

З розвитком малоінвазивного методу лікування в хірургії, в урології все більше та частіше почали використовуватись лапароскопічні методи оперативного втручання. Середня вартість їх складала $1144,39 \pm 7,950$ грн., є нижчою, ніж вартість відкритої уретеролітомії, і, якщо врахувати терміни стаціонарного лікування, знаходження пацієнта на лікарняному листку та можливість післяопераційних ускладнень, то стає очевидною економічна ефективність застосування лапароскопічного методу для лікування хворих на уретеролітаз.

Слід підкреслити, що за допомогою використаних економіко-математичних моделей можна визначити вартість лікування кожного урологічного хворого (в тому числі і хворих на уретеролітаз), лікованих різними методами протягом різних строків, в різних лікувальних закладах, на всіх етапах лікування. Порівняння отриманих результатів дає змогу постійно знаходити резерви поліпшення урологічної допомоги пацієнтам.

Проте, необхідно врахувати той факт, що визначена вартість урологічної допомоги на всіх її рівнях не є постійною і залежить, передусім, від тривалості лікування, а також теперішньої заробітної платні медпрацівників, ступеня їхньої кваліфікації та матеріально-технічного забезпечення лікувального закладу. Зміни цих показників постійно впливатимуть на вартість медичної допомоги, яку потрібно перевіряти і вносити в неї відповідні корективи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Голяченко О.М., Сердюк А.М., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я // Тернопіль-Київ-Вінниця. - 1997. - С. 282-295 .
2. Bishop M.C., Lawrence W.T., Lemberger R.J. Ureteric stone surgery in practice // J. Urology. - 1987. - V. 59. - P. 1052-1057.
3. Cost analysis of extracorporeal shock wave lithotripsy relative to other surgical and nonsurgical treatment alternative for urolithiasis / J.E.Lingeman, R.M.Saywell, J.R.Woods, D.M.Newman // Med Care 1986. - V. 24. - P. 1151-1160.
4. Grasso M., Beaghtler M., Loisesides P. The case for primary endoscopic management of upper urinary tract calculi: II cost and outcome assessment of 112 primary ureteral calculi // Urology. - 1995. - 45 (3): 372-376.

В.Р.БУДЗИН, ОІРЯБУХА, О.В.ГУЗІЙ.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Розглядається ефективність нових підходів до проведення фізичної реабілітації у пацієнтів 40-65 років після тотального ендопротезування кульшового суглоба (в умовах стаціонару). Встановлено, що у порівнянні із загальноприйнятим підходом до фізичної реабілітації пацієнтів із зазначеною патологією, індивідуалізований підхід до післяопераційного відновлення рухливості кінцівки дозволяє отримати кращий результат.

Рассматривается эффективность новых подходов к проведению физической реабилитации у пациентов 40-65 лет после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (в условиях стационара). Установлено, что, в сравнении с общепринятыми подходами к физической реабилитации пациентов с указанной патологией, индивидуализированный подход к послеоперационному восстановлению подвижности конечности позволяет получить лучший результат.

The effectiveness of new approaches of conducting of the physical rehabilitation of the patients 40-65 years old after total endoprotesing of coax (in hospital period) has been investigated. Established, that individual approach to moving rehabilitation of lower limb is more effective, than ordinary, one.

Актуальність. Тотальне ендопротезування- ефективний хірургічний метод лікування травм та патологій великих суглобів. Суть операцій полягає у відтворенні зруйнованих патологією суглобів за допомогою штучних імплантатів. Результатом операцій є фактичне відновлення функції суглоба, зникнення больових відчуттів, поновлення довжини кінцівки.

Тотальне ендопротезування кульшового суглоба у осіб зрілого віку дає можливість ефективного лікування таких хвороб, як коксартроз, ревматоїдний артрит, асептичний некроз

голівки стегнової кістки, хвороба Бехтерева, анкілози, переломи шийки та голівки стегнової кістки, кульшової западини. Необхідною умовою, яка забезпечує повноцінне відновлення пацієнтів після операції з є застосування засобів фізичної реабілітації. Водночас методик фізичної реабілітації обговорюваного контингенту хворих ще недостатньо, а ті, що існують, потребують удосконалення. Останнє обумовлене декількома причинами, основними з яких є порівняно невеликий термін застосування операції на теренах України, наявність у пацієнтів зрілого віку різноманітної супутньої патології, яка погіршує післяопераційне відновлення, не чисельність фахівців, які здійснюють комплексну фізичну реабілітацію після оперативного втручання.

Мета роботи: окреслити нові підходи до фізичної реабілітації осіб зрілого віку після тотального ендопротезування кульшового суглобу.

Організація дослідження. Дослідження проводилось на базі I ортопедичного відділення Львівського госпіталю ветеранів війни та V репресованих імені Юрія Липи. Обстежено 20 чоловіків 40-65 років після тотального ендопротезування кульшового суглоба з приводу виражених дегенеративно-дистрофічних змін (по 10 осіб в основній і порівняльній групах). Фізична реабілітація пацієнтів основної групи (ОГ) проводилась з максимальним урахуванням їхнього стану шляхом визначення реабілітаційних проблем кожного пацієнта та врахуванням індивідуальних реакцій на реабілітаційне втручання. З пацієнтами порівняльної групи (ПГ) працювали реабілітологи I-го ортопедичного відділення Львівського госпіталю ветеранів війни та репресованих імені Юрія Липи згідно з загальноприйнятими методиками.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстеження пацієнтів проводилось на другий день після операції. Під час нього проводилось ретельне ортопедичне обстеження, яке включало визначення фонових показників амплітуди рухів у кульшовому суглобі шляхом гоніометрії та м'язової сили за допомогою мануального тестування м'язів при згинанні та відведенні стегна; пульсометрія та артеріотометрія давали можливість визначити загальний стан. Отримані цифрові дані статистично обробляли з визначенням середніх значень досліджуваних показників та порівнювали за t-критерієм Стьюдента.

Аналіз фонових показників став основою для з'ясування реабілітаційних проблем кожного обстеженого, розробки індивідуалізованої програми реабілітації, обрання реабілітаційних засобів, визначення протипоказів щодо реабілітації, короткотермінових та довготермінових реабілітаційних цілей, формулювання SMART-цілей.

У перші дні після операції *основними проблемами* всіх пацієнтів після тотального ендопротезування є біль, обмеження рухів у кульшовому та колінному суглобах прооперованої кінцівки, неможливість самостійної ходьби.

Причинами їх виникнення зазвичай є післяопераційний набряк стегна та гомілки та ослаблення м'язів прооперованої кінцівки.

Основними протипоказами до проведення реабілітації у цей час, як правило є згинання стегна більше, ніж на 90 градусів, ротація стегна, приведення стегна за середню лінію, надмірне згинання тулуба.

Основними короткотерміновими цілями у пацієнтів даного профілю є недопущення виникнення і розвитку ускладнень, притаманних кожному з періодів реабілітації.

Довготерміновими цілями є відновлення функції ходьби та постави. SMART-цілі:

1. Через 7 днів пацієнт встане з крісла, пройде по рівній поверхні 30 кроків з допомогою ходунців і повернеться назад.

2. Через 14 днів пацієнт встане з крісла, пройде по рівній поверхні 50 кроків з допомогою ходунців і повернеться назад.

З урахуванням стану пацієнтів, цілей реабілітації та протипоказів до неї, нами були підбрані засоби та розроблені підходи до фізичної реабілітації пацієнтів основної групи.

Реабілітаційне втручання розпочинали з другого дня після операції (за умови відсутності протипоказів). Розроблені підходи до фізичної реабілітації передбачають застосування загальнозміцнюючих, спеціальних, активних, пасивних, ізометричних, статичних фізичних вправ, дихальних вправ, постізометричної релаксації (ШР). Від традиційного погляду на фізичну реабілітацію даного контингенту пацієнтів, наш відрізняється індивідуальним підходом до кожного пацієнта, чітким дозуванням навантаження, інтенсивністю проведення реабілітаційного процесу. Так, перед кожним реабілітаційним сеансом проводилось визначення пульсу і артеріального тиску в стані спокою; протягом сеансу стан пацієнта оцінювали суб'єктивно (за його самопочуттям) та об'єктивно (за результатами пульсо- та артеріотометрії). Обов'язковою складовою реабілітаційного процесу були

загальнозміцнюючі вправи для здорової кінцівки та плечового поясу, які проводили у помірному темпі з помірним напруженням.

Після впровадження в практику запропонованих підходів до фізичної реабілітації був проведений повторний огляд пацієнтів, результати якого наведені у табл.1.

Таблиця 1.

Динаміка досліджуваних параметрів стану опорно-рухового апарату та загального стану організму пацієнтів зрілого віку після тотального ендопротезування кульшового суглоба

Показники	Фонове обстеження	Кінцеве обстеження	Зміни (%)
	X±m	X±m	
Амплітуда згинання стегна, ⁰	* 54,7±1,92	90,0	61,11
	** 54,1±2,15	90,0	60
Амплітуда відведення стегна, ⁰	* 20,6±0,75	31,2±1,54	23,5
	** 21,5±0,7	30,5±1,86	20
ММТ, бали	* 2	4	100
	** 2	4	100
ЧСС, уд/хв	* 85±2,16	78,3±1,97	7,9
	** 85*2,1	80,6±1,27	5,4
АТсист., мм рт ст	* 124,9±1,2	121,1±1,3	3
	** 124,9±1,31	122,4±1,76	1,5
АТдіаст., мм рт ст	* 76,6±1,54	71,2±1,84	7
	** 77,7±1,97	76,3±2,71	1,8

Примітка. 1.ММТ- мануально-м'язове тестування. 2. ЧСС-частота серцевих скорочень. 3. АТ-артеріальний тиск. 4. Позначка* вказує на результати пацієнтів основної групи (ОГ), позначка ** - пацієнтів групи порівняння (ПГ).

Як показали дослідження, фонові показники амплітуди згинання стегна у пацієнтів ОГ становили 54,7°±1,92° (у пацієнтів ПГ - 54,1°±2,15°). Після курсу реабілітації пацієнти обох груп досягнули однакових показників активного згинання стегна, проте пацієнти основної групи досягали їх в середньому на 5-6 день після початку реабілітації, тоді як пацієнти групи порівняння - на 6-7 день, тобто пацієнти ОГ досягли поставленої мети на 1-2 дні скоріше, ніж пацієнти ПГ.

Кінцевий показник систолічного артеріального тиску у хворих експериментальної групи становив 121,1 ±1,3 мм рт ст, діастолічного артеріального тиску —71,2±1,84 мм рт ст.,що є дещо нижчим, ніж у пацієнтів порівняльної групи, де показник систолічного артеріального тиску становив 122,4±1,76 мм рт ст, а показник діастолічного артеріального тиску-76,3±2,71 мм рт ст. Динаміка обговорюваного показника за час перебування у госпіталі засвідчила, що у пацієнтів ОГ він зменшився на 3%, тоді як у пацієнтів ПГ - на 1,5%.Показник діастолічного артеріального тиску у пацієнтів основної групи після реабілітаційного курсу був нижчим, ніж у пацієнтів ПГ (71,2±1,84 проти 76,3±2,71мм рт ст.).

Після впровадження запропонованих підходів до фізичної реабілітації показник частоти серцевих скорочень у пацієнтів основної групи був на 6,7 уд/хв. меншим, ніж фоновий; у пацієнтів групи порівняння - на 4,6 уд/хв (p>0,05).

Показники амплітуди відведення стегна у пацієнтів основної групи після реабілітації були дещо вищими, ніж у пацієнтів групи порівняння. Так, у пацієнтів ОГ після курсу реабілітації амплітуда відведення стегна збільшилась на 22,5%, у пацієнтів ПГ - на 20%.

Показники м'язової сили при згинанні та відведенні стегна (за даними мануально-м'язового теста) до проведення реабілітаційних заходів у пацієнтів обох груп оцінювались у 2 бали, після реабілітації- у 4 бали.

SMART-ціль №1 пацієнтами ОГ була виконана на 93,3%, тоді як пацієнтами ПГ - на 81,7%. Так, через 7 днів після операції пацієнти, яким реабілітація проводилась за запропонованими нами підходами, змогли пройти 28±1,44 кроків, а пацієнти яким фізичну реабілітацію здійснювали за загальноприйнятими підходами - 24,5±1,16 кроків.

SAMRT-ціль №2. Пацієнти ОГ виконали на 97,8%, пройшовши на 14-й день після операції 48,9±1,22 кроків, а пацієнти ПГ- на 91,2%, пройшовши 45,6±1,02 кроків.

Висновки. Таким чином, наведені дані можуть свідчити, що запропоновані підходи до фізичної реабілітації пацієнтів після тотального ендопротезування мають більший вплив на організм пацієнтів, і дають кращі наслідки, ніж рутинні: їх систематичне проведення в умовах

стаціонару поліпшує загальний стан, збільшує рухові можливості оперованої кінцівки, сприяє швидшому відновленню пацієнтів.

А. Л. ВАСИЛЬЧУК

ЕНІОАНАТОМІЯ МЕРИДІАНІВ ПЕРИКАРДА

З позиції еніоанатомії розглядаються утворення, топографія, будова, структура, функції, терапевтичні значення, наслідки структурно-функціональних порушень, надлишок і недостача енергій у меридіанах перикарда.

С позиции ениоанатомии рассматриваются образование, топография, строение, структура, функции, терапевтическое значение, последствия структурно-функциональных нарушений, излишек и недостаток энергий в меридианах перикарда.

From enioanatomy's position, the following is distinguished: creation, topography, constitution, structure, function, therapeutic significance, consequences of structural and functional disorders, of excess and lack of energy in pericardium meridian.

Утворення меридіана перикарда розпочинається виростами внутрішніх оболонок усіх тонкоматеріальних тіл (ТМТ) від четвертого міжребрового проміжку, початковою точкою тянь-чі (МС 1), локалізованою на передній поверхні четвертого міжребрового проміжку на 1 цунь латерально соска (мал. 1). До виростів внутрішніх оболонок спрямовуються окремі відгалуження вершин чакрових конусів серцевої, центральної, антисвіту, молочних залоз, вішудхи чакр, окремі вихідні мікроканали сушумни, меруданди, іди, пінгали і зіркових каналів, утворюючи початок і основу меридіана шляхом проникнення чакрових, сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових і зіркових мікроканалів до внутрішніх просторів оболонкових мікроканалів; злиття чакрових, сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових і зіркових мікроканалів з оболонковими мікроканалами в оболонково-чакрові, оболонково-сушумнові, оболонково-ідові, оболонково-пінгалові, оболонково-мерудандові, оболонково-зіркові і змішані мікроканали; з'єднання чакрових, сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових, зіркових мікроканалів з оболонковими і шляхом прилягання чакрових, сушумнових, мерудандових, ідових, пінгалових, зіркових мікроканалів до оболонкових мікроканалів.

Від початкової точки тянь-чі — четвертого міжребрового проміжку — основа меридіана перикарда піднімається вгору до третього міжребер'я, потім спрямовується на плече, йде по долонно-серединній лінії плеча, передпліччя, внутрішньому краю третього п'ясткового проміжку, променевому краю середнього пальця до дистальної фаланги і завершується точкою чжун-чун (МС 9) — на променевій стороні тилу дистальної фаланги середнього пальця кисті на пересіченні двох ліній, проведених паралельно прихованому і латеральному краям нігтя. Від початкової точки тянь-чі і початкової частини меридіана відгалужуються численні внутрішні гілки до перикарда, серця, судин, легень, діафрагми, внутрішніх органів, молочних залоз і парасимпатичної нервової системи (мал. 1).

По ходу лівої основи меридіана в його будові беруть участь окремі мікроканали відгалужень вершин чакрових конусів лівої плечової, лівої ліктьової, лівої долонної чакр, пальцевої чакри середнього пальця лівої кисті і мікроканали виростів внутрішніх оболонок усіх тонкоматеріальних тіл від середини дистальної фаланги променевого краю середнього пальця лівої кисті (мал. 1).

По ходу правої основи меридіана в його будові беруть участь окремі мікроканали відгалужень вершин чакрових конусів правої плечової, правої ліктьової, правої долонної чакр, пальцевої чакри середнього пальця правої кисті і мікроканали виростів внутрішніх оболонок усіх тонкоматеріальних тіл від середини дистальної фаланги променевого краю середнього пальця правої кисті (мал. 1).