

БРОЈ: 01 - 2017

JOURNAL OF MACEDONIAN SOCIETY OF PHYSIOTHERAPISTS

СПИСАНИЕ

НА МАКЕДОНСКО
ФИЗИОТЕРАПЕВТСКО
ЗДРУЖЕНИЕ



МАКЕДОНСКО
ФИЗИОТЕРАПЕВТСКО
ЗДРУЖЕНИЕ

Драги читатели,

Го имате првиот број од Списанието на македонското физиотерапевтско здружение во кое се опфатени теми за информирање продлабочување на познавањата врз основа на современите достигнувања на теоријата и праксата во областа на физиотерапијата, кинезитерапијата и рехабилитацијата. Сметаме дека ова издание на списанието ќе помогне во подготовката на физиотерапевтите и ќе им послужи за користење на сите останати читатели кои се интересираат за основните и современите принципи и методи на физиотерапијата во целосниот алгоритам на лекување на пациенти со трауматски,

ортопедски, ревматски, кардиоваскуларни, респираторни и невролошки заболувања, како во акутниот, така и во хроничниот периодот на рековалесценција.

Физиотерапијата е основен дел од рехабилитацијата и може да е индивидуална и прилагодена со функционалните дефицити и нарушувања кај конкретните болни. Во неа се комбинираат физички вежби, помошни техники и преформирани физикални средства, спроведени од координиран и добро едуциран интердисциплинарен тим од специјалисти.

Во претстојните Новогодишни и Божиќни празници, Ви посакуваме реализација на сите Ваши професионални и лични желби.

Од Редакцијата
Доц. д-р Данче Василева
Списание на МФЗ, 2017

Наши Партнери



ЗАСТАПЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИ СО АРТРОЗА НА КОЛКОТ (COXARTHROSIS) ВО ПЕРИОДОТ 2015/2016 ГОДИНА НА ТЕРИТОРИЈАТА НА ОПШТИНА КОЧАНИ

Кирил Панов, Доц. Д-р Тоше Крстев

Универзитет „Гоце Делчев“ – Штип

Во функционална смисла, анатомијата на зглобот на колкот обезбедува солидна стабилност, благодарейќи на длабокиот ацетабулум (кој е дополнително продлабочен со присуството на фибро- 'рскевичниот прстен), добро прилагодената градба на главата на фемурот, силната зглобна капсула, лигаментарната потпора (lig. Iliofemoral, lig. Pubofemorale, lig. Ischiofemorale) и мускулниот баланс. Динамичната стабилност се обезбедува од балансот на мускулните сили. Стабилизацијата на колкот, обезбедува исправен став и нормален од. Во нормални околности овој зглоб дозволува подвижност, не нарушувајќи ја стабилноста. Губитокот на подвижноста со присуство на болка, значајно влијае на одот, затоа што наметнува девијации, ја намалува неговата ефикасност и координација во целина. Доколку колкот го губи квалитетот на ткивата и мускулната сила, и тоа ќе предизвика преголема компресија на зглобните површини и понатаму значајно ќе допринесува за забразување на патолошките промени. Дегенеративните болести на зглобовите спаѓаат меѓу најчестите ревматски болести кај луѓето. Во основа на патолошкиот процес е истенчување на зглобната 'рскавица придружено со реактивно-пролиферативна реакција на субхондралната коска и на рабовите на зглобот. За оваа болест поврзана со стареењето, кај нас се употребува изразот артроза, кој ја потенцира дегенеративната природа на болеста. Заболувањето почнува со дегенеративни

промени на зглобните 'рскавици, но завршува со промени на целиот зглоб како орган. Болеста има посебна предилекција кон колената, колковите, шепите и апофизните зглобови на 'рбетниот столб. Типични појави на заболувањето се: влошување на болката со замор, вкочанетост на зглобот по долга неактивност и делумно губење на зглобната подвижност. Според современата медицина, артрозата се развива кога има механичко несоодветствување меѓу натоварувањето во зглобот и способноста на хијалината 'рскавица да го поднесе натоварувањето. Главните манифестации на остеоартрозата се болка и повремена вкочанетост на одредени зглобови. Болеста нема системски карактер и пациентот генерално се чувствува добро. Болката најчесто се опишува како длабока болка, тиштење и вкочанетост на пореметениот зглоб. Тегобите се влошуваат при замор и оптоварување на зглобот, а се подобруваат со одмор и растоварување. Со напредување на болеста тегобите може да станат постојани. Кај напредните случаи на коксартроза може да се јави ноќна болка која го буди пациентот или му пречи во спиењето. Рано наутро по спиење и особено по подолг период на неактивност (долго седење, возење автомобил) се јавува краткотрајна вкочанетост, крутост и болка при придвижување во артрозно променетите зглобови, која обично трае неколку минути, но може да трае и подолго – најмногу до 20 минути.

ЦЕЛ НА ИСТРАЖУВАЊЕТО

Анализа на податоците за застапеност на атрозата на колкот во периодот на 2015/2016 година на територијата на Општина Кочани преку податоци добиени од Службата за физикална терапија во ЈЗУ „Општа болница“ – Кочани и препорака за примена на физикални процедури и кинезитерапија.

МЕТОДИ НА ИСТРАЖУВАЧКАТА РАБОТА

Како метод на истражувачката работа се користи анализа на податоците за застапеност на артрозата на колкот (coxarthrosis) во периодот 2015/2016 на територијата на Општина Кочани, добиени од Службата за физикална терапија во ЈЗУ „Општа болница“ – Кочани.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

Добиените резултати ни го покажуваат бројот за застапеност на лицата со артроза на колкот во периодот од 2015 до 2016 година (Таб.1).

Година	2015	2016
Број на пациенти	26	23

Табела 1. Застапеност на коксартрозата во периодот од 2015 до 2016 година

Пол	Машк и	Женск и
Број на пациенти	13	36
Процент	26.5%	73.5%

Табела 2. Застапеност на коксартрозата според полот

Просечната возраст на пациентите со коксартроза од женскиот пол изнесува 58,5 години, а кај машкиот пол 60,8 години што укажува на незначителна разлика (Граф. 1).



Графикон 1. Графички приказ на застапеноста на коксартрозата според возраст

Бројот на пациенти со билатерална зафатеност на зглобот на колкот изнесува 11 пациенти или 22,5%, додека поголемиот дел се со унилатерална зафатеност на зглобот на колкот, односно 38 пациенти или 77,5% (Таб. 3).

	Унилатерална зафатеност на колкот	Билатерална зафатеност на колкот
Број на пациенти / процент	38 / 77.5 %	11 / 22.5 %

Табела 3. Застапеност на коксартрозата според зафатеноста на колковите

ЗАКЛУЧОК

Карлицата исполнува неколку кинезиолошки функции. Таа е припојно место за многу мускули кои имаат дејство, како во тораксот, така и во долните екстремитети. Тоа ја нагласува улогата на карлицата како гранична врска помеѓу аксијалниот скелетен систем и долните екстремитети. При движењата на долните екстремитети и трупот, карлицата учествува како целина и има подвижност во сите основни рамнини. Движењата се спроведуваат во двата зглобови на колкот и лумбалниот рбет. Подвижните сегменти на карлицата се сакроилијачните зглобови и пубичната симфиза. Движењата во карлицата се вршат преку едностраните или повеќестраните лумбопелвичен ритам. Реакцијата на потпората се предава по долниот екстремитет преку зглобот на колкот кон карлицата и тораксот при одење и други активности. Зглобот на колкот исто така ја носи тежината на телото. Затоа секоја патологија или траума на зглобот на колкот се одразува директно на одот. Блиската кинезиолошка зависност меѓу зглобот на колкот, сакроилијачните зглобови и лумбалниот рбет бара испитување и на овие области. Неправилниот движечки стереотип предизвикан од мускулниот дисбаланс може да предизвика болки во зглобот на колкот, коленото и лумбалниот рбет. Нарушената функција на зглобот на колкот ја влошува значително способноста за спроведување на множеството комплексни движечки активности. Патокинезиолошките промени во оваа област може да бидат, како предуслов, така и последица од трауми и заболувања. Комплексната функција во лумбопелвичната и феморална област е предуслов карлично-бедрените патологии да предизвикаат дисфункции во лумбалниот дел и обратно.

Анализата на овие промени има основно значење за планирањето и реализирањето на правилна кинезитерапевтска програма насочена кон профилактика и воспоставување на функцијата на зглобот и долниот екстремитет во целина.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аница, К, Надежда, Ѓ, Добрила, Т, (2005). Анатомија на човекот, Osteологија.
2. Шуков Ј, (2001) Основи на кинезитерапија, Скопје
3. Николовска, Л., Василева, Д., Крстев, Т., Страторска, Т. (2016)
4. Клиничка кинезитерапија, Штип
5. Мур, КЛ, Дали, АФ, Агур, АМР. (2011) Клинички ориентирана анатомија
6. Попов, Н. (2003) Клиничка патокинезиолошка дијагностика во ортопедско-трауматолошката кинезитерапија. Софија
7. Попов, Н. (2009) Кинезиологија и патокинезиологија на локомоторниот апарат. Софија
8. Ричард, В., Гавин, К., Френцис, Х., Тарнија, М., (2013)
9. Ревматологија, Скопје
10. Николовска Л. (2014) Физикална медицина и рехабилитација 1 и 2 општ и специјален дел. ISBN 978-608-244-130-6.