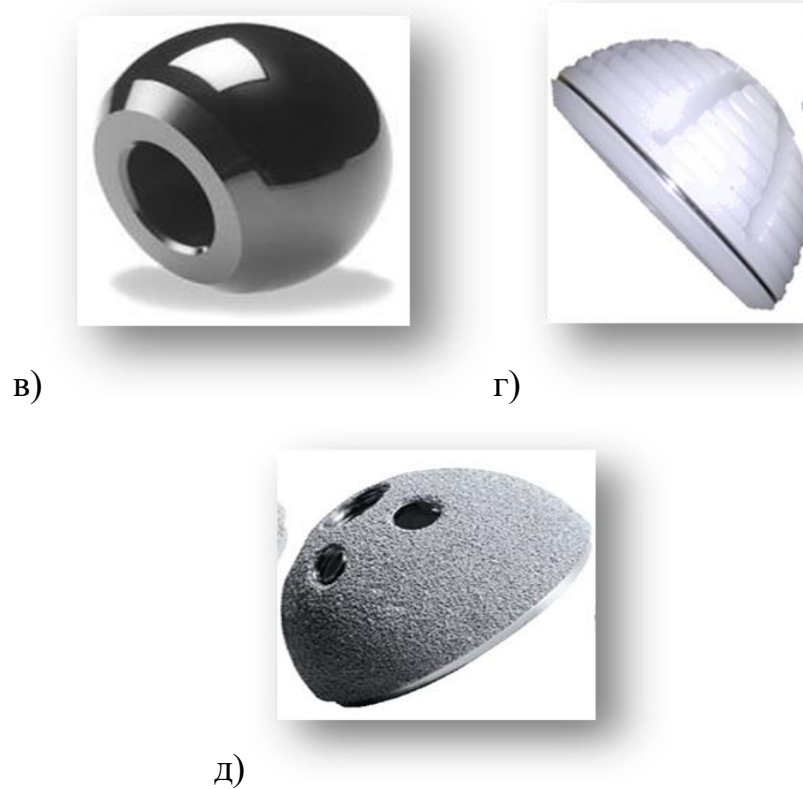


Рис.1.4. Тотальний ендопротез: а). загальний вигляд; б). ніжка протеза; в). головка протеза; г). поліетиленовий вкладиш; д). чашка протеза.

Число операцій з використанням ендопротезів в даний час значно збільшився, накопичується досвід стандартизації технології та ретельного планування проведення операції. Але все ж у ряді випадків вищевказані фактори не завжди забезпечують попередження виникнення річних ускладнень, пов'язаних як безпосередньо з технікою операції так і незалежно від неї [56, 66, 74].

Сприяти їх зворотному розвитку або попередити післяопераційні ускладнення в післяопераційному періоді і сприяти подальшим медико-реабілітаційним заходам, спрямованим на завершальний ефективний результат оперативного втручання можливо при застосуванні засобів і методів ерготерапевтичного втручання [6, 37, 58].

## **1.4 Вплив коксартрозу на активність повсякденного життя**

### **Рекомендації та огляд доказів**

Рекомендації представлені в шести категоріях. Цей розділ містить огляд доказів для кожної категорії разом з рекомендаціями:

1. Максимальна функціональна незалежність
2. Зменшення тривожності
3. Відновлення повноцінної зайнятості
4. Запобіжні заходи для тазостегнових суглобів
5. Посилене відновлення
6. Зменшення попиту на допоміжні послуги

Огляд літератури виявив джерела доказів, на основі яких було розроблено 26 рекомендацій.

Рекомендації оцінюються за шкалою від А (висока) до D (дуже низька), щоб вказати на якість доказів, а оцінка 1 (сильна) або 2 (умовна) вказує на силу рекомендації. Шістнадцять з 26 рекомендацій оцінені як сильні. Загалом 6,1% доказів було оцінено як високоякісні (рівень А), 19,7% - як помірні (рівень В), 61,7% - як низькі (рівень С) і 13,5% - як дуже низькі (рівень D).

### **1.4.1 Максимальна функціональна незалежність**

Огляд доказової бази:

Докази свідчать про те, що індивідуальні фактори, такі як супутні захворювання та особистий анамнез, впливають на індивідуальні потреби, і тому оцінка повинна бути індивідуалізованою та комплексною. Крім того,

докази підтверджують необхідність врахування депресії, тривоги та когнітивного статусу, оскільки вони можуть впливати на одужання.

Чітка комунікація ерготерапевтів, яка узгоджується з ширшою мультидисциплінарною командою, може допомогти забезпечити реалістичні очікування після операції.

Дослідження відзначають важливість залучення клієнтів до прийняття рішень щодо обладнання та надання їм порад щодо управління болем, щоб допомогти у відновленні.

1.	<p>Рекомендується, щоб оцінка ерготерапії була комплексною і враховувала фактори, які можуть вплинути на індивідуальні потреби, цілі, відновлення та реабілітацію, включаючи супутні захворювання, травматичний анамнез, особисті обставини, ожиріння та передопераційну функцію.</p> <p>(Johansson et al 2010 [C]; Lin and Kaplan 2004 [C]; Marks 2008 [C]; Naylor et al. 2008 [C]; Ostendorf та ін. 2004 [C]; Vincent та ін. 2007 [C]; Vincent та ін. 2012 [B]; Wang та ін. 2010 [C])</p> <p>[Нові дані 2017]</p>	1C
2.	<p>Рекомендується, щоб постановка цілей була індивідуалізованою, підвищувала реалістичні очікування щодо функціональної незалежності та починалася з передопераційної оцінки.</p> <p>(Hobbs та ін. 2011 [C]; Judge та ін. 2011 [C]; Mancuso та ін. 2003 [C])</p> <p>[Нові докази 2017]</p>	1C
3.	<p>Ерготерапевтам рекомендується забезпечити чітке спілкування та надання порад, які узгоджуються з порадами інших членів мультидисциплінарної команди.</p> <p>(Drummond та ін. 2013 [C]; Fielden та ін. 2003 [C])</p>	1C

	[Нові докази 2017]	
4.	Рекомендується враховувати стан депресії та тривоги під час передопераційного та післяопераційного втручання через їх потенційний вплив на одужання. (Caracciolo and Giaquinto 2005 [C]; Nickinson et al 2009 [C])	1C
5.	Рекомендується враховувати когнітивний статус під час передопераційного та післяопераційного втручання через його потенційний вплив на одужання. (Wang and Emery 2002 [C]; Wong et al 2002 [C])	1C
6.	Рекомендується, щоб клієнти були повністю залучені до прийняття рішень щодо обладнання, необхідного для того, щоб вони могли здійснювати повсякденну життєдіяльність і дотримуватися будь-яких застережних заходів щодо кульшового суглоба в домашніх умовах після хірургічного втручання. (Thomas et al 2010 [D])	1D
7.	Рекомендується надавати клієнту поради щодо ефективних стратегій управління болем, щоб зменшити передопераційний больовий синдром і порушення сну, а також покращити післяопераційну фізичну функцію. (Berge та ін. 2004 [B]; Montin та ін. 2007 [C]; Parsons та ін. 2009 [C])	1B
8.	Рекомендується використовувати стандартизовані показники оцінки та результатів, де це доречно, для визначення функціональних результатів та професійної діяльності в умовах реабілітації, як в стаціонарі, так і в громаді. (Alviar та ін. 2011 [B]; Gillen та ін. 2007 [C]; Kiefer та Emery 2004 [C]; Oberg та ін. 2005 [D])  [Нові докази 2017]	2C

### 1.4.2 Зниження тривожності

9.	<p>Рекомендується, щоб ерготерапевт під час передопераційної оцінки виділив достатньо часу для індивідуальних запитань та обговорення очікувань і тривоги.</p> <p>(Fielden et al 2003 [C]; McDonald et al 2014 [A]; McDonald et al 2004 [A]; Montin et al 2007 [C])</p> <p>[Нові докази 2017]</p>	1A
10.	<p>Пропонується, щоб ерготерапевти пропонували підтримку та поради користувачам послуг, які можуть бути стурбовані прискороною випискою додому. (Heine та ін. 2004 [D]; Hunt та ін. 2009 [D]; Montin та ін. 2007 [C])</p>	2C
11.	<p>Рекомендується, щоб передопераційна оцінка та навчання проводились у найбільш прийнятному для користувача послуг середовищі. Для більшості користувачів послуг підходить середовище клініки, але якщо потреби є складними, оцінка на дому повинна бути доступним варіантом.</p> <p>(Crowe and Henderson 2003 [B]; Drummond et al 2012 [C]; Orpen and Harris 2010 [C]; Rivard et al 2003 [B])</p>	1B
12.	<p>Припускається, що надання обладнання до початку операції може сприяти ознайомленню з ним та впевненості у його використанні.</p> <p>(Fielden et al 2003 [C]; Orpen and Harris 2010 [C])</p>	2C
13.	<p>Припускається, що користувачі послуг можуть цінувати лікування в одного ерготерапевта протягом усього процесу, від</p>	2C

	передопераційної оцінки/навчання до післяопераційної реабілітації, де це можливо. (Spalding 2003 [C])	
14.	Пропонується, щоб ерготерапевти брали участь у стандартизованих передопераційних освітніх втручаннях, надаючи інформацію, поради та демонстрації, де це доречно (наприклад, принципів захисту суглобів, обладнання). (Coudeyre та ін. 2007 [B]; Johansson та ін. 2007 [B]; Spalding 2003 [C]; Spalding 2004 [C]; Soever та ін. 2010 [C])	2B

### 1.4.3 Відновлення повноцінної зайняттєвої активності

Огляд доказової бази:

Докази показують, що післяопераційні очікування часто зосереджені спочатку на фізичному відновленні, а в міру його прогресування важливим стає відновлення виконання певних ролей. Однак відновленню цих ролей може перешкоджати невпевненість у собі та нереалістичні очікування.

Оскільки ендопротезування кульшового суглоба все частіше відбувається в молодших вікових групах, повернення до роботи може бути ключовою метою деяких користувачів послуг. Докази підкреслюють, що це може бути реалістичною метою для багатьох: дослідження показують, що більшість користувачів послуг, які хочуть повернутися до роботи, роблять це, хоча вимоги роботи та індивідуальні обставини відіграють певну роль. Іншою метою може бути повернення до занять спортом або фізичної активності, хоча дані вказують на дуже обмежене збільшення фізичної активності після

операції. Ерготерапевти можуть допомогти користувачам послуг подолати бар'єри на шляху до відновлення цих видів діяльності.

15.	<p>Рекомендується, щоб робочі ролі обговорювалися якомога раніше в рамках комплексної оцінки.</p> <p>(Bohm 2010 [C]; Cowie et al 2013 [C]; Malviya et al 2014 [A]; Mobasher et al 2006 [D]; Nunley та ін. 2011 [C]; Sankar та ін. 2013 [C])</p> <p>[Нові дані 2017]</p>	1С
16.	<p>Для працюючих користувачів послуг пропонується надавати консультації щодо збереження їхньої робочої ролі до операції, післяопераційних очікувань та відповідної інформації для роботодавців (Бом 2010 [К]).</p> <p>(Bohm 2010 [C]; Cowie та ін. 2013 [C]; Malviya та ін. 2014 [A]; Mobasher та ін. 2006 [D]; Нанлі та ін. 2011 [C]; Парсонс та ін. 2009 [D]; Санкар та ін. 2013 [C])</p> <p>[Нові докази 2017]</p>	2С
17.	<p>Рекомендується, щоб ерготерапевти надавали поради, які допоможуть користувачам послуг встановити попередні та нові ролі та стосунки, а також змістити фокус уваги з інвалідності на здібності.</p> <p>(Grant et al 2009 [C]; McHugh and Luker 2012 [C])</p> <p>[Нові дані 2017]</p>	1С
18.	<p>Рекомендується, щоб ерготерапевти заохочували раннє обговорення та постановку цілей для реінтеграції в</p>	1С

	<p>суспільство.</p> <p>(de Groot та ін. 2008 [D]; Gillen та ін. 2007 [C]; Heiberg та ін. 2013 [D]; McHugh and Luker 2012 [C]; Smith та ін. 2015 [B])</p> <p>[Заява змінена, нові докази 2017]</p>	
19.	<p>Пропонується, щоб повернення до фізичної та спортивної діяльності розглядалося в рамках ерготерапевтичної оцінки та втручань (Abe et al. 2014 [C]).</p> <p>(Abe та ін. 2014 [C]; Cowie та ін. 2013 [C]; Harding та ін. 2014 [C]; Ollivier та ін. 2014 [C]; Vissers та ін. 2013 [C]; Wagenmakers та ін. 2011 [C]; Williams та ін. 2012 [C]; Wilson та Villar 2011 [D])</p> <p>[Нова заява та докази 2017]</p>	2C
20.	<p>Пропонується, щоб у разі виявлення конкретних потреб ерготерапевт скеровував користувача послуг до послуг з реабілітації, реабілітації або проміжного догляду в громаді для посилення реінтеграції в громаду.</p> <p>(de Groot та ін. 2008 [D]; Gillen та ін. 2007 [C])</p>	2C

#### 1.4.4 Запобіжні заходи щодо кульшового суглоба

Огляд доказів:

Докази здебільшого не є переконливими щодо переваг застосування запобіжних засобів для кульшового суглоба або ризиків, пов'язаних зі зняттям таких засобів. Багато досліджень показали підвищення задоволеності користувачів послуг, більш ранню функціональну незалежність і відсутність підвищеного ризику вивихів після зняття фіксаторів кульшового суглоба, але ці дослідження мали значні обмеження. З точки зору практиків, докази

вказують на відмінності в практиці консультування клієнтів щодо запобіжних заходів для кульшового суглоба, при цьому лікарі визначають потребу в більш якісних дослідженнях впливу послаблення або зняття запобіжних заходів на вивихи та результати реабілітації.

#### Запобіжні заходи для тазостегнового суглоба

21.	<p>Рекомендується, щоб ерготерапевти консультувалися з хірургічною командою щодо будь-яких конкретних запобіжних заходів, яких слід дотримуватися після операції.</p> <p>(Barnsley та ін. 2015 [B]; Hol та ін. 2010 [B]; McQuaid та ін. 2014 [C]; Peak та ін. 2005 [B]; Restrepo та ін. 2011 [B]; Smith та ін. 2016 [A]; Stewart and McMillan 2011 [C]; van der Weegen та ін. 2016 [B]; Ververeli та ін. 2009 [B])</p> <p>[Нові докази 2017]</p>	1B
22.	<p>Рекомендується, щоб ерготерапевти консультували клієнтів, якщо протокол включає запобіжні заходи, щодо відповідної поведінки в положенні для тих видів повсякденної діяльності, які відповідають потребам людини, починаючи від посадки/висадки з автомобіля і закінчуючи відповіддю на телефонні дзвінки.</p> <p>(Coole та ін. 2013 [C]; Drummond та ін. 2012 [C]; Malik та ін. 2002 [D]; Peak та ін. 2005 [B]; Smith and Sackley 2016 [C]; Stewart and McMillan 2011 [C]; Ververeli та ін. 2009 [B])</p> <p>[Нові докази 2017]</p>	1B
23.	<p>З огляду на збільшення кількості доказів підвищення задоволеності клієнтів і більш ранньої функціональної незалежності без негативного впливу на частоту вивихів при</p>	2B

послабленні або припиненні запобіжних заходів для стегна, ерготерапевти повинні брати участь в обговоренні/перегляді протоколів запобіжних заходів для стегна на місцевому рівні зі своїми хірургічними та мультидисциплінарними командами (Barner, 2015).

(Barnsley та ін. 2015 [B]; Coole та ін. 2013 [C]; Drummond та ін. 2012 [C]; McQuaid та ін. 2014 [C]; O'Donnell та ін. 2006 [D]; Peak та ін. 2005 [B]; Restrepo та ін. 2011

[B]; Smith and Sackley 2016 [C]; Smith et al 2016 [A]; van der Weegen et al 2016 [B]; Ververeli et al 2009 [B])

[Заява змінена, нові докази 2017].

#### 1.4.5 Посилене відновлення

Огляд доказової бази:

Докази щодо ерготерапії в післяопераційний період є обмеженими. Загалом, дані свідчать про те, що впровадження клінічних схем і програм посиленого відновлення може вплинути на тривалість перебування в лікарні. Однак в одному дослідженні зазначається, що проблеми після виписки все ще можуть виникати. Крім того, докази підтримують реабілітацію в домашніх умовах з точки зору скорочення тривалості перебування в лікарні, а також мультидисциплінарну реабілітацію з точки зору позитивних результатів для пацієнта та установ.

24.	Рекомендується, щоб ерготерапевти оптимізували тривалість	1B
-----	---	----

	<p>перебування в стаціонарі, належним чином враховуючи шляхи надання допомоги та рекомендації щодо програм посиленого відновлення.</p> <p>(Arshad та ін. 2014 [C]; Berend та ін. 2004 [C]; Bottros та ін. 2010 [C]; Brunenberg та ін. 2005 [C]; Husted та ін. 2008 [C]; Ibrahim та ін. 2013 [B]; Kim та ін. 2003 [B])</p> <p>[Нові докази 2017]</p>	
25.	<p>Рекомендується, щоб ерготерапевт був залучений до раннього мультидисциплінарного післяопераційного втручання для пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба, забезпечуючи стаціонарну або домашню реабілітацію.</p> <p>(Aasvang та ін. 2015 [D]; Ibrahim та ін. 2013 [B]; Iyengar та ін. 2007 [C]; Khan та ін. 2008 [A]; Pape та ін. 2013 [C]; Siggeirsdottir та ін. 2005 [C])</p> <p>[Нові докази 2017]</p>	1A

#### 1.4.6 Зменшення попиту на послуги

Огляд доказів:

Дослідження вказують на наявність певного рівня стресу, якого зазнають особи, що здійснюють догляд за пацієнтами, які очікують на тотальне ендопротезування кульшового суглоба, і хоча це і зменшує післяопераційний період, але не суттєво. Докази свідчать про те, що при оцінці пацієнтів слід брати до уваги осіб, які здійснюють догляд, хоча ерготерапевти повинні зважити на побажання осіб, які здійснюють догляд, і пацієнтів

26.	Припускається, що залучення неформальних осіб, які здійснюють догляд, до передопераційної оцінки/навчання та післяопераційного втручання може мати потенційні переваги, щоб максимізувати незалежність користувачів послуг і зменшити стрес для осіб, які здійснюють догляд (Chow 2001 [C]).	2С
-----	---	----

Якщо ви зважилися на операцію із заміни кульшового суглоба, попередньо вам доведеться пройти повне медичне обстеження. Це необхідно для аналізу стану вашого здоров'я і пошуку причин, що можуть перешкодити проведенню операції або відновленню після неї. Виявлення і наявність хронічних інфекційних захворювань. Одними із найважчих ускладнень після операцій із заміни суглоба є інфекційні (нагноєння), хоча виникають вони не так часто. Інфекція може бути гострою, з'являтися відразу після операції або через кілька місяців. Існує так само хронічна (латентна) інфекція, що не виявляється появою свищових ходів. Тому зниження ймовірності виникнення такого роду ускладнень проводиться попереднє обстеження у суміжних фахівців. Якщо ви маєте хронічні захворювання або виникло якесь застудне захворювання напередодні операції, втручання варто відкласти до одужання й одержання стійкої ремісії.

Обстеження в зубного лікаря. Інфекційні захворювання після заміни суглоба можуть виникнути під час потрапляння бактерій у систему кровообігу. Оскільки бактерія може потрапити туди під час перебування у стоматолога , найбільш серйозні процедури, такі, як видалення зубів, варто виконувати завчасно.

Зниження ваги. За наявності надлишкової ваги вам можуть порадишити знизити її для того, щоб зменшити тиск на ваш новий суглоб.

Обстеження в уролога. Урологічне обстеження перед операцією повинно виконуватися пацієнтом при виявленні інфекцій у сечі. Літні чоловіки при захворюваннях простати повинні пройти курс лікування під наглядом уролога до проведення операції із заміни суглоба.

Аналізи. Деякі аналізи, такі, як аналізи крові, кардіограма, рентгенограми, аналіз сечі, необхідні для правильного планування операції.

Метою цього дослідження було надати інформацію про теоретичні засади дослідження, визначити дослідження, які підтримують тему дослідження, визначити, що відомо і невідомо про тему дослідження, а також встановити сфери інтересу. Оскільки немає літератури, що описує популяцію, після ендопротезування кульшового суглобу, вивчається застосовність поточного дослідження. Нарешті, критикуються кількісні інструменти, що використовуються в літературі, і обговорюються методологічні основи якісного напрямку.

#### Історичний огляд: Модель професійної адаптації

Модель професійної адаптації (ПА) була обрана в якості теоретичної основи для цього дослідження. Модель ПА ґрунтується на професійній адаптації, посиляючись на те, як поняття професії та адаптації інтегруються в єдиний феномен у пацієнта. У моделі заняття визначаються як діяльність, що вимагає активної участі, має значення для людини і приносить матеріальний або нематеріальний результат. Прикладом матеріального результату може бути приготування їжі, а потім її споживання, тоді як прикладом нематеріального результату може бути заняття йогою і відчуття розслаблення. Адаптація - це зміна функціонального стану людини в результаті прагнення до оволодіння професійними викликами. Процес професійної адаптації показує, як людина може адаптивно реагувати на професійні виклики, що веде до оволодіння цією професією. Три елементи процесу професійного розвитку складаються з

людина, професійне середовище та взаємодія між ними, коли вони об'єднуються в професії.

Людина

Оцінка процесу опанування професійної компетентності в людині включає розгляд підсистем людини, професійного середовища, рольових очікувань та адаптаційної здатності. У моделі людина складається з сенсомоторної, когнітивної та психосоціальної систем. Одне з припущень моделі ПА полягає в тому, що сенсомоторна, когнітивна і психосоціальна підсистеми присутні і активні для професійної реакції. Однак кожна підсистема може бути активною в різному ступені залежно від конкретного професійного завдання. Наприклад, для перегляду телевізора психосоціальна підсистема людини буде менш активною, ніж її сенсомоторна та когнітивна підсистеми. Деякі люди можуть мати дефіцит у своїх підсистемах або підсистемах, які є менш активними. Наприклад, людина може мати сенсомоторні проблеми, такі як зниження сили, або когнітивні проблеми, такі як погіршення короткочасної пам'яті. Психосоціальною проблемою може бути відсутність мотивації. Дефіцити в межах підсистеми можуть стати бар'єрами на шляху до професійної діяльності. Дефіцит психосоціальної підсистеми, наприклад, депресія, а також дефіцит сенсомоторної системи, наприклад, сильний біль, можуть стати перешкодами для функціонування після ендопротезування. У цьому дослідженні вивчалось, як дефіцит підсистем особистості впливає на людей з патологією коксартрозу, та після ендопротезування кульшового суглобу.

Ерготерапевтична модель визначає професійне середовище як контекст, в якому відбувається професійна діяльність, що включає контексти роботи, гри, дозвілля та самообслуговування. Кожне професійне середовище вимагає від людини виконання роботи, яка приносить їй задоволення, а отже, призводить до професійної реакції. Професійне середовище також складається з фізичної, соціальної та культурної підсистем, кожна з яких впливає на характер конкретного професійного середовища. Фізична підсистема включає неживі

об'єкти в навколишньому середовищі, соціальна підсистема включає присутніх людей, які впливають на навколишнє середовище своїми схильностями, ставленням і діями, а культурна підсистема відображає те, як фізична і соціальна підсистеми об'єднуються разом, щоб служити цілям професійного середовища. Крім того, культурна підсистема включає процедури, методи, ритуали, цінності та обмеження, занурені в контексти роботи, гри та дозвілля або самообслуговування.

Участь у професійній діяльності безпосередньо не спостерігалася в будинках учасників цього дослідження. Однак професійне середовище досліджувалося за допомогою анкет та інтерв'ю. Це дозволило отримати уявлення про те, як учасники та учасниці виконують свою роботу. Це дало змогу зрозуміти, як учасник функціонує у своєму середовищі. Вивчення професійного середовища включало розуміння того, як учасник міг функціонувати в межах фізичної, соціальної та культурної підсистем і як дисфункція в цих підсистемах впливала на участь у роботі, іграх і дозвіллі, а також на самообслуговування. Хоча жодне дослідження не вивчало об'єктивно здатність пацієнта функціонувати у власному професійному середовищі після ендопротезування, багато досліджень використовували анкетування та інтерв'ю, щоб зрозуміти труднощі, з якими стикаються пацієнти, функціонуючи в різних сферах. Неможливість бути продуктивним у навколишньому середовищі є основною скаргою пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу, і багато пацієнтів використовують компенсаторні механізми, щоб функціонувати у власному середовищі. Це дослідження допоможе нам зрозуміти, з якими бар'єрами учасники зіткнулися у своєму середовищі і чи довелося їм компенсувати їх, щоб успішно виконувати бажану діяльність. Розуміння того, як учасники адаптивно реагують на професійні виклики, допоможе зрозуміти, як учасники успішно функціонують у своєму середовищі.

Рольові очікування

Професійні виклики виникають у межах професійної ролі людини і несуть із собою певні очікування. Наприклад, від матері можуть очікувати, що вона буде годувати свою сім'ю, а після травми приготування їжі може стати професійним викликом. Таким чином, професійні ролі людини і середовище, в якому вони виконуються, створюють джерело попиту на неї. Після ендопротезування пацієнти, які мали вищі професійні вимоги та вищий рівень самооцінки, частіше втрачали час на роботі. У цьому дослідженні продуктивні ролі кожного учасника вивчалися за допомогою опитувальників і включали вивчення того, яку роль виконував кожен учасник, а також його здатність виконувати цю роль. Після ендопротезування існують значні рольові обмеження через фізичні проблеми у нижній кінцівці. Дорослі середнього віку відчують значно більшу рольову дисфункцію, ніж молодші та старші дорослі, що, швидше за все, пов'язано з численними рольовими очікуваннями цієї вікової групи. Інтерв'ювання учасників дало можливість додатково дослідити здатність кожного з них учасника виконувати свої професійні ролі у своєму середовищі, а також допомогли зрозуміти, як операційне втручання, вплинуло на певні ролі і в якій мірі на них впливає.

#### Потік процесу

У моделі процес ПА починається з професійного виклику, за яким слідує сприйняття людиною як внутрішніх, так і зовнішніх очікувань щодо професійної діяльності.

На основі цього сприйняття людина генерує професійну реакцію, оцінює результат і інтегрує зворотний зв'язок від реакції для подальшого використання. У той же час, функції оцінки та інтеграції зворотного зв'язку відбуваються в елементі професійного середовища. Процес повторюється, коли виникає новий професійний виклик.

Прагнення до майстерності при виконанні професійного завдання призводить до адаптації.

Підпроцеси структури професійної адаптації

Підпроцес формування адаптивної реакції. Підпроцес формування адаптивної реакції - це реакція, породжена професійним викликом і рольовими очікуваннями, які сприймаються людиною. Підпроцес формування адаптивної реакції є першим підпроцесом, за ним слідує підпроцес оцінки адаптивної реакції та інтегративний підпроцес адаптивної реакції. Він характеризується як механізмом адаптивного реагування, так і адаптивним гештальтом.

Механізм адаптивного реагування. Механізм адаптивного реагування визначає тип адаптивної енергії, яку людина буде використовувати, вибираючи з репертуару режимів адаптивного реагування і поведінки адаптивного реагування. Адаптивна енергія складається з сфокусованого, більш високого рівня усвідомлення, який може бути вичерпаний швидше, і нижчого, більш складного, творчого рівня, який вимагає менше енергії для роботи. Це дослідження вивчало компенсаторні механізми та адаптивну енергію, яка використовується для роботи цих компенсаторних механізмів, за допомогою анкетування та інтерв'ю. Отримана інформація допомогла пояснити, як учасники використовували сфокусовані, більш усвідомлені компенсаторні механізми, довше використовуючи уражену кінцівку для занять, або як вони використовували нижчі, складні, творчі компенсаторні механізми, використовуючи неуражену верхню кінцівку для занять. Розуміння специфічних компенсаторних механізмів, які використовуються в цій популяції, може допомогти визначити, які адаптаційні енергетичні моделі можуть підвищити ризик розвитку коксартрозу у пацієнтів.

Коли люди стикаються з професійним викликом, вони можуть реагувати на нього, використовуючи наявні режими, навіть якщо вони не підходять для виконання завдання. Наприклад, Bialocerkowski (2002) виявив, що 17% пацієнтів із захворюваннями кульшового суглобу компенсують це під час гігієнічних заходів, витрачаючи більше часу на виконання завдання. Збільшення часу на виконання завдання можна вважати первинним рівнем адаптації, і якщо на цьому рівні не вдається досягти відносного оволодіння

навичками, то це спонукає до розвитку нових форм поведінки. Адаптивна поведінка включає гіперстабільність (примітивна), гіпермобільність (перехідна) і змішану мобільність і стабільність. Гіперстабільна або примітивна поведінка в сенсомоторній системі проявляється в застиглих позах. Гіпермобільна або перехідна поведінка проявляється у високому рівні рухів без чіткої цільової спрямованості. Змішана мобільність і стабільність, або зріла поведінка, проявляється у скоординованих рухах. Жодні дослідження не виявили досліджували, де компенсаторні механізми, що використовуються після ендопротезування, підпадають під категорії адаптивних реакцій. Однак якісні дослідження виявили, що частота і тип компенсаторних механізмів, які використовуються після ураження кульшового суглобу, залежать від типу виконуваної діяльності. Наприклад, після ендопротезування пацієнти можуть використовувати різноманітні компенсаторні механізми для виконання повсякденної діяльності, і ці стратегії можуть підпадати під більш ніж одну адаптивну поведінку реагування. У цьому дослідженні було вивчено стратегії компенсації, які використовують люди з патологією кульшового суглоба, і які стратегії могли призвести до розвитку патології коксартрозу.

Цілком можливо, що як гіпермобільна, так і гіперстабільна адаптивна поведінка може призвести до розвитку патології суглоба. Наприклад, у пацієнта може розвинути патологія кульшового суглоба, якщо він або вона використовує гіпермобільну поведінку, таку як надмірне використання суглоба при виконанні професійної діяльності ураженою нижньою кінцівкою.

Патологія кульшового суглобу також може розвинути, якщо пацієнт використовує гіперстабілізовану поведінку, не рухаючи ураженою верхньою кінцівкою. Виявлено, що після ураження кульшового суглобу 31% учасників просили когось іншого виконати завдання, а 26% використовували неуражену кінцівку для виконання завдання. Якщо не використовувати уражену кінцівку для повсякденних функцій, можуть відбутися зміни в неуражених, нетравмованих суглобах.

Гештальт адаптації. Гештальт адаптації є частиною підпроцесу генерації адаптивної відповіді разом з механізмом адаптивної відповіді. Гештальт адаптації конфігурує вихід механізму адаптивного реагування в план сенсомоторного, когнітивного та психосоціального залучення людини. Психосоціальний компонент підсистем людини бере участь у всій когнітивній діяльності і повинен бути включений в гештальт на рівні, який полегшує когнітивну обробку, а не заважає їй. Після оперативного втручання дорослі середнього віку демонстрували більше емоційних проблем, таких як депресія і тривога, які заважали професійній діяльності, порівняно з дорослими старшого віку. Крім того, дорослі середнього віку витрачають менше часу на діяльність, досягають менших результатів і працюють менш ретельно після втручання. Дисбаланс систем організму, виявлений у людей середнього віку після ендопротезування кульшового суглобу, потребував подальшого вивчення, щоб зрозуміти, чи впливають психосоціальні проблеми на процес реабілітації.

Підпроцес оцінки адаптивної реакції. Підпроцес оцінки адаптивної реакції активується людиною шляхом порівняння адаптаційного гештальту з впливом на професійну реакцію, і саме в рамках цього підпроцесу людина оцінює досвід відносної майстерності. Відносна майстерність визначається як ступінь, до якого людина відчуває професійну реакцію як ефективну, результативну і таку, що задовольняє її саму і суспільство. Відносна майстерність включає в себе професійну діяльність, яка приносить задоволення не тільки людині, але й відповідним агентам у професійному середовищі.

Жінки, які стикаються з ендопротезуванням частіше, ніж чоловіки, визначають продуктивність і самообслуговування як проблеми, що найбільше впливають на продуктивність після оперативного втручання. Нездатність жінок досягти відносної майстерності у таких сферах продуктивності, як хатня робота, може вплинути на рольові очікування і не задовольнити домашнє середовище.

Досягнення відносної майстерності при виконанні роботи є важливим компонентом у задоволенні як рольових, так і середовищних очікувань. Концепція відносної майстерності, її зв'язок з виконанням ролі та очікуваннями оточення була досліджена в популяції.

Під час підпроцесу оцінки адаптивної реакції людина повинна зробити вибір між виконанням роботи з дезадаптацією, адаптацією або без неї. Дезадаптація є важливим поняттям для визначення в середовищі. Дезадаптацію можна визначити як нездатність пристосуватися до виконання професійної діяльності, або як адаптацію, що призводить до травмування плеча. Використання адаптивних стратегій може призвести до відносної майстерності у виконанні професійної діяльності, однак компенсаторні механізми можуть схилити людину до інших травм. Для цього дослідження важливо зрозуміти, як адаптувалися учасники, після ендопротезування кульшового суглобу, і чи могли використані компенсаторні техніки сприяти повторному ендопротезуванню або патологій іншого суглобу. Крім того, чи використовував учасник компенсаторні техніки для ADL (активність повсякденного життя) через страх травмувати повторного ендопротезування, через біль або тому, що хотів бути більш незалежним?

Інтегративний підпроцес адаптивного реагування. "На цьому етапі процесу професійної адаптації людина сформуvalа адаптивну реакцію, реалізувала її в професійній реакції та оцінила професійну подію з точки зору відносної майстерності та розміщення на континуумі професійної адаптації". У моделі професійної адаптації інтегративний підпроцес адаптивного реагування є завершальним етапом процесу професійної адаптації. Під час цього підпроцесу людина інтегрує всі етапи адаптивної реакції в свої системи, і в них можуть відбуватися модифікації. Саме на цьому останньому етапі відбувається навчання. Після ендопротезування використання компенсаторних механізмів з часом зменшується, однак, за даними літератури, такі види діяльності, як домашні справи, підйом і перенесення речей, а також гігієна і одягання все ще

вимагають використання компенсаторних механізмів. Наприклад, людина може уникати активності через 4 тижні після ендопротезування, а через 8 тижнів їй знадобиться більше часу, щоб виконати ту саму активність. Таким чином, зі зміною систем людини змінюються і компенсаторні механізми, які вона використовує. Наприклад, поліпшення в сенсомоторній системі може дозволити людині більше використовувати кінцівку, або поліпшення в психосоціальной системі може показати підвищену мотивацію до використання ураженої кінцівки для роботи. Зміни компенсаторних механізмів з часом можуть вплинути на суглоб. Початкова іммобілізація суглобу, пов'язана з використанням додаткових засобів пересування, з подальшим надмірним навантаженням при відновленні активності може окремо або в сукупності мати негативний вплив на суглоб. У цьому дослідженні було вивчено, як компенсаторні механізми змінюються з часом у пацієнтів.

Демографічні показники та функціональні результати. Функціональний результат визначається як вимірювання фізичних обмежень пацієнта у виконанні звичайних життєвих завдань і включає як функціональні, так і поведінкові симптоми. Різні характеристики пацієнтів можуть впливати на функціональні результати. Наприклад, старший вік негативно впливає на функціональні результати після ендопротезування. Це може бути пов'язано з тим, що люди похилого віку мають вищу частоту коксартрозу, а літні пацієнти мають більшу схильність до повторного ендопротезування. З віком жінки похилого віку мають гірші результати, ніж чоловіки похилого віку. Це може свідчити про те, що чоловіки мають кращий потенціал до одужання, більшу здатність до компенсації, а також про те, що вони можуть сприймати результат та обмеження в функціонуванні інакше, ніж жінки. Низький соціально-економічний статус також є предиктором гірших функціональних результатів у багатьох дослідженнях, а чорношкірі та латиноамериканці мають гірші функціональні результати, ніж білошкірі. Деякі автори припускають, що пацієнти з нижчим соціально-економічним статусом можуть мати більше

робочих місць, пов'язаних з ручною працею, а інші автори припускають, що ці пацієнти також можуть бути менш прихильні до програм ерготерапії. Пацієнти, які отримують компенсацію від роботодавців, також мають гірші функціональні результати. У цьому дослідженні вивчалися такі характеристики пацієнтів, як вік, стать, раса та статус роботи, щоб описати популяцію, яка мала патологію коксартрозу. Супутні захворювання та функціональні результати. Супутні захворювання можуть впливати на функціональні результати після ендопротезування кульшового суглобу.

### **Висновки до розділу 1**

З огляду на вищевикладене, можна зробити висновок, що проблема артрозу кульшового суглобу дуже поширена. Люди після ендопротезування кульшового суглобу стикаються з цілою низкою швидкозмінних порушень, що впливають на їхню здатність брати участь у повсякденній діяльності вдома та в громаді. Кожна людина потребує постійного комплексного оцінювання та втручання з боку спеціалістів, щоб визначити, як ці порушення впливають на них та їхніх доглядачів на різних стадіях розвитку захворювання. Терапевти можуть ефективно використовувати свої клінічні міркування та набуті знання про умови для роботи. Мета цієї роботи, забезпечити розуміння порушень та труднощів життєдіяльності і того, як вони впливають на всі сфери повсякденного життя, а також надати практичні поради, які можуть бути використані під час втручання. Незважаючи на відсутність спеціальних досліджень, пов'язаних із застосуванням ерготерапії після ендопротезування кульшового суглобу, існує значна кількість джерел, що підтверджують роль ерготерапевта в травматології та ортопедії. У них описано, як саме фахівці з ерготерапії використовують свої основні навички для підтримки людей, що зазнають змін у повсякденному житті через ендопротезування. Докази для цієї були отримані з експертних висновків і досвіду, а також доказів, отриманих з рандомізованих досліджень та наукової літератури.

## **РОЗДІЛ 2**

### **МЕТОДИ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ**

#### **2.1. Методи дослідження**

Методологія виконаної роботи ґрунтується на об'єктивній оцінці стану хворих з ушкодженнями кульшового суглоба за допомогою сучасних методів в динаміці відновного лікування, включаючи ендопротезування та реабілітацію ерготерапевтичними засобами, спрямовані на відновлення функції кульшового суглоба, і всього опорно-рухового апарату, а також підвищення якості життя пацієнта.

Для вирішення поставлених завдань було обрано наступні методи дослідження:

- аналіз науково-методичної літератури;
- нестардатовані методи;
- стандартизовані методи;
- методи математичної статистики.

##### **2.1.1 Аналіз науково-методичної літератури**

З метою вивчення наявних розробок з теоретичних і практичних проблем ерготерапевтичного втручання для осіб з ушкодженнями кульшового суглоба і наступним його ендопротезуванням, було вивчено 86 джерел наукової та спеціальної літератури.

### 2.1.2 Нестардатизовані методи

Аналіз історії хвороби та збір анамнезу життя. Аналіз історії хвороби пацієнтів дозволив визначити паспортні дані (прізвище, ім'я, вік, стать, місце проживання), клінічний діагноз, супутні захворювання, а також дату поступлення пацієнта в стаціонар, отримати інформацію про лікування та перебіг захворювання. Враховувались також клієнтські фактори - це певні переконання, які впливають на результативність людини. До них відносять цінності, вірування та духовність, мотивація до занять та врахування діяльності, що надає життєвий сенс. Крім того, клієнтські фактори впливають на навички та моделі виконання, контекст і середовище, продуктивність, а також участь у діяльності. До компетенцій ерготерапевта також належить отримання інформації щодо зовнішнього середовища, а саме дані місце проживання (квартира чи будинок, душ/ванна), роботу, склад сім'ї, можливість адаптації кухонних меблів та ванної кімнати під потребу і функціональні можливості пацієнта, а також підібрати заняттєву активність, відповідно до потреб клієнта. Важливу інформацію становлять місця соціалізації та відстані до них: магазин, лікувальний заклад, парк для прогулянок, кінотеатр, церква.

Канадська оцінка виконання заняття (COPM). COPM – це напівструктуроване інтерв'ю, призначене для того, щоб зафіксувати самосприйняття клієнта щодо його функціонування та виконання ним занять. Оцінка враховує роль клієнта та середовище. За допомогою інтерв'ю визначаються найбільш важливі проблеми пацієнта. Потім за 10-бальною шкалою пацієнт оцінює свою результативність (виконання) у виявлених проблемах і задоволеність виконанням, де 1 бал означає «зовсім не можу виконувати» для продуктивності та «зовсім не задоволений» відповідно для задоволення виконанням, а 10 балів - «виконання не може бути кращим» та «повністю задоволений» відповідно. COPM використовувався для

встановлення цілей терапії. Були проведені співбесіди з учасниками дослідження. Обговорювали від чотирьох до шести цілей, з них виділяли три, які використали для дослідження – побудови програми втручання та оцінки її ефективності.

### **2.1.3 Стандартизовані методи**

Метод оцінки болю за візуально-аналоговою шкалою

За МКФ : b280 Відчуття болю

Основним фактором, що погіршує якість життя, є наявність болю, інтенсивність якого визначали за відсотковою шкалою ВАШ.

Візуально-аналогова шкала (ВАШ) (Huskisson E. C., 1974) Це метод суб'єктивної оцінки болю, полягає в тому, що пацієнта просять відзначити на не градуйованій лінії довжиною 10 см точку, яка відповідає ступеню прояву болю. Ліва межа лінії відповідає визначенню «болю немає», права - «найгірший біль, який можна собі уявити». Як правило, використовується паперова, картонна або пластмасова лінійка довжиною 10 см.

Досліджуваного просили позначити інтенсивність його початкового болю за 100 % і вказати, на скільки відсотків зменшився біль до кінця лікування.

Зі зворотного боку лінійки нанесено сантиметровий розподіл, за яким лікар відзначає отримане значення і заносить в лист спостереження. До безумовних переваг цієї шкали відносять її простоту і зручність.

При динамічній оцінці зміна інтенсивності болю вважається об'єктивним і суттєвим, якщо справжнє значення ВАШ відрізняється від попереднього більш ніж на 13 мм.

### **2.1.4 Методи математичної статистики**

У дослідженні було використано дизайн серії випадків. Використовували методи описових статистик, аналіз даних має описовий характер. Для обробки числових даних використовували програму Microsoft Excel.

## **2.2 Організація дослідження**

Дослідження проводили в три етапи.

**На першому етапі** (вересень 2023 – грудень 2023) було проведено аналіз сучасних літературних джерел вітчизняних і зарубіжних авторів, що дозволило оцінити загальний стан проблеми, розробити карти обстеження хворих, здійснити аналіз зарубіжної літератури. Узгоджено терміни проведення досліджень, обґрунтовано мету і поставлено конкретні завдання роботи, проведено вивчення вихідних показників.

Контингент випробуваних і експериментальна база.

Матеріали кваліфікаційної роботи отримані при проведенні досліджень на базі ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» під нашим наглядом знаходилося 34 хворих з переломом шийки стегна (15 чоловіків, 19 - жінок). Для розв'язання завдань етапу використовувався аналіз клінічних даних, зокрема такі показники: інтенсивності больового відчуття, кількісної оцінки нестабільності та функціонального стану, рухової функції кульшового суглоба. Більша частина пацієнтів поступила в зимовий період, в цей період найбільше випадків травматичних пошкоджень шийки стегнової кістки, вік хворих складав від 24-56 років.

На підставі отриманих експериментальних і теоретичних даних були сформульовані положення, що становлять підґрунтя програми ерготерапевтичного втручання для хворих після ендопротезування кульшового суглоба на післяопераційному періоді.

**На другому етапі** ( грудень 2023 – лютий 2024 ) було обґрунтовано програму реабілітаційних втручань, проведено основні дослідження та отримано матеріали, що дозволяють об'єктивно оцінити функціональні

особливості та аналіз середовища пацієнтів (гоніометричні, антропометричні, динамометричні, електроміографічні) хворих після ендопротезування кульшового. Здійснено первинну обробку отриманих даних. Кореговано завдання досліджень, розроблено програму ерготерапії для пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба на післяопераційному періоді .

Для розв'язання завдань етапу використовувався аналіз клінічних даних, зокрема такі показники: інтенсивності больового відчуття, гоніометрії, кількісної оцінки нестабільності та функціонального стану, рухової функції кульшового суглоба, гоніометричні, антропометричні, динамометричні, електроміографічні, стабілографічні методи дослідження та педагогічне тестування.

**На третьому етапі** ( лютий 2024 – березень 2024) були завершені дослідження, визначена ефективність програми ерготерапії, проведено аналіз і узагальнення отриманих результатів, обробка їх методами математичної статистики, здійснене оформлення магістерської дипломної роботи, сформульовані висновки, оформлений список літературних джерел. За матеріалами роботи опубліковані тези.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ОБГОВОРЕННЯ

#### **3.1 Ерготерапевтичні втручання для осіб після ендопротезування кульшового суглобу**

Ерготерапевти повинні бути залучені до активної участі в процесі реабілітаційного етапу в клініках опорно-рухового апарату та в лікарняних службах. Ключовим моментом тут є мультипрофесійна передопераційна оцінка з визначенням потенційних післяопераційних проблем клієнта, надання адаптивного обладнання та планування виписки з метою запобігання затримкам після операції.

Мультидисциплінарна робота та "спільний догляд" вважаються фундаментальними для цього підходу.

Важливість узгодженого процесу продовження реабілітації та доказового подальшого спостереження, де це показано, також визначено як частина поточного процесу. Тому важливо, щоб планова операція тотального ендопротезування кульшового суглоба та рекомендації, викладені в цій роботі, розглядалися в контексті ширшого клінічного шляху.

За основу побудови алгоритму ерготерапевтичних втручань було взято Канадський інструмент оцінки виконання занять (COPM) – це персоналізований, орієнтований на клієнта інструмент, призначений для виявлення проблем заняттєвої активності, з якими стикається клієнт. Використовуючи напівструктуроване інтерв'ю, ми ініціювали процес COPM, залучаючи клієнтів до визначення повсякденних важливих занять, які вони хочуть робити, повинні робити або очікують, але не можуть виконати. Сфери

повсякденного життя, які досліджувалися під час інтерв'ю, включають догляд за собою, продуктивність, переміщення або дозвілля тощо.

На основі проведеного інтерв'ю, ми визначили, що основні запити клієнтів у ранньому післяопераційному періоді після ендопротезування кульшового суглобу схожі. Тому на основі них був сформований та проведений алгоритм ерготерапевтичних втручань для досягнення поставлених цілей.

Алгоритм ерготерапевтичних втручань :

1. Продемонструвати дотримання загальних застережних заходів для стегна під час виконання функціональних дій.
2. Виконувати функціональні переміщення, наприклад, безпечно сідати/виходити з туалету з підтримкою в режимі очікування.
3. Виконувати дії з самообслуговування, такі як одягання з адаптивним обладнанням та постійною підтримкою.
4. Демонструвати розуміння рекомендацій щодо адаптивного обладнання.
5. Самостійно вербалізувати техніку безпечного пересування в автомобілі.

Алгоритм ерготерапії

День 1 (наступний день після операції)

1. Ерготерапевт відвідає клієнта наступного дня після операції.
2. Ерготерапевт проінструктує та перегляне застереження щодо повсякденного життя, пов'язані з операцією на стегні.
3. Клієнт буде тренуватися і виконувати перенесення в туалеті, дотримуючись запобіжних заходів щодо стегна.
4. Ерготерапевт проаналізує допоміжні пристрої, які дозволять самостійно одягати нижню частину тіла, приймати ванну і дотягуватися, зберігаючи при цьому запобіжні заходи для стегна.
5. Ерготерапевт перевірить медичне обладнання для ванної кімнати, таке як сидіння для ванни та підняті сидіння для унітазу, щоб сприяти безпечному та незалежному відвідуванню туалету та ванни в домашніх умовах.

6. Якщо у членів сім'ї/опікунів є якісь питання, будь ласка, запишіть їх, і ерготерапевт зможе відповісти на них перед випискою.

#### День 2 (2-й день після операції)

1. Ерготерапевт продовжуватиме повторювати та інформувати про застережні заходи щодо кульшового суглоба та про те, як вони впливають на повсякденне життя.
2. Ерготерапевт проінструктує та допоможе одягатися і, можливо, запропонує попрактикуватися у використанні допоміжних засобів.
3. Ерготерапевт проінструктує про те, як безпечно сідати в автомобіль і виходити з нього.
4. Ерготерапевт надасть остаточні рекомендації щодо допоміжних пристроїв та обладнання для ванної кімнати для дому.
5. Ерготерапевт розгляне інші функціональні проблеми, які можуть виникнути.

Було проведено інструктаж для безпечного переміщення клієнтів для запобігання дислокації оперованого суглобу.

#### **Запобіжні заходи для стегна**

- Не згинати прооперовану ногу більше, ніж на кут 90°.
- Не нахилитися вперед із сидячого положення.
- Не нахилитися, щоб підняти щось з підлоги або взути взуття та шкарпетки.
- Сидячи, тримати стегна вище колін.
- Не перехрещувати прооперовану ногу або гомілковостопний суглоб.
- Не схрещувати ноги або гомілковостопні суглоби, коли сидите, стоїте або лежите.
- Щоб лежати на неоперованому боці, потрібно покласти кілька подушок між ногами.
- Не вивертати ногу всередину в положенні "нога на ногу".

- Не викручувати тулуб або талію.
- Не повертатись на прооперованій нозі.
- Під час ходьби робити маленькі кроки, повертаючись.





Також нами було проведено повний інструктаж щодо допоміжних засобів, що допоможуть клієнтам при ранньому переміщенні та зручному виконанню щоденної діяльності.

### **Допоміжне обладнання після ендопротезування суглобів**

Нижче перераховані деякі допоміжні засоби, які зазвичай використовуються після операції з ендопротезування суглобів.

#### **Особисті допоміжні засоби**

- Ходунки на колесах
- Палиця
- Милиці
- Рожок для взуття з довгою ручкою.
- Еластичні шнурки для взуття



Walker with wheels



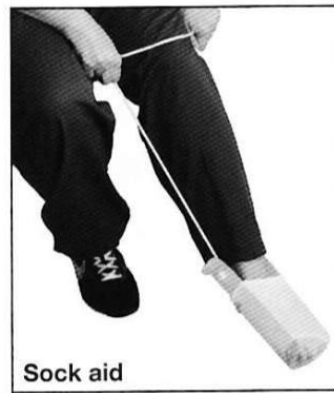
Cane



Reacher



Crutches



Sock aid

## Адаптація середовища

### Ванна кімната

- Підняте сидіння туалету
- Душовий стілець
- Поручень для душу/ванни
- Ручна лійка для душу
- Губка для ванни з довгою ручкою



Elevated commode seat



Toilet seat riser



Shower chair



Grab bar



Hand-held shower head



Long-handled bath sponge

Домашнє планування: Нижче наводиться перелік деяких пристосувань і модифікацій у будинку, що зроблять більш легким ваше перебування вдома на етапі відновлення після операції:

- Надійно закріплені поручні в душі або у ванні.
- Надійні поручні уздовж усіх сходинок.
- Стійке крісло з твердою диванною подушкою, що дозволить вашим колінам розташовуватися нижче кульшових суглобів, наявність міцної спинки і підлокітників.
- Підняте сидіння в туалет.
- Надійний ослін для душу або для ванни.
- Губка для миття на довгій ручці.
- Тверда подушка, яка під час сидіння дозволить тримати ваші коліна нижче кульшових суглобів, чи то крісло, диван чи автомобіль.

- Пристосування, що допомагають надягати одяг і шкарпетки, ріжок на довгій ручці, що дозволяє надягати і знімати шкарпетки і взуття без надмірного згинання кульшового суглобу.

-Засіб для захоплення предметів без надмірного згинання кульшового суглоба.

-Видалення всіх рухливих килимків і електричних дротів з підлоги, що створюють загрозу падіння під час руху у будинку.

Передопераційна підготовка хворого насамперед повинна бути спрямована на поліпшення психоемоційного стану хворого; зміцнення м'язів кінцівки, що буде оперуватися, особливо сідничних.

Обов'язково передопераційний етап підготовки спрямовується на:

- зміцнення м'язів спини, нижніх і верхніх кінцівок з допомогою фізичних вправ, масажу, фізіотерапевтичних процедур;
- навчання використовувати засоби додаткової опори (милиць, ходунків);
- розучування вправ раннього післяопераційного періоду;
- навчання самообслуговування в умовах ліжкового режиму;
- навчання техніці сідання, вставання, та пересування з допомогою милиць.

-навчання збереження вертикального положення тіла та збільшення амплітуди рухів у шийному, поперековому відділах хребта. Також важливим етапом підготовки є корекція психоемоційного та психологічного стану хворого. Хворий повинен усвідомлювати всі складнощі, що можуть його очікувати в післяопераційному періоді, і повинен бути готовим до їх вирішення.

Отже, як у передопераційній, так і післяопераційній підготовці хворого основним засобом вирішення проблем є ерготерапевтичне втручання. Комплекс заходів підбирається індивідуально і залежить від перебігу основного захворювання та загального стану хворого.

### **Ранній післяопераційний період (1-21 день)**

Основні завдання цього періоду:

- поліпшення загального стану хворого, функції життєво важливих органів, профілактика м'язових атрофій;
- запобігання можливим післяопераційним ускладненням;
- стимуляція відновлювальних процесів у тканинах оперованої кінцівки;
- усунення або зменшення болю;
- запобігання можливим контрактурам;
- відновлення найпростіших рухових навичок для самообслуговування;
- підготовка до виписки зі стаціонару.

Відновлювальне лікування починається безпосередньо після операції.

Слід звернути увагу на профілактику пролежнів у місцях їх можливих утворень. Це обробка шкіри камфорним спиртом, 40% розчином етилового спирту, видалення крихт їжі, розгладжування складок на постільній білизні. У випадках, коли планується тривале перебування хворого в горизонтальному положенні, необхідно підкладати надувний гумовий круг так, щоб крижі знаходились над його отвором.

У післяопераційному періоді суттєве значення має укладка оперованої кінцівки, її виконують з відведенням на 15 градусів, що найпростіше досягти з допомогою ортопедичної подушки. У хворих зі стійкою згинальною контрактурою у неоперованому кульшовому суглобі необхідно усунути надмірний лордоз і нахил таза вперед, що досягається укладкою неоперованого стегна в положенні згинання на величину кута, що дорівнює куту установки в кульшовому суглобі. Упродовж усього післяопераційного періоду, окрім лікувальної гімнастики і масажу, з метою найкращого відновлення функції використовують фізіотерапевтичне лікування.

Можливий больовий синдром у ділянці попереково-крижового відділу хребта частіше викликаний змінами співвідношення кривизни хребта після усунення контрактури в кульшовому суглобі й перекосу таза. В таких ситуаціях показаний електрофорез знеболювальних речовин, ампліпульстерапія на поперековий відділ хребта.

Сидіти у ліжку дозволяють після виходу пацієнта з наркозу й нормалізації м'язового тонузу навіть за наявності дренажів у рані.

Перебування в лікарні. Після операції пацієнт ще якийсь час буде знаходитися в лікарні і відчуватиме біль в оперованому суглобі. Для полегшення такого стану будуть призначені знеболюючі медикаменти. Для запобігання набряку легенів після операції можуть порадити дихальні вправи, використовувати спеціальний дихальний тренажер або надувати гумові іграшки. Для попередження звиху ендопротеза між ногами вкладається клиноподібна подушка, стопа має бути зафіксована для уникнення руху оперованої кінцівки назовні. (Рис. 3.1.1)



Рис. 3.1.1

Це важливо протягом перших двох тижнів після операції, доки ваші м'язи, що утримують ендопротез, ще слабкі. За умови регулярних самостійних занять відбувається їх зміцнення, загроза звиху зменшується, між ногами можна вклати спеціальну прямокутну подушку, звичайну подушку або згорнуту ковдру. (Рис. 3.1.2)

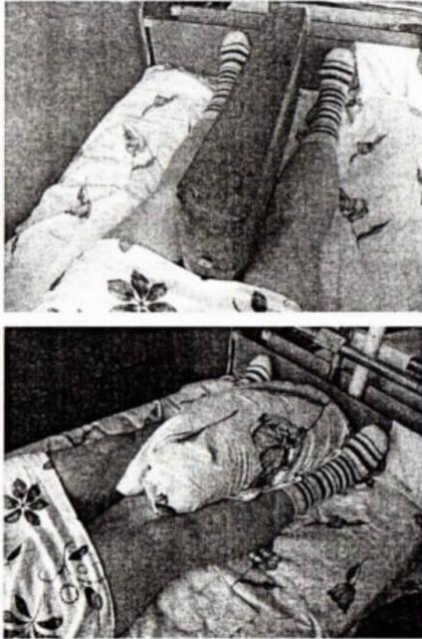


Рис. 3.1.2

Дуже важливо навчитися перевертатися на здоровий бік або живіт. Зазвичай на бік дозволяють повертатися на 2-3 день після операції, а на живіт - на 4-6 день.

Положення хворого на боку та спині дозволяє зняти напруження з хребта. Пацієнт відразу відчує полегшення в м'язах спини, зникнуть незрозумілі поперекові болі. Таке положення в ліжку зменшить загрозу і буде профілактикою утворення пролежнів на спині та п'ятах.

Для того, щоб повернутися на бік, потрібно вкласти між ногами прямокутну подушку (її ширина повинна бути не менше 10 см.) або клиноподібну (перед тим розвернувши її боком). Ноги повинні бути трохи зігнуті в колінах, подушка міцно утримується між колінами та гомілковостопними суглобами. Якщо подушка буде владена між ногами неправильно або висковзне, то це призведе до звиху ендопротеза. Повертатись на бік треба так, щоб ноги, таз та плечі рухались одночасно. (Рис. 3.1.3)

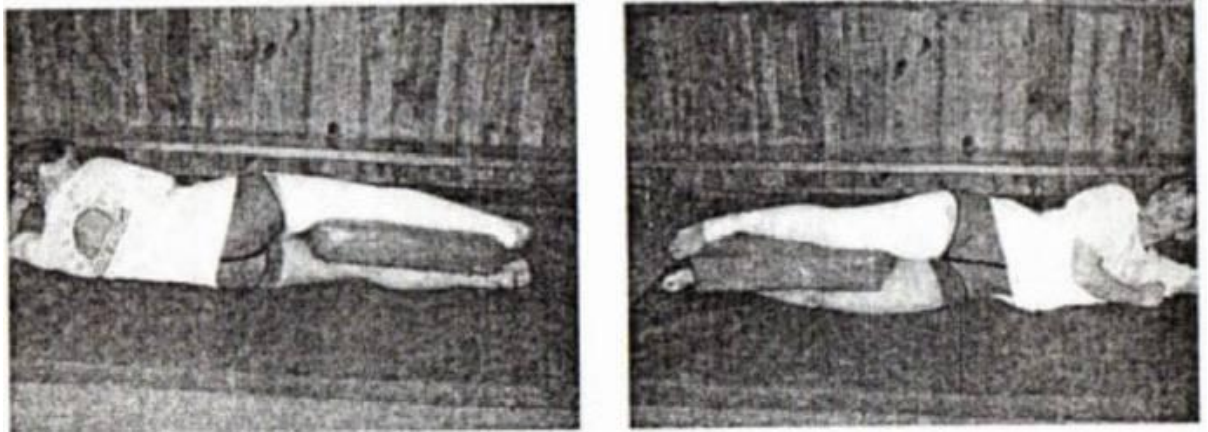


Рис. 3.1.3

В такому положенні можна спати, але краще, щоб хтось за хворим спостерігав. Подушка під час сну може ви сковзнути з-поміж ніг.

Для того, щоб повернутися на живіт, слід спершу повернутися на неоперований бік, як було зазначено вище. З положення лежачи на боку перевернутись на живіт, попередньо вирішивши, як краще покласти руки. В положенні лежачи на животі під стопу оперованої ноги слід покласти невеликий валик або подушку. (Рис. 3.1.4)

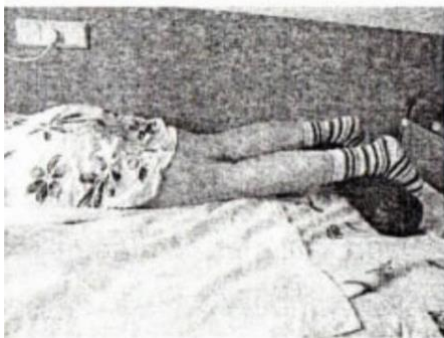


Рис. 3.1.4

Це попередить вивертання стопи і звих ендопротеза. Не потрібно намагатись повернутися на бік в перші дні самостійно, краще звернутися за допомогою до реабілітолога або лікаря. Як правило, через декілька днів пацієнт зможе з легкістю це робити сам. Щодо повороту на живіт, то 2-3 тижні не робити цього без допомоги, слід за пам'ятати, що з положення лежачи на

животі повернутися на спину набагато складніше. Ані морально, ані фізично хворий поки що не готовий цього зробити. Поворот на спину виконують у зворотному порядку.

Незабаром після операції клієнт зможе ходити на невеликі відстані і виконувати легку повсякденну роботу. Такий початок активності сприяє вашому відновленню за рахунок відновлення сили і рухливості м'язів стегна. Ходьба і легка активність є дуже важливими факторами відновлення і можуть починатися вже через день після операції. Більшість пацієнтів починає стояти і рухатися з допомогою милиць уже через 1-2 дні після операції. Фізичний терапевт навчить робити спеціальні вправи, які допоможуть у зміцненні і відновленні рухливості суглоба для ходьби й іншої повсякденної діяльності.

План післяопераційної реабілітації є індивідуальним і повинен враховувати загальний стан, особливості оперативного втручання, можливі ускладнення. Також слід враховувати такі фактори, як рівень гемоглобіну, температуру, запаморочення, набряки, гематоми, нудоту, вид наркозу, що застосовувався.

Пацієнти повинні усвідомити: те, що було запропоновано сусіду по палаті (фізіотерапевтичні процедури призначають, звертаючи увагу на вік та час, проведений вами в ліжку до операції, масаж, вправи лікувальної фізкультури, терміни підйому з ліжка, кількість вставань на день, пройдена відстань тощо) або комусь із знайомих не завжди підійде комусь іншому. Результат роботи хірурга, реабілітолога, ерготерапевта, фізіотерапевта повинен бути лише один - пацієнти повинні вийти з лікарні на своїх ногах, відчуваючи при тому впевненість у собі, знаючи як самого себе обслуговувати вдома. Без клієнтської допомоги, бажання почати ходити та займатись повсякденною активністю - всі зусилля лікарів будуть марними.

Можливість ускладнень після операції невелика. Серйозні ускладнення, такі, як інфікування суглоба, виникають менш ніж у двох відсотків пацієнтів. Серцеві напади або інсульт трапляються ще рідше. Однак хронічні захворювання потенційно можуть збільшити небезпеку ускладнення і затягти або взагалі ускладнити процес відновлення.. Тромби у венах ніг або в тазовій ділянці являють собою найбільш часте ускладнення після операції із заміни кульшового суглоба. Хірург-ортопед може призначити засоби для запобігання утворення тромбів, наприклад, медикаменти для розрідження крові, еластичний бинт або панчохи. Протиємболійні панчохи мають перевагу над еластичним бинтом, забезпечуючи під час їх використання рівномірну компресію. Крім того, під час руху вони не сповзають і не розмотуються, як еластичний бинт. Це потрібно враховувати, якщо пацієнт не має сторонньої допомоги вдома.

Прооперована кінцівка перебуває в панчосі протягом 1,5-2 місяців. Або допоки не пройде набрякання. Важливо одягти панчошу зранку, до того, як хворий опустить оперовану ногу з ліжка. На ніч її потрібно зняти, радимо покласти ногу на подушку перед сном на 1-2 години, щоб забезпечити зменшення набряку шляхом від току лімфи. (Рис. 3.1.5)



Рис. 3.1.5

Пацієнтів протримають у стаціонарі після операції приблизно 10-12 днів (до зняття швів). За цей час вони повинні засвоїти основні навички самообслуговування та з'ясувати подальші дії на майбутнє, а саме:

- самостійно сідати, вставати з ліжка;

- навчитися пересуватися з допомогою милиць або ходунків
- долати з допомогою засобів опори до 600 метрів на день;
- ходити сходами;
- сідати на стілець та вставати з нього;
- вміти користуватися туалетом;
- навчитися визначати навантаження на оперовану кінцівку;
- перевертатися на бік та живот;
- знати, які рухи вам забороняється виконувати;
- вивчити комплекс лікувальної гімнастики для подальшої реабілітації вдома.

Які рухи забороняється виконувати перші три місяці після операції. Не приводити оперовану ногу, вона повинна бути відведена. В положенні стоячи допускається, щоб вісь, яка проходить через плечовий, кульшовий та гомілковостопний суглоби, була пряма. (Рис. 3.1.6; Рис. 3.1.7)



Рис. 3.1.6



Рис. 3.1.7

Не слід розвертати ногу назовні як у положенні лежачи, так і в русі. Потрібно привчити себе ставити ногу так, щоб стопа оперованої ноги була розвернута за напрямком руху. (Рис. 3.1.8)



Рис. 3.1.8

Не нахилитися вперед як у положенні сидючи, так і в положенні стоячи. Максимальний кут між тулубом і стегном у положенні сидючи не повинен перевищувати  $90^\circ$ . (Рис. 3.1.9)



Рис. 3.1.9

Якщо треба щось підняти з підлоги, присядьте на здоровій нозі, відвівши при цьому оперовану ногу назад. (Рис. 3.1.10)



Рис. 3.1.10

Як самостійно сідати, вставати з ліжка і лягати в ліжко. Вставання з ліжка має бути спокійним, ні в якому разі не різким, що може загострити біль. Вкладання до ліжка є аналогічним підйому. Ліжко обов'язково повинно бути твердим, але не жорстким, а висота повинна бути такою, щоб під час сідання не провалюватися. Спати бажано з ортопедичною подушкою. Положення тіла під час сну - на спині або на животі.

Перше, що доведеться зробити після того, як пацієнта переведуть до палати - це сісти. За наявності допоміжних засобів, таких, як балканська рама, перекладина, функціональне ліжко, це зовсім не складно. Якщо сила рук дозволяє, потрібно захопити руками жердину рами і підвестися таким чином, щоб кут між тулубом і стегном не перевищував  $90^\circ$ . (Рис. 3.1.11)



Рис. 3.1.11

Потрібно поставити руки за спину, щоб відчувати опору і не завалюватися назад. Наступний крок - доведеться сісти в ліжку з опущеними ногами. Для цього доведеться з попереднього положення сидячи розвернутися в ліжку і опустити ноги вниз. Розвертатися і вставати з ліжка завжди слід у сторону оперованої ноги (оперована нога опускається перша), це набагато легше, ніж переносити оперовану кінцівку через усе ліжко. (Рис. 3.1.12)



Рис. 3.1.12

Оперована нога під час розвороту повинна бути відведена. Якщо є помічник, то він відводить оперовану ногу вбік, розвертаючи пацієнта за неоперовану кінцівку, а клієнт намагається вижатися на руках. Якщо нема кому допомогти, то можна опустити оперовану ногу з допомогою звичайної мотузки, зачепивши її за стопу. (Рис. 3.1.13)



Рис. 3.1.13

Під оперовану ногу слід підставити невеликий стілець або ослінчик, це полегшить напруження в м'язах, зніме біль. Якщо запаморочення буде незначним або відсутнє зовсім, спробуйте сісти так, щоб стопи торкалися підлоги. (Рис. 3.1.14)



Рис. 3.1.14

Наступним етапом буде стояння біля ліжка. Для цього, утримуючи вагу тіла на прямих руках, треба сповзти обережно з ліжка. Перші декілька разів зробити це з допомогою терапевта.

Для того, щоб лягти в ліжко:



Рис. 3.2.15

Для цього слід засвоїти декілька важливих положень;  
 - намагатись сісти на ліжко по діагоналі, цим можна полегшити подальше розвертання в ліжку. (Рис. 3.2.15; Рис. 3.1.16 )

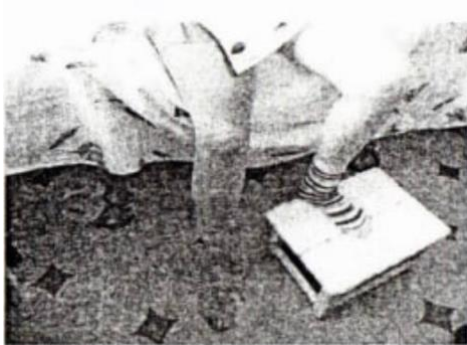


Рис. 3.1.16

Якщо зріст не дозволяє сісти на ліжко, потрібно підставити під неоперовану ногу невеликий ослін, це дозволить відштовхнутися і припіднятися на руках.

Перші кроки. Допоки ваші м'язи не зміцняться, не відбудеться перебудова кісткової тканини навколо ендопротеза (кістка повинна ущільнитися і стати міцнішою), доведеться користуватися засобами опори - милицями або ходунками.

Як відрегулювати милиці. В положенні стоячи під плечами повинні проходити вільно два пальці, а руки повинні бути зігнутими в ліктях приблизно на 20°. (Рис. 3.1.17)



Рис. 3.1.17

Якщо сила рук дозволяє, клієнти повинні вижиматися на руках, як на брусах. Те саме стосується і ходунків. (Рис. 3.1.18)



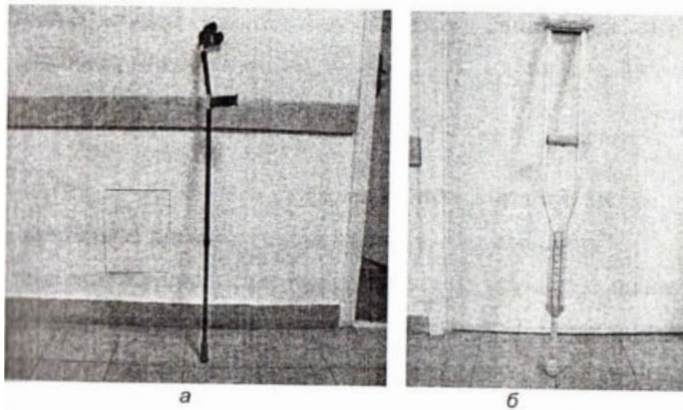
Рис. 3.1.18

Потрібно поставити вперед обидві милиці і зпертись на них руками, винести вперед оперовану ногу, після цього приставити неоперовану. (Рис. 3.1.19)



Рис. 3.1.19

Важливо дотримуватися правила "трикутника" - дві ноги повинні бути або позаду милиць, або попереду, це забезпечить збереження рівноваги. Вага тіла повинна бути перенесена вперед. Якщо у є така можливість, радимо перші дні користуватися ходунками. На них легше тримати рівновагу. Милиці можуть бути з підлокітником (а) або звичайні (б).



Які милиці обирати. Це залежить від ендопротеза. Якщо протез поставлено з цементною фіксацією, то можна обирати будь-який зручний тип милиць. Опора на оперовану ногу дозволяється значна. При безцементній фіксації ендопротеза або будь-якого з його компонентів, пластиці кісткової тканини, значному остеопорозі або неопороздатних верхніх кінцівках, слід використовувати звичайні милиці, на яких можна просто в разі необхідності обпертися.

Підбір та налаштування допоміжних засобів реабілітації для пересування. Вирішити це питання доволі просто. Якщо пацієнту треба пересуватися сходами, то на ходунках зробити це буде неможливо. Безперечно, ходунки будуть більш зручні для вашої опори, особливо для людей похилого віку.

Рекомендована відстань. Пройдена денна відстань залежить від загального стану пацієнта. Тут повинен бути застосований принцип поступовості. Спочатку потрібно навчитись стояти і тримати рівновагу, а потім розпочати ходити. Перший раз краще зробити декілька кроків, а потім кожного разу на 10-15 метрів збільшувати пройдену відстань. Краще намагатись підніматися з ліжка кожні дві години, але денна відстань перші декілька тижнів не повинна перевищувати 600-800 метрів.

Пересування сходами. Пересування сходами є досить складним на початковому етапі вашого відновлення, але через декілька днів клієнт зрозуміє, що цілком зможе впоратися з цією перешкодою. Все, що треба запам'ятати - це послідовність дій. Отже, для того, щоб піднятися вгору, необхідно поставити на сходинку першою ту ногу, що є міцнішою (неоперовану або ту, що була оперована раніше). ( Рис. 3.1.20)



Рис. 3.1.20

Потрібно зпертись руками на милиці і приставити оперовану ногу. Якщо висота милиць підібрана правильно, то буде легко виконати цю дію. Наступним кроком буде приставляння милиць на сходинку. Всі зазначені дії виконуються на одній сходинці, не потрібно намагатись пришвидшити дії, м'язи ще не готові до надмірного навантаження.

Щоб спуститися зі сходів, дії повинні бути протилежними попереднім. Отже, вниз на сходинку повинні бути поставлені милиці. Потім оперована нога. (Рис. 3.2.21)



Рис. 3.2.21

Здорова нога приставляється на сходинку останньою. Якщо на сходах є поручень, це значно полегшить пересування. Потрібно взятись однією рукою за поручень, а іншою спиратися на милицю, всі дії виконуються в тій самій послідовності. Якщо нема кому допомогти, то під одну руку потрібно взяти дві милиці.

Як сідати та вставати з стільця та користуватися туалетом. Це зовсім не складно, якщо висота стільця або унітаза правильно підібрана. Слід запам'ятати, що пацієнт не повинен провалюватися вниз. Сідати на високий стілець завжди легше, найоптимальніше якщо це буде крісло. Потрібно виставити оперовану ногу вперед, зпертись рукою зі здорової сторони на стілець, поручень у стіні (якщо постійне місце таким обладнане), або на щось, що може втримати вагу - тумбу, спинку від ліжка тощо. (Рис. 3.1.22)



Рис. 3.1.22

Сідати, відхиляючи спину назад. Якщо є така не обхідність, можна додатково зі сторони хворої ноги спиратися на милицю.

Щодо унітаза, то його необхідно обладнати спеціальним стільцем, який можна придбати в спеціалізованих магазинах або зробити зі звичайного

стілця. Замість стільця можна придбати накладку на унітаз, що збільшить його висоту. Стінку туалету необхідно обладнати поручнем.

Перші два місяці радимо користуватися душем або сідати на спеціальний стілець, який буде встановлено у ванну та буде з нею на одному рівні. Приблизно через два тижні після операції знімуть шви. Краще намагатись уникати потрапляння вологи до рани до того часу, доки вона цілком не затягнеться і підсохне. Рана повинна бути прикрита пов'язкою для запобігання подразнення від одягу або панчіх. (Рис. 3.1.23)

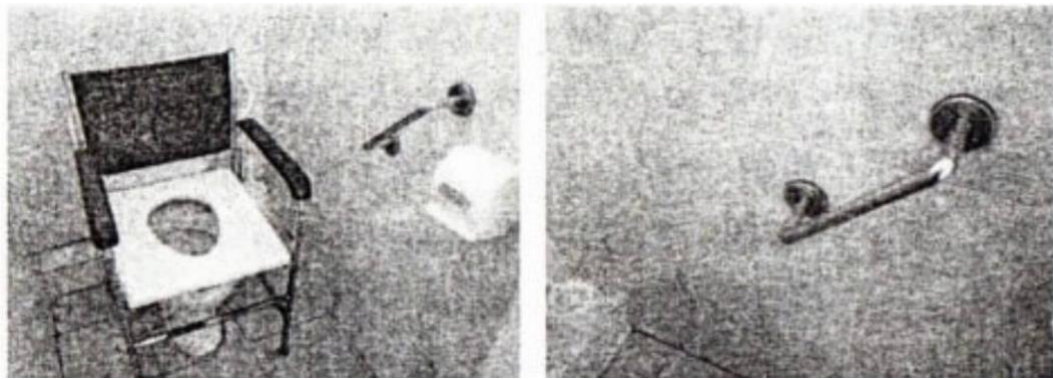


Рис. 3.1.23

Не варто шкодувати гроші на обладнання, це убереже від падіння та надасть упевненості в ваших діях. Вставати зі стільця слід у зворотній послідовності. Підтягнути здорову ногу до себе, зіпертися рукою об поручень зі здорової сторони і піднятися.

Протягом декількох тижнів після операції може спостерігатися втрата апетиту. Збалансоване харчування, що містить вітаміни і мікроелементи, важливе для загоєння тканини і відновлення сили м'язів. Намагайтеся пити більше рідини.

Виконання вправ - це важливий компонент відновлення, особливо в перші тижні після операції. Протягом 3-6 тижнів пацієнт зможе в основному

вести нескладну повсякденну діяльність. Деяка незручність під час виконання роботи, а також уночі характерні для перших піяопераційних тижнів. Алгоритм діяльності повинег включати:

- Послідовну програму ходьби, спочатку по квартирі, а потім на вулиці.
- Програму прогулянок з поступовим збільшенням рухливості і тривалості.
- Поновлення інших побутових робіт.
- Поновлення здатності сидіти, стояти, підніматися і спускатися сходами.
- Виконання спеціальних вправ для відновлення рухливості.
- Виконання по кілька разів на день спеціальних вправ для зміцнення м'язів кульшового суглоба.

Запобігання утворення тромбів. Дотримуйтеся порад хірурга-ортопеда. Це дозволить вам звести до мінімуму потенційний ризик утворення тромбів у перші кілька тижнів відновлювального періоду. Попереджуваними сигналами можливого утворення тромбів є: біль у нозі, не пов'язана з місцем розрізу, біль або почервоніння нижче коліна, набрякання стегна, литки або ступні. З появою будь-якого з цих симптомів потрібно негайно повідомити про це лікаря.

Запобігання інфекцій. Найчастіше інфікування суглоба після операції може бути викликане появою бактерій у крові в результаті стоматологічних процедур, інфекцій у сечівнику або шкірних інфекцій. Ці бактерії можуть зосередитися навколо протеза.

Дотримуючись порад хірурга, можливо, пацієнт повинен приймати антибіотики перед проведенням стоматологічних або яких-небудь хірургічних процедур, що можуть призвести до потрапляння бактерій у кровообіг. Не

робити внутрішньом'язових ін'єкцій у сідничну ділянку на оперованій стороні, потрібно попереджати про це медичний персонал.

Попереджувачим сигналом можливого інфікування суглоба є: постійна підвищена (більше 37°) температура, озноб, почервоніння, біль або набрякання післяопераційного шва, виділення з рани, біль, який наростає у суглобі як в активному стані, так і під час відпочинку.

Падіння в перші тижні після операції може призвести до ушкодження суглоба або вивиху головки протеза і необхідності повторної операції. Клієнту належить користуватися милицями, тростиною або чиеюсь допомогою доти, доки не набудеться досить сил і уміння для збереження рівноваги без допоміжних засобів.

Додаткові заходи обережності. Щоб забезпечити належне відновлення і уникнути зсуву протеза, пацієнти повинні дотримуватися визначених запобіжних заходів. Не класти оперовану ногу на іншу ногу. Намагатися не перетинати оперованою ногою умовну лінію середини тулуба. Не згинати суглоб більше, ніж під прямим кутом (90 градусів). Уникати сидіння більше години, не змінюючи положення, а встаючи, спиратись на підлокітники. Надмірно не повертати ступні ніг усередину або назовні. Лежачи спати, сидати на ліжку, а потім, піднявши ноги, повертатись в напрямку до середини ліжка. Під час сну, класти між ногами подушку доти, доки хірург не скасує цю вимогу.

Не рекомендується керувати автомобілем у перший місяць після операції.

Коли сідаєте в автомобіль, поверніться спиною до сидіння автомобіля, сядьте на сидіння і, піднявши коліна, плавно поверніться в напрямку до середини салону (див. фото нижче). Рис. 3.1.24

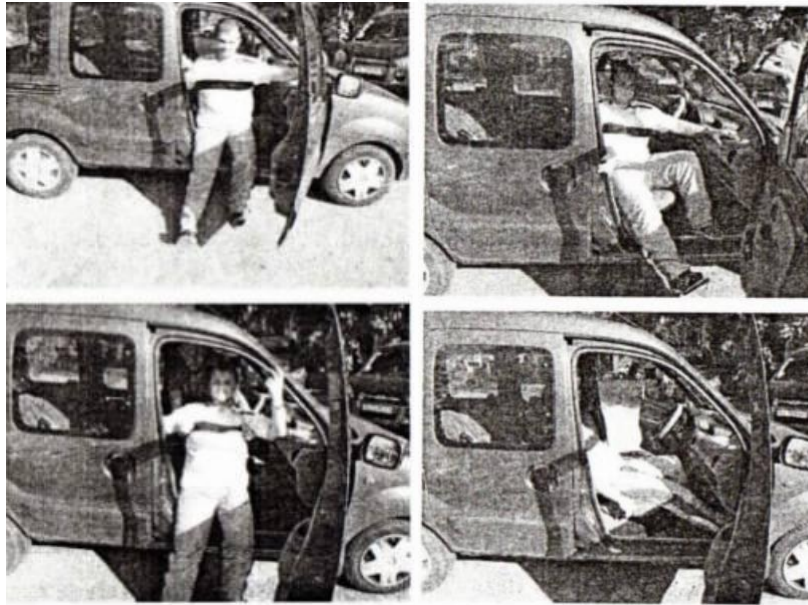


Рис. 3.1.24

Для зручності обертання на сидіння можна покласти поліетиленовий мішок.

На завершення раджу перевірити наявність таких зручностей у вдома:

- Надійні поручні уздовж усіх сходинок.
- Стійке крісло з твердою диванною подушкою, що дозволить колінам розташовуватися нижче кульшових суглобів, наявність міцної спинки і підлокітників.

- Підняте сидіння в туалет.

- Надійний ослін для душу або для ванної

Небезпека падіння на вологій слизькій підлозі в ванній кімнаті є значною. Варто подбати про обладнання ванни спеціальними поручнями та килимками, що зменшить ризик падіння. Намагатись скористатися чиєюсь

допомогою в перші тижні після операції під час прийняття душу. Не радимо лягати до ванни перші три місяці після операції.

Сексуальні контакти. У перші 4 тижні після операції не рекомендується мати сексуальні контакти. В подальші декілька місяців слід обирати такі пози, щоб уникнути вивиху ендопротеза. Варто підійти до цього зважено, пам'ятаючи про те, що легковажні дії можуть заподіяти як фізичних ушкоджень, так і матеріальних збитків.

Відновлення в домашніх умовах. Успіх операції значною мірою залежатиме від того, наскільки точно пацієнт буде дотримуватися інструкцій лікаря в домашніх умовах, особливо протягом перших тижнів після операції.

Коли слід відмовитися від використання милиць. При безцементному типі фіксації ендопротеза використовують милиці протягом 3 місяців із дотриманням дозованого навантаження оперованої ноги. При цементному типі фіксації протеза навантажувати повністю ногу можна через 1-1,5 місяці. Треба зазначити, що точні терміни визначить лікар.

У будь-якому випадку можна з'ясувати готовність м'язів, що утримують ендопротез, з допомогою такого тесту: стати на оперовану ногу і витягнути руки вперед: якщо впевнено тримаєте рівновагу, то можна відмовитись від милиць. За неспроможності триматися рівно, слід продовжувати виконувати вправи, нарощуючи їх інтенсивність. Пацієнтам рекомендується займатися доти, доки не буде досягнутий результат.

Після того, як пацієнт зможе відмовитися від використання милиць, слід почати користуватися тростиною. Її треба брати в руку, протилежну оперованій нозі, а висота повинна бути підібрана так, щоб рука, що тримає тростину, була трохи зігнута в ліктьовому суглобі. Радимо для впевненості

походити один тиждень з однією милицею - це полегшить перехід на тростину. Користуватись тростиною варто допоки не відчуєте впевненість у ходьбі. Пацієнт може відчувати деяку нечутливість шкіри навколо розрізу. Може почувати деякий опір, особливо під час надмірного згинання. Ці відмінності згодом зменшуються, і більшість пацієнтів знаходить їх незначними порівняно з болем і обмеженням рухливості до операції. Новий суглоб може активізувати металошукач служб огляду в аеропорту, тому вам треба завчасно по передити про це необхідні служби та підготувати необхідні довідки.



Види милиць та палиць

### **3.2 Оцінка ефективності заходів ерготерапії у пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу**

В процесі реабілітації визначено позитивну динаміку показників прооперованої та здорової кінцівки, як в основній так і в порівняльній групах пацієнтів.

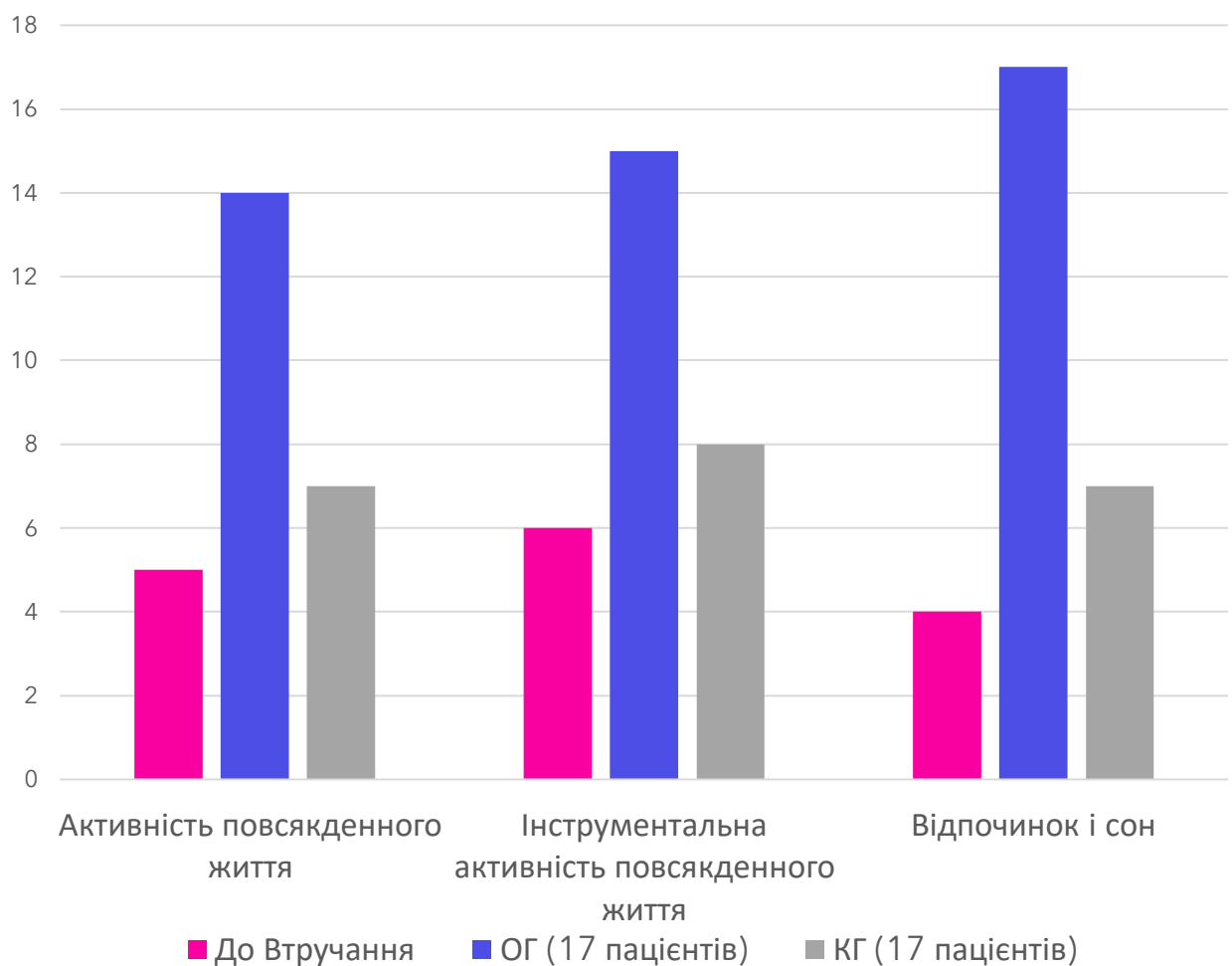
Ступінь відновлення функції оперованої кінцівки та можливість здійснювати опорну функцію, в першу чергу, залежить від працездатності м'язів кульшового суглоба та стегна.

При оцінці ефективності основним критерієм було досягнення пацієнтами цілей та уможливлення заняттєвої активності згідно з СОМР.

Кожна активність, яку ерготерапевт навчав пацієнта здійснювати в безпечний спосіб для проведення дослідження було відображено в такий спосіб: виконує безпечно – 1 бал, виконує не безпечно або не виконує самостійно – 0 балів.

Пацієнти, що брали участь в дослідженні до ерготерапії мали значні обмеження виконання заняттєвої активності, а саме жоден з пацієнтів не володів технікою безпечного виконання заняттєвої активності. Після проведення втручань пацієнти ОГ були здатні безпечно виконувати такі активності повсякденного життя як: справи повсякденної життєдіяльності, необхідні для задоволення базових потреб людини: гігієну (прийом душу, ванни) та догляд за тілом (гоління, догляд за волоссям, користування косметикою, догляд за ротовою порожниною тощо), користування туалетом, одягання, прийом їжі (користування столовими приладами, жування, ковтання), переміщення тіла та предметів, користування допоміжними засобами та догляд за ними (окуляри, ортези, глюкометри, адаптивне обладнання тощо) та сексуальну активність; інструментальну активність повсякденного життя: сфера заняттєвої активності людини, яка охоплює справи повсякденної життєдіяльності, які виконуються для задоволення потреб людини у її будинку/квартирі або за їх межами, самостійно або у взаємодії з іншими людьми: опіка і догляд за іншими особами, догляд за

дітьми, догляд за домашніми тваринами, облаштування помешкання та догляд за ним, приготування їжі, керування автомобілем, користування громадським транспортом, менеджмент фінансів, менеджмент особистого здоров'я, релігійна/духовна активність, безпека дій у нестандартних та надзвичайних ситуаціях, здійснення покупок; та використовували оптимальне положення для сну і відпочинку. На відміну від пацієнтів КГ, які мали страх збільшувати рухову активність через необізнаність щодо безпечних технік виконання активності.



**Діаграма 3.1 Результати оцінювання здатності безпечно виконувати заняттєву активність після ендопротезування кульшового суглобу після ерготерапевтичного втручання**

При аналізі інтенсивності болю за ВАШ мало місце збільшення рівня інтенсивності болю до ерготерапевтичних втручань у середньому на 47% в основній і 53% у порівняльній ( $p>0,05$ ) групах.



**Діаграма. 3.2 Інтенсивність болю за ВАШ у групах, обстежених до ерготерапевтичних втручань та після застосування інтервенцій.**

За час перебування у стаціонарі біль поступово зменшувався і на час виписки становив 47 % та 40 % у порівняльній і основній групах відповідно мало вірогідну різницю з ( $p<0,05$ ) завдяки застосуванню індивідуальної програми реабілітації.

Відомо, що ранні рухи в оперованому суглобі - запорука успішного відновлення порушених функцій його і нормалізації нормального статичного і рухового стереотипів.

Провідними вимогами до всіх періодів відновного лікування за розробленою нами програмою ерготерапевтичних втручань при ендопротезуванні кульшового суглоба виявився найбільш ранній початок рухів

в оперованому суглобі при пізньому осьовому навантаженні на нього і безперервне раціональне рухове навантаження на організм хворого в цілому та індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Велика увага приділялася як моральній, так і фізичній підготовці хворого до ендопротезування.

У ранньому післяопераційному періоді акцент робився на ранній мобілізації хворого, вправи як для ендопротезованого суглоба, так і м'язів, оточуючих його та інших м'язів оперованої кінцівки приймались строго диференційовано, ряд положень служило заборонаю до їх виконання.

У пізньому післяопераційному періоді використовувані засоби реабілітації були спрямовані на якнайшвидше відновлення функції ендопротезованого суглоба і підвищення функціонального стану всього організму та опорно-рухової системи.

У адаптаційний період виконувані втручання були спрямовані на зміцнення функціонального стану опорно-рухового апарату, навчання правильній ритмічній ходьбі, підвищення витривалості до статичних навантажень оперованого суглоба, підвищення функціонального стану кардіореспіраторної системи.

Таким чином, можна зробити висновок, що розроблений нами алгоритм ерготерапевтичних втручань був ефективним протягом всіх її етапів. Спрямованість на мобілізацію, самостійність та адаптацію до звичних умов соціалізації посприяла швидшому процесу відновлення.

## ВИСНОВКИ

1. Отже, проблема відновлення пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу все ще залишається актуальною, саме тому метою моєї роботи була розробка комплексної програми ерготерапевтичних втручань для осіб з ендопротезуванням кульшового суглобу. Було проведено дослідження функціональних систем організму осіб з цією нозологією.
2. Також було узагальнено та систематизовано сучасні науково-медичні знання про поширеність, причини розвитку, особливості клінічного перебігу, методи діагностики, лікування, застосувань ерготерапії і профілактики ускладнень після ендопротезування.
3. Було обгрунтовано доцільність використання методів і засобів ерготерапії у хворих після ендопротезування на етапах реабілітації та розроблено комплексну програму ерготерапевтичних втручань для пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу на різних етапах післяопераційного періоду. З огляду на вищевикладене, можна сказати, що розроблений алгоритм ерготерапевтичних втручань має велике значення для зменшення ускладнень після ендопротезування кульшового суглобу або їх повного усунення, а також для покращенні якості життя пацієнтів схильних до вторинного ендопротезування. На основі отриманих даних запропоновано новий підхід до розробки ерготерапевтичної програми для хворих після ендопротезування кульшового суглобу, який може бути використаний в практичній діяльності медичних закладів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксенова А. М. Роль пассивного растяжения скелетных мышц в реабилитации больных / А.М. Аксенова. - Медицинская реабилитация, 1997. №2 – С. 7-10.
2. Алиев Г. А. Клинико-функциональные исходы тотального эндопротезирования тазобедренного сустава и их значение для ВТЭ: Автореф. дисс. канд. мед. Наук / Г.А Алиев. - Л., 1990. - 28с.
3. Амосов Н. М., Физическая активность и сердце. / Н. М. Амосов, А. Я. Бендет - К. : Здоровье, 1984. - 232 с.
4. Анкин Н. Л. Остеосинтез и эндопротезирование при переломах шейки бедра / Н. Л. Анкин. – К. : 1997, №2 - 19-22 с.
5. Анкин Л. Н., Практика остеосинтеза и эндопротезирования. /- Н. Л. Анкин, Л. Н. Анкин. - К.: 1994. - 300 с. – (Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова).
6. Анкин Л. Н., Реабилитация больных с переломами / Л. Н. Анкин, Н. Л. Анкин. – К. : Ортопедия, травматология и протезирование. - 1997. №1 - С. 9-14.
7. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. / Г. Л. Апанасенко. – Санкт - Петербург. МГП. Петрополис., 1992. - 123 с.
8. Атаев З. М. Изометрическая гимнастика при лечении переломов трубчатых костей / З. М. Атаев. - М.: Медицина, 1973. - 160 с.
9. Агчибаров Б. А., Морфофункциональные изменения различных звеньев нервно-мышечной системы в динамике локальной мышечной нагрузки / Б. А. Агчибаров, З. Ф. Бойко, В. Щ. Мансуров : Гигиена труда, профессиональная патология и токсикология в химической промышленности и в цветной металлургии Казахской ССР. - Алма-А та., 1984. - С. 224-228.
10. Барабаш И. В., Изменение показателей ЭЭГ при патологии тазобедренного сустава после эндопротезирования / И. В. Барабаш, Н. П.

Арсентьева, В. Л. Шендепов : Травматология и ортопедия России., 1996. №2 - С. 8-10.

11. Барков О. В. Способ стабильного функционального компрессионного остеосинтеза при переломах шейки бедренной кости / О. В. Барков : Ортопедия, травматология и протезирование., 1997. - С. 67-68 ; №4.

12. Заморський Т. В. Відновлення після ендопротезування кульшового суглоба / Т. В. Заморський. - Рівне: Волинські обереги, 2011. – 92 с.

13. Бахтин Л. Н. Общие положения о реабилитации больных / Л. Н. Бахтин : Современные средства и методы физической реабилитации больных и лиц с нарушениями опорно-двигательной системы и травматизм. - М., 1997. - С. 7- 33.

14. Бендол Дж. Мышцы, молекулы и движение / Бендол Дж., - М.: Мир, 1970. - С. 146- 167.

15. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация / Ф. Б. Березин - М.: Медицина, 1988. - 247 с.

16. Березкина К. В. Лечебная физическая культура при заболеваниях в ортопедии и травматологии / К. В. Березкина - М.: Медицина, 1986. - 220 с.

17. Бирюков А. А. Лечебный массаж / А. А. Бирюков - К.: Олимп, литература, 1995. - 198 с.

18. Битюцкая П. А. Адаптивные изменения опорно- двигательной, эндокринной и микроциркулярной систем под влиянием физических нагрузок / П. А. Битюцкая, Т. Я. Галынина - Минск. : У IX Всесоюзн. съезд анатомов, гистологов и эмбриологов., 1998. – С. 177

19. Капанджи А. И. Нижняя конечность : Функциональная анатомия / А. И. Капанджи ; предисл. Проф. Тьерри жюде ; [пер. с фр. Г. Абелевой, Е. Кишеневского]. – М. : Эксмо, 2010. С. 24-25.

20. Боголюбов В. М. Физические факторы в профилактике, лечении и медицинской реабилитации / В. М. Боголюбов - М. : Медицина, 1987. - 154 с.
21. Бруско А. Т., Механизм трофического влияния нагрузок на структурно-функциональную организацию костей / А. Т. Бруско, В. П. Омельчук, О. Г. Гайко : Проблемы остеологии, 1998. — С. 11-18.
22. Буачидзе О. Ш. Развитие травматолого-ортопедической помощи в научных исследованиях / О. Ш. Буачидзе. - М.:Актуальные вопросы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы, МОНИКИ, 1990. - С. 3-7.
23. Бруско А. Т., Биологическая концепция заживления переломов при стабильно-функциональном остеосинтезе / А. Т. Бруско, О. И. Рыбачук, Л. Н. Анкин. – Харьков :Ортопедия, травматология и протезирование, 1996. №12 - С. 94-98.
24. Буланов Л. А. Мануальная терапия и самопомощь при заболеваниях позвоночника и суставов / Л. А. Буланов – Кишнев : Инком, 1993. – 140 с.
25. Васильева Л. Ф. Биомеханика суставов - объект изучения мануальной медицины / Л. Ф. Васильева. – Москва : В сб. «Актуальные вопросы вертеброневрологии». Диагностика, лечение, реабилитация, 1993. - С. 20-24.
26. Васильева Л. Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л. Ф. Васильева. – Иваново : МИК, 1996. - 169 с.
27. Васичкин В. И. Энциклопедия массажа / В. И. Васичкин. – М. : Медицина, 1997. - 304 с.
28. Витензон А. С. Биомеханическая закономерность компенсации двигательных нарушений при патологической ходьбе / А. С. Витензон. - Сборник ЦНИИП, 1980. - С. 41.

29. Воронович И. Р. Заживление переломов костей: экспериментальное и клиническое исследование / И. Р. Воронович. – Минск : Наука и техника, 1994. - 174 с.
30. Гандельская А. Б. Интеграция двигательных и вегетативных функций при мышечной работе / А. Б. Гандельская. - Физиология СССР им. Сеченова, 1984. №12 Т. 70 - С. 1611-1616.
31. Гамбурцев В. Д. Гониометрия человеческого тела / В. Д. Гамбурцев. - М.: Медицина, 1973. - С. 102-107.
32. Эндопротезування суглобів : мат. наук. - метод. конф. Г. В. Гайко. - К - Дніпропетровськ : Эндопротезування в системі реабілітації хворих з захворюванням суглобів, 1997. - С. 10-13.
33. Героева И. Б. Функциональные методы лечения в реабилитации больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата / И. Б. Героева : Ортопедия, травматология и протезирование, 1994. - С. 82-85.
34. Гехтман К. Л. О рефлекторных механизмах влияния физических упражнений на процессы регенерации / К. Л. Гехтман, М. Р. Могендович. - М.: Проблемы лечебной физкультуры в травматологии, 1971. - С. 12-15.
35. Горидова Л. Д., Предупреждение развития осложнений при лечении переломов шейки бедренной кости / Л. Д. Горидова, А. В. Барков : Ортопедия, травматология и протезирование, 1998. №3 - С. 87-89.
36. Готовец П. И. Лечебная физкультура и массаж / П. И. Готовец, А. Д. Субботин, В. П. Селиванов. - М.: Медицина, 1987. - 302 с.
37. Двигательная реабилитация при эндопротезировании тазобедренного сустава / [Девятова М. В., Смирнов Г. И., Машков В. М. и др.] : Теория и практика физической культуры, 1998. №1 - С. 52-53
38. Динейка К. Движение, дыхание, психофизическая тренировка / К. Динейка. – Минск : Полымя, 1982. - 143 с.
39. Доленко Ф. Л. Берегите суставы / Ф. Л. Доленко. - М. : ФиС, 1986. - 112 с.

40. Древинг Н. Ф. Лечебная физкультура в травматологии / Н. Ф. Древинг. - М. : Медгиз, 1942.
41. Журавлев С. М. Травматизм и ортопедическая заболеваемость - приоритетная медицинская и демографическая проблема / С. М. Журавлев. - М. , 1997. - 44 с.
42. Журавлева А. И. Спортивная медицина и лечебная физкультура : Руководство для врачей / А. И. Журавлева, Н. Д. Граевская. - М.: Медицина, 1993. - 432 с.
43. Зайцев В. К. Методика физической реабилитации при травмах бедра с использованием тренажеров нового поколения / В. К. Зайцев, Шоджаедин С. : Теория и практ. физ. Культуры, 1998. №1 - С. 23-24.
44. Застосування оптимального комплексу фізичних чинників і біостимуляторів у відновлювальному лікуванні хворих на дистрофічні захворювання опорно-рухового апарату : Метод, реком. / [Укр. НДІ медичної реабілітації та курортології. Ред. Г. Л. Пшетаковський.] – Одеса, 1997. - 20 с.
45. Инвалидность от травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, вопросы реабилитации : Республ. научн. - практ. конфер. - Винница-Киев, 1990. - 206 с.
46. Анатомический атлас / [Йоханнес В. Рохен]. - Нюренберг: Внешсигма, 1997. - С. 150-157.
47. Каптелин А. Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата / А. Ф. Каптелин. - М. : Медицина, 1969. - 404 с.
48. Каптелин А Ф Гидрокинезотерапия в ортопедии і травматологии / А. Ф. Каптелин. - М. : Медицина, 1986. - 220 с.
49. Карпова Е. Г. Організація кінезіотерапії в амбулаторному центрі реабілітації / Е. Г. Карпова. – Іваново : Реабілітація больних с травмами і захворюваннями опорно-двигательного апарату, 1985. - С. 20-26.

50. Клиническая физиотерапия / [Под ред. Сосина И. Н.] - К.: Здоров'я, 1996. - С. 276-337.
51. Лечебная физическая культура при переломах шейки бедра : Тезисы докл. Всесоюзн. науч. конф. студентов 18-20 апреля 1972. / Колосова Т. И., Хилкова И. Н. - М., 1972. - С. 103-104.
52. Корж А. А. Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы / А. А. Корж, Н. В. Дедух, С. Д. Шевченко. – Харьков : Основа,Справочник. В 8 кн., 1995.
53. Корж Н. А. Внутрисуставные переломы шейки бедренной кости (переломы, хирургическое лечение) / Н.А. Корж, А. В. Ролик. : Ортопедия, травматология и протезирование, 1997. №2 -С. 127-136.
54. Місце ендопротезування при лікуванні переломів шийки стегна : Укр. Конф. «Ендопротезування суглобів» / Я. І. Крижановський. - Київ - Дніпропетровськ, 1997. - С. 25-27 с.
55. Кулиш Н. И. Реконструктивные костно-пластические операции в лечении застарелых переломов и ложных суставов шейки бедренной кости / Н. И. Кулиш, Л. И. Канзюба. - К.: Ортопедия, травматология и протезирование, 1990. - С. 65-68.
56. Віддалені результати ендопротезування при переломах шийки стегнової кістки : 75 р. УНДІТО тези доповідей наук, практ. конф. / В. Н. Левенець, 1994. - С. 54-56.
- 55 Клінічні аспекти біомеханіки ендопротезування кульшового суглоба : Матер. Дванадцятого з'їзду травматологів-ортопедів України. / В. Н. Левенец. - К., 1996.-29 с.
- 56 Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руков. для врачей / [Под ред. А. Ф.Каптелина, И. П.Лебедевой.] - М. : Медицина, 1995. - С 9-44; 70-88.
- 57 Лечебная физическая культура и врачебный контроль / [Под ред. В. А. Епифанова, Г. Л. Апанасенко.] - М. : Медицина, 1990. - 364 с.

58 Медико-социальная экспертиза лиц после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / [Гринштейн Е. Я., Эпштейн Г. Г., Древина Л. И. и др.] – Ярославль : Матер. IV съезда травматологов ортопедов СНГ, 1993. - С. 173-174.

59 Мошков В. Н. Об умеренности физических нагрузок в лечебной физкультуре / В. Н. Мошков: Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 1991. №5 - С. 62-64.

60 Лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости / [Войтович А. В., Парфеев С. Г., Шубняков И. Н. и др.] : Травматология, ортопедия России, 1996. №3 - С. 29-31.

61 Методичні рекомендації по зниженню інвалідності у хворих, які перенесли тяжкі травми опорно-рухової системи / [Д. О.Яременко та ін]: Харк НДІ ортопедії та травматології. - Мін-во охорони здоров'я України, Респ. центр наук. мед. Інформації, 1993. - 21с.

62 Остеопороз / [Корж А. А., Дедух Н. В., Шевченко С.Д. и др.] – Харьков : Основа, 1995. - 50 с.

63 Тотальне ендопротезування кульшового суглобу у осіб похилого віку при остеопорозі / [Рибачук О. І., Кукуруза Л. П., Торчинський В. П. та ін.]. – Львів - Київ : Матер. II наук.-практ. конф. «Остеопороз, епідеміологія, клініка», 1997. - С. 124-125.

64 Первичная инвалидность при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, пути ее профилактики / [Гонгальский В. И., Лиссова З. И., Захарченко В. Ф. и др.] - К. : Профилактика осложнений при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата, 1991. - С, 44-45.

65 Хохол М. И. Медико-социальная реабилитация и ее современные реалии / М. И. Хохол, А. А. Коструб. – Харьков : Ортопедия, травматология, протезирование, 1996. №12 - С. 80-83.

66 Сорокин Е.Е. Лечебная физкультура при переломах шейки и вертелов бедренной кости / Е. Е. Сорокин. – Минск : О реабилитации нарушенных функций организма человека, 1974. - С. 136-139.

67 Руководство по кинезотерапии / [Под ред. Л. Бонева, П. Слынчева и Ст. Банкова.] – София : Медицина и физкультура, 1978. - 357 с.

68 Физические лечебные факторы в медицинской реабилитации : Материалы республ. межрегион, научно-практич. конф. (Миргород 15-16 ноября 1995г) / Редкол. М. В. Лобода (отв.ред) и др. - Одесса, 1995. - 215 с.

69 Фомин Н. А. Физиологические основы двигательной активности / Н. А. Фомин, Ю. Н. Вавилов. - М. : ФиС, 1991. - 204 с.

70 Функциональная анатомия опорно-двигательного аппарата / [Э. А. Мазонко, Г. И. Серебряков, Е. А. Болобородова, Ю. Н. Глухих.] - Омск, 1990. - 228 с.

71 Хохол М. И. Перспективы совершенствования методов реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата / М. И. Хохол. - К. : Инвалидность от травм и заболеваний ОДА, 1990. - С. 100-102.

72 Хохол М. И. Медико-социальная реабилитация и ее современные реалии / М. И. Хохол, А. А. Коструб. – Харьков : Ортопедия, травматология, протезирование, 1996. №12 - С. 80-83.

73 Юрьев П. В. Лечебная физическая культура после эндопротезирования тазобедренного сустава / П. В. Юрьев : Медицинская сестра, 1983. №9 - С. 25-28.

74 Ergebnisse einer Kurorthrapie bei Patienten mit Koxarthrose // Z Physiother. 1990. Bd. 42, #1. S 533-538.

75 Gibson J. N. A., Halliday D., Morrison W. L., Steward P. J., Hornsby G. A., Watt P. W., Murdoch G., Rennie M. J. Decrease in human quadriceps muscle protein turnover consequent upon leg immobilization // Clin. Sci. - 1987. - V.72. -P. 503-509.

- 76 Gilliar G., Walfgang. Training Therapy // Thieme Inc. New-York, 1986.  
- 167 p.
- 77 Goodgold J., Louis St. Rehabilitation medicine. - Mosby, 1988. - 988p.
- 78 Imaging Atlas of Orthopedic Appliances and prosthesis. Ed. Thomas H. Berquist: 1995. p. 255-323. p. 687-703.
- 79 Melton L. J. 3d. Osteoporosis : Magnitude of the problem: Worldwide and future, H 4<sup>th</sup> International Symposium. - Washington, - 1997. P. 23.
- 80 Liefieith K., Kaufhold S., Rost J. Numerical studies of the effect of prosthetic implants on the strain energy density distribution in the femur // Biomed. Tech. (Berl). - 1998. - V.43, № 6. - P. 179-183.
- 81 Nation Osteoporosis Foundation. Osteoporosis. Review of the Evidence for Prevention, Diagnosis and Treatment and Cost-Effective Analysis // Osteoporosis Int. Orlando, - 1998. V. 8. (Suppl. 4). P. 7-80.
- 82 Nietert M., Englisch N., Kreil P., Alba-Lopez G. Loads in hip disarticulation prostheses during normal daily use // Prosthet. Orthot. Int. - 1998. - V.22, №3. - P. 199-215.
- 83 Surdainitsky D.V. // World Congress of the International Society of Medical Hydrology and Climatology, 33-rd. - Carlovy Vary, 1988.
- 84 US Congress Office of Technology Assessment. Hip Fractures Outcomes in People Age 50 and Over - Background paper. OTA-BP-H-120. Washington DC : Government Printing Office, Luly 1994. P. 112.
- 85 Wilk K. E. Standardized knee testing protocol. Presented before the Combined Sections Meeting of American Physical Therapy Ass. Orlando, FL. - 1991, Feb.
- 86 Davey J. R., O'Connor D. O., Burke D. W. Femoral component offset its effect on micromotion, strain in the cement, bone and prosthesis // Orthop. Trans.- 1989. - V.13. -P. 556.
- 87 GRADE Working Group (2004) Grading quality of evidence and strength of recommendations. British Medical Journal, 328(7454), 1490–1494.

88 Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A. .GRADE working Group (2008) Rating quality of evidence and strength of recommendations: going from evidence to recommendations. British Medical Journal, 336(7652), 1049–1051.

89 National Joint Registry (2016) National Joint Registry for England, Wales, Northern Ireland and the Isle of Man: 13th annual report 2016. Hemel Hempstead: NJR.

90 Доступно:  
<http://www.njrreports.org.uk/Portals/0/PDFdownloads/NJR%2013th%20Annual%20Report%202016>.

91 National Joint Registry (2011) National Joint Registry for England and Wales: 8th annual report 2011. Hemel Hempstead: NJR.

92 Доступно:  
<http://www.njrcentre.org.uk/njrcentre/Portals/0/Documents/NJR%208th%20Annual%20Report%202011.pdf>

93 NHS National Services Scotland (2016) Scottish arthroplasty project: biennial report 2016. Edinburgh: NHS National Services Scotland.

94 Доступно: <http://www.arthro.scot.nhs.uk/docs/2016-08-09-SAP-Report.pdf?1>

95 NHS National Services Scotland (2010) Scottish arthroplasty project: annual report 2010. Edinburgh: NHS National Services Scotland.

96 Доступно:  
[http://www.arthro.scot.nhs.uk/Scottish\\_Arthroplasty\\_Project\\_Report\\_2010.pdf](http://www.arthro.scot.nhs.uk/Scottish_Arthroplasty_Project_Report_2010.pdf)

97 Royal College of Occupational Therapists (2017) Occupational therapy for adults undergoing total hip replacement. 2 nd ed. London: RCOT.

98 Доступно: <https://www.rcot.co.uk/practiceresources/rcot-practice-guidelines>