



**Медицински университет  
„Проф.д-р Параскев Стоянов“ – Варна,  
Факултет по Обществено здравеопазване,  
Катедра „Физиотерапия, рехабилитация и  
морелечение“**

**Д-р Деница Неделчева Гроздева  
РЕХАБИЛИТАЦИЯ И КАЧЕСТВО НА  
ЖИВОТ ПРИ ТАЗОБЕДРЕНО ЕНДОПРОТЕЗИРАНИ  
ПАЦИЕНТИ**

### **АВТОРЕФЕРАТ**

На дисертационен труд за просъждане на  
образователна и научна степен „Доктор“, по научна  
специалност „Физиотерапия, рехабилитация и  
курортология“

Научен ръководител: Доц.д-р Евгения Петрова Димова,  
д.м.

Научен консултант: Проф. Гургана Бончева Ненова, д.н.

Варна, 2023

Медицински университет „Проф.д-р Параскев  
Стоянов“ - Варна  
Факултет по обществено здравеопазване,  
Катедра „Физиотерапия, рехабилитация и морелечение

**Д-р Деница Неделчева Гроздева**  
**РЕХАБИЛИТАЦИЯ И КАЧЕСТВО НА**  
**ЖИВОТ ПРИ ТАЗОБЕДРЕНО ЕНДОПРОТЕЗИРАНИ**  
**ПАЦИЕНТИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

На дисертационен труд за просъждане на  
образователна и научна степен „Доктор“, по научна  
специалност „Физиотерапия, рехабилитация и  
курортология“

Научно жури

Проф.д-р Ивет Борисова Колева-Йошинова, д.м.н.

Проф д-р Йоаннис Василиос Папатаناسиъ, д.м.

Доц.д-р Христина Иванова Миланова, д.м.

Проф. д-р Неделчо Неделчев Цачев, д.м.

Доц.д-р Марияна Михайлова Кръстева – Русева, д.м.

Варна, 2023

Дисертационният труд съдържа 126 страници и включва 24 таблици. Библиографията обхваща 134 заглавия, от които 53 на кирилица и 81 на латиница. Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита от Катедрения съвет на Катедрата по Физиотерапия, рехабилитация и морелечение при Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна.

Защитата ще се състои на 05.06.2023 г. в МУ – Варна. Материалите по защитата са на разположение в библиотеката на МУ – Варна, както и на официалния сайт на университета.

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	5
<b>I. МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО</b> .....	8
1. Цел и задачи на изследването.....	8
2. Хипотези.....	8
3. Методи.....	9
<b>II. РЕЗУЛТАТИ</b> .....	21
1. Описание на извадката.....	21
2. Резултати от оценката на качеството на живот.....	33
<b>III. ОБСЪЖДАНЕ</b> .....	43
<b>IV. ОБОБЩЕНИЕ</b> .....	60
<b>IV. ИЗВОДИ</b> .....	65
<b>V. ПРИНОСИ</b> .....	67
<b>VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	69

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Тазобедреното ендопротезиране (ТЕП) е едно от най-големите постижения в съвременната ортопедия и се развива с бързи темпове, в отговор на нарастване продължителността на живота и на потребността от комплексна здравна грижа с оглед не само възстановяване на ставната конгруентност, функцията на тазобедрената става (ТБС), но и цялостното функциониране на индивида в обществото. Възможностите на хирургията се разкриват както в конвенционално (циментно и безциментно ендопротезиране), така и в индивидуално протезиране на ТБС, със съответните предимства и недостатъци, което определя индивидуалния подход при избора на метод и последваща рехабилитационна програма, в изпълнение на основната цел – връщане към обичайния начин на живот и функциониране в ежедневието и социалната среда.

Възможностите на рехабилитацията са поставени в рамката на финансиране от държавния бюджет, при недостатъчна информираност на пациентската общност относно ползите от ранната рехабилитация след ТЕП, провеждана в стационарни условия. Тези обстоятелства, удължаващи пътя на възстановяване на пациента се явяват сериозни бариери за ефективността на рехабилитацията.

Комплексният подход към хроничната болест на съвременният био-психо-социален поглед към човека в неговата цялост. Психосоциалната компетентност е необходима не само на общопрактикуващия лекар, за да отчете психическите, междуличностните и обществените фактори, които могат да определят формирането на

заболяването, но и на лекаря – специалист по ФРМ, за да обедини всички тези условия, които определят хода на лечението и възстановяването. В наши дни ФРМ се нарича медицина на качеството на живот, не само защото е пациент-ориентирана, но и поради фокуса на нейните дейности – възстановяване както на конкретна функция, така и на функционирането на индивида в цялост.

Промяната в качеството на живот е основен критерий за оценка на ефективността на медицинските грижи, през субективната самооценка на пациента за всички области от неговото здраве и социално благополучие. В тази връзка, ТЕП не е просто оперативна интервенция, с цел овладяване на симптоматика и подобряване механиката и функцията на ставата. Комплексните и системни рехабилитационни мероприятия за връщане на ТЕПП към социална независимост изискват много повече ресурси на рехабилитацията, отнесени към индивида, с неговите физическо, психично здраве, среда и отношения. Индивидуализирането на рехабилитационната програма способства не само за цялостното възстановяване на пациента след ТЕП, но и спомага за това, да се случи във възможно най-кратки срокове, най-важният белег за което е промяната в общото качество на живот.

Самооценъчните инструменти за оценка на КЖ са малко познати на клиницистите и не фигурират в общоприетите модели за мониториране на резултатите от приложената конкретна рехабилитационна програма. Ефективността на рехабилитацията стандартно се измерва и отчита с помощта на функционални тестове, отразяващи пряко въздействието на определени методи и средства върху функцията на ендопротезираната става.

ФРМ е изправена пред предизвикателството да догонва кинезитерапевтчните практики, особено при наличието на тенденция за ускорена рехабилитация – от една страна чрез изясняване на противоречията относно подходящите физикални фактори в ранния постоперативен период, и от друга страна – потребността от синхронизиране на гледните точки по въпросите за фазите на рехабилитация, въприети от кинезитерапевтичната общност. В изпълнението на тази нелека задача се вплитат професионални качества и психоциални компетенции на лекаря по ФРМ– умение да води разговор с пациента, да определи терапевтичната цел възоснова на био-психо-социалното измерение на болестта, да сключи с пациента терапевтичен съюз и да координира мултидисциплинарните екипи

Разработването на настоящия дисертационен труд отразява холистичния подход към проблема рехабилитация след ТЕП през погледа на лекаря по ФРМ, чиято ролята е да ръководи рехабилитационния екип, като прилага методите на физикалната терапия съвместно с методи и средства на рехабилитацията и проследява резултатите както в отделните етапи на възстановяване, така и в неговата цялост. В търсене отговори на актуални въпроси и противоречия се разкрива необходимостта от синхронизиране на световния и българския опит в рехабилитацията след ТЕП и утвърждаване на самооценъчния елемент в цялостния аспект на нейната ефективност.

## I. Методология на изследването.

### 1. Цел и задачи на изследването:

Целта на настоящето настоящо проучване е да се изследва промяната в качеството на живот при тазобедрено ендопротезирани пациенти, преминали индивидуална рехабилитационна програма в условията на финансиран от НЗОК 7 девен престой по клинична пътека 265 и да се проучи тяхната социална адаптация.

В изпълнение на заявената цел бяха определени следните задачи:

1. Да се проучат и анализират социо-демографските характеристики на респондентите.
2. Да се проучи надеждността на WHOQOL-BREF при ТЕПП.
3. Да се изследва общото качество на живот при ТЕЕП, преди и след провеждане на индивидуалната рехабилитационна програма в условията на стационар.
4. Да се оцени динамиката в качеството на живот, преди и след проведената рехабилитация, разгледано по области.
5. Да се анализира рехабилитационния подход към пациентите, преминали болнична рехабилитация след ТЕП.
6. Да се предложат модел на рехабилитационния подход и поведение след ТЕП в зависимост от вида ендопротезиране.

## 2. Хипотези.

2.1. Предполага се, че генеричният въпросник WHOQOL-BREF е с висока степен на надеждност, приложен като инструмент за оценка на качеството на живот след ТЕП.



2.2. Предполага се, че генеричният въпросник WHOQOL-BREF е достатъчно информативен като самостоятелен инструмент за оценка ефективността на рехабилитацията след ТЕП.

2.3. Индивидуалната рехабилитационна програма, прилагана в стационарния период на рехабилитацията след ТЕП, повишава общата оценка на КЖ за сметка на оценката в област „телесна“.

### 3. Методи.

Проучването е одобрено от Комисията по етика на научните изследвания при МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна с Протокол/Решение №107/27.05.2021 г.

Данните, необходими за целите на проучването са събрани, следвайки описаната последователност на предвидените компоненти на изследването.

#### 3.1. Методи за събиране на данни

##### 3.1.1. Административна анкета.

3.1.2. Въпросник за изследване на качеството на живот WHOQOL-BREF: представя данните под формата на профил, като оценява всяка една от областите поотделно и дава обща оценка на КЖ (отделните области имат еднаква тежест). Всички въпроси се отнасят до последните две седмици. При структурирането на областите и въпросите е използвана еднаква методология, налице е установена валидност в различните култури, което позволява приложението на въпросника в транскултурални проучвания. Състои се от 24 въпроса, обединени в областите „телесна“, „психологична“, „отношения“ и „среда“, и два допълнителни въпроса, касаещи самооценката на общото здраве.

1. *Област Телесна* – съдържа 7 въпроса:

1.1 Доколко физическата болка Ви пречи да извършвате онова, което Ви е необходимо:

1.2 До каква степен имате нужда от медицинско лечение, за да изпълнявате ежедневните си дейности?

1.3. Имате ли достатъчно енергия в ежедневието си?

1.4. Доколко сте удовлетворен/а от съня си?

1.5. Доколко сте доволен/доволна от способността си да извършвате ежедневните си дейности?

1.6. Доколко сте удовлетворен/а от работоспособността си?

1.7. Доколко сте способен/способна да се придвижвате самостоятелно?

2. *Психологична* област. Въпросите, групирани в психологичната област са 6 на брой:

2.2.1. Доколко се радвате на живота?

2.2.2. Според Вас до каква степен животът е изпълнен със смисъл?

2.2.3. Доколко сте способен да се концентрирате?

2.2.4. Приемате ли физическата си външност?

2.2.5. Доколко сте доволен/а от себе си?

2.2.6. Колко често изпитвате негативни чувства като тъга, отчаяние, тревога и депресия?

3. *Област Отношения* - включва 3 въпроса:

3.1. До каква степен сте удовлетворен/а от личните си взаимоотношения?

3.2. До каква степен сте удовлетворен/а от сексуалния си живот?

3.3. До каква степен сте удовлетворен/а от подкрепата, която получавате от вашите приятели?

4. Област *Среда* е сформирана от 7 въпроса:

4.1. Чувствате ли се в безопасност в ежедневието си?

4.2. Доколко е здравословна заобикалящата Ви среда?

4.3. Имате ли достатъчно пари, за да задоволявате нуждите си?

4.4. Доколко разполагате с нужната за ежедневието Ви информация?

4.5. До каква степен имате възможност за почивка и развлечения?

4.6. До каква степен сте удовлетворен/а от достъпа до здравни услуги?

4.7. До каква степен сте удовлетворен от транспорта (личен и обществен)?

Въпросите са самооценъчни и може условно да се разделят на такива, които оценяват „обективни“ и „субективни“ преживявания, събития и поведения. Въпросникът е с добра надеждност, коефициентите алфа на Кронбах и „split-half“ метода са високи при всички изследвани групи, като резултатите съответстват на изследванията на А. Баноми и

Д. Патрик (Vanomi et Patrick, 1997) и 15 WHOQOL центрове. Резултатите от тест-ретест показват висока корелация между първото и второто попълване на въпросника. При изследвания в други страни тест-ретест надеждността на въпросника варира от 0.66 до 0.87. За дискриминационната валидност на инструмента говори неговата способност да разграничава ясно популацията на болните от тази на

здравите, което е особено важно за сравнителните изследвания. При WHOQOL-BREF се установяват статистически значими разлики между здравите и болните. За оценка на КЖ на полиморбидните пациенти с трайно намалена работоспособност е по-удачна употребата на WHOQOL-BREF в сравнение с другите утвърдени въпросници, тъй като:

- отговаря на изискванията на холистичния подход в медицината (еднаква значимост на соматична, психична и социокомпоненти);
- при попълването отнема малко време (26 въпроса за 10 мин.);
- не затруднява пациента при отговора на въпросите (ясно и точно поставени въпроси);
- оценяването се осъществява чрез кратка формула;
- позволява сравнение на пациенти с различни заболявания (множественост на патологията при пациенти с протезиране на ТБС);
- е съобразен с културалните особености на българската популация (адаптиран 1999 г.).

3.1.3. Медицинска документация:

### 3.1.3.1. История на заболяването

3.1.3.2. Функционални методи на изследване – сантиметрия, ъглометрия, функционална оценка.

### 3.1.3.3. Терапевтични методи и средства.

Индивидуалната рехабилитационна програма бе съставяна за всеки един пациент персонално и бе съобразена както с етапа на рехабилитация, така и с индивидуалните особености на пациента. Последното включва пол, възраст, реактивност на организма, наличие на придружаващи заболявания от страна на сърдечно-съдова, ендокринна, храносмилателна централна и периферна нервна системи, ОДА, онкологични заболявания; показания и противопоказания за приложение на утвърдените физикални методи след ТЕП.

Метод на лечение с дълбоки осцилации (ДО) с оглед: подбряване на кръво и лимфоотока, тъканна релаксация; постигане на аналгезия при остри и хронична болка; превенция на фиброзирането на цикатрикси и ускоряване процеса на оздравяване на рани; подобряване обема на движения. Доказано ефективен при постоперативни състояния в ортопедията и неврохирургията (Reinhold et al, 2014; Koleva et al, 2015).

Подводна лечебна гимнастика (ПГ) – не заменя „сухата“ кинезитерапия, а се прилага съчетано с нея, поради специфичните условия, които се създават във водна среда – тренировка на опорно-двигателния апарат (ОДА) при елиминирана гравитация. Обучението в ходене във вода (подемната сила на водата) позволява точна дозировка на обременяването на долните крайници чрез дълбочината на

водата, без дозирането да зависи от волята или несъзнателното желание на пациента, за разлика от помощните средства, където обременяването е субективно (предоставено на болния). Не на последно място посочваме и психотерапевтичното въздействие на ПЛФК – улеснените и безболезнени движения във водна среда мотивират пациента в мобилизиране на собствения ресурс и подпомагат активното участие а пациента в процеса на възстановяване

Суспензионна терапия – метод за елиминиране на гравитацията, с утвърдено най-физиологично повлияване, много близо до условията на безтегловност. (Краев, 1986)

Трениране на ходене със или без помощно средство – персонализиране на упражненията за трениране на ходене, в зависимост от етапа на рехабилитацията, особеностите на индивида и характера на ендопротезирането. Ходенето се осъществява с проходилки или подмишнични патерици. Аналитични упражнения (АУ), подбрани индивидуално в комплекс, от различно изходно положение, в т.ч. упражнения с уреди и на уреди.

Фитбол – упражнения с голяма швейцарска топка. Изборът на тази мултифункционална кинезитерапевтична методика е обоснован от факта, че мобилизира диференцирано всички мускулни групи, равновесието и координацията. Възможностите за изпълнение на фитбол упражненията от различно изходно положение – тилен лег, седеж и стоеж позволяват приложението им във всички етапи на рехабилитацията след ТЕП, при прецизна дозировка съобразно фазата на възстановяване. (Богомилова Ст., 2017), (Ненова Г, 2022).

Упражнения с еластично съпротивление – методика, доближаваща се според науката и практиката до „идеалния“ тереапвтичен подход за мускулна сила, по механизъм различен от упражненията срещу гравитацията – едновременно се подпомага и затруднява движението от съпротивлението на ластика. По този начин се избягва натоварването с тежести и упражненията се изпълняват с лекота.

Сухи и влажни термоапликации под формата на ИЧТ и топли компреси, приложени с цел обезболяване и преодоляване на мускулния спазъм в пояския и други отдели на гръбначния стълб и ОДА. ИЧЛ оказват меко терапевтично въздействие по механизма на инхибиране на болковите импулси, мускулна релаксация, подбръване на венозния оток. Топлите компреси с поморийска луга, богата на магнезий и други микроелементи, изграждащи състава на морската вода оказват благоприятно въздействие върху болката и мускулния дисбаланс чрез термично и химично дразнене по типа на деполяризираните миорелаксанти. (Стаматов, Такева)

Криотерапия – метод, с доказана ефективност по отношение на намаляване на болката, редуциране на отока, подтискане на възпалителните процеси имускулния спазъм и обратното развитие на контрактурите. (Костадинов, Краев, 1987), (Ненова, 2022). Криокинезата, приложена преди волевите мускулни съкращения се използва широко при хипотонични и хипотрофични мускули, тъй като под действието на краткотрайни студови дразнения се повишава отделянето на ацетилхолин, подтиска болката и улеснява работата на терапевта със

пациента.. В комплексната рехабилитационна програма след ТЕПШ, криотерапията се прилага по метода на спираловиден масаж с ледено блокче около ставата и болезнените участъци за 2-4 мин, последван от кинезитерапия. След 5-10 мин отново се обработва съответния участък.

### 3.1.4. Статистически методи

3.1.4.1. Статистическа групировка на данните. Идентифицирането на предмета на статистическото изучаване при всяко изследване служи за база на основата на която се разработва теоретичен модел и проектира емпиричен модел. За да бъде изграден емпиричният модел е необходимо на следващ етап да се регистрират сведенията за отделните статистически единици, като се вземат под внимание факторите: време и място на наблюдение, период на регистрация, органи на наблюдение.

Като трети основен етап от цялостното статистическо изучаване се разглежда статистическата групировка на данните. Бидейки част от процеса на статистическо изучаване, групировката на данните по съдържание представлява самостоятелен метод за анализ, който предоставя възможност да се проникне в структурата на изучаваното явление и да се разкрият връзки, зависимости и влияния. В резултат на коректно проведена групировка на данните се получават емпирични разпределения с едномерен, двумерен или многомерен характер.

3.1.4.2. Описателни (дескриптивни) методи. Описателните (дескриптивни) методи имат пряка връзка с разпределението на статистическите единици по



значенията на техните признаци, като разкриват техния характер и вътрешна структура. За да се прилагат коректно описателни методи е необходимо единиците на наблюдение да бъдат съпоставими и конкретни по време и място.

Чрез дескриптивните методи се установяват централни тенденции, степен на различие между отделните единици на наблюдение (пациенти) и степен на отклонение на емпиричните разпределения на наблюдаваните единици от еталонни разпределения.

#### 3.1.4.3. Cronbach alpha

След събиране на данните на анкетен принцип е редно да се провери дали отделните въпроси (айтъми) са достатъчно надеждни (Reliability), тоест дали притежават добри селективни и описателни възможности, дали отделните въпроси се обясняват един с друг, дали анкетираните лица разбират правилно отделните въпроси и се припознават по коректен начин в отговорите, дали въпросите са достатъчно коректно зададени към респондентите. Тази проверка се прави с Cronbach alpha. Теоретично коефициентът варира в граници от 0 до 1. С повишаване стойността на коефициента се счита, че анкетата има добри селективни и дескриптивни възможности.

3.1.4.4. Проверка на статистически хипотези. Статистическата хипотеза е предположение за вида на неизвестна функция на разпределение на наблюдавани случайни променливи величини или за параметрите на функция на разпределение от известен вид (Радилов, Д., Хаджиев, В., Жекова, С. Статистика. Издателство „Наука и икономика“, Варна, 2010. С. 168). Проверката на

статистически хипотези включва процедури по дефиниране на конкретни предположение относно параметрите на изследвани съвкупности (пациенти), като се издига основна (нулева) хипотеза и алтернативна хипотеза. Нулевата хипотеза  $H_0$  изразява предположение за нулев ефект тоест, че липсва различие между сравняваните величини. Алтернативната хипотеза  $H_1$  се приема ако нулевата хипотеза се отхвърли.

В статистическата наука проверката на хипотези преминава през следния алгоритъм, който е спазен и в дисертационния труд:

- дефиниране на нулевата хипотеза  $H_0$  и на алтернативната хипотеза  $H_1$ ;
- избор на равнище на значимост  $\alpha$  (риск за грешка);
- избор на подходящ статистически критерий и теоретични разпределение, пряко свързано с формулираната нулева хипотеза;
- изчисляване на емпирична тестова величина по данни от извадката ( $n$ );
- определяне на теоретична величина спрямо параметрите на статистическия критерий;
- вземане на решение при избора на статистическа хипотеза, което се основава на сравняване на емпиричната и теоретична величина.

В условията на използване на съвременни статистически и иконометрични софтуерни продукти науката позволява да се вземе решение по алтернативен начин (без изчисляване на емпирична величина). Изборът между нулевата и алтернативната хипотеза се свежда до сравнение на възприето еталонно равнище на значимост

(риск за грешка  $\alpha$ ) и изчислено гранично равнище на значимост. Този способ е приложен в дисертационния труд при проверката на статистически хипотези. Ако изчисленото въз основа на данни от извадката равнище на значимост е по – малко от възприетото като норма равнище на значимост, се отхвърля нулевата хипотеза и се възприема алтернативната хипотеза, а ако изчисленото равнище на значимост е по – голямо от възприетото като норма равнище на значимост, се възприема основната хипотеза (Хаджиев, В. и др. Статистически и иконометричен софтуер. Издателство „Наука и икономика“, Варна, 2009. С. 70)

3.1.4.5. Планиране и организация на представително извадково изследване. Извадковите изследвания представляват система от научни знания силно приложими при ситуации в които липсва достатъчно време за провеждане на наблюдение на изчерпателна основа, липсват финансови и кадрови ресурси, липсва възможност за провеждане на изчерпателно изследване.

Акцент в дисертационния труд се придава на метода на взаимопроникващите извадки. Този метод се прилага в случаи, когато дадено изследване трябва да се проведе в няколко етапа (пациенти преди и след проведено лечение). За целта е целесъобразно излъчената извадка с обем ( $n$ ) от обща статистическа съвкупност с обем ( $N$ ) да се раздели на две или повече независими извадки, както е приложено и в настоящия дисертационен труд. По правило всяка от извадките трябва да бъде формирана при един и същ подбор на единиците, поставени в еднакви условия с цел да бъде спазено правилото за съпоставимост на данните. Получените две независими подизвадки се

наричат взаимопрониक्ващи и дават възможност да се получат отделни, независими оценки за признаци на изследваната съвкупност. По този начин може да бъде измерена ефективността от различни методи на лечение при сходни групи пациенти.

Подбор на изследваните лица: ТЕПП, преминали през отделението по рехабилитация към УМБАЛ „Св. Марина“-Варна (х-л „Естрея“, КК „Св. Св. Константин и Елена“) по КП №265, за периода месец юни 2021 г. – месец май 2022 г. Репрезентативната извадка включва всички ТЕПП, преминали през Отделението по рехабилитация към УМБАЛ „Св. Марина“-Варна (х-л „Естрея“, КК „Св. Св. Константин и Елена“) за периода месец юни 2021-месец май 2022.

1. Пациенти под 18 годишна възраст. Критерии за включване в изследването:

1. Пациенти над 18 годишна възраст.

2. Пациенти, хоспитализирани в отделението по рехабилитация на УМБАЛ Св Марина по КП 265, диагноза Z 96.6 Наличие на ортопедични имплантати на стави. Заместване на тазобедрена става, за провеждане на рехабилитация в рамките на седем процедурни дни.

3. Пациенти, дехоспитализирани на 8-я ден.

4. Пациенти със и без придружаващи заболявания.

5. Пациенти, подписали информирано съгласие за участие в проучването.

Критерии за изключване:

2. Пациенти, хоспитализирани в отделението по рехабилитация на УМБАЛ „Св. Марина“, с диагноза, различна от Z 96.6 Наличие на ортопедични имплантати на стави. Заместване на тазобедрена става.

3. Пациенти, дехоспитализирани преди 8-я ден.

4. Пациенти, отказали да подпишат информирано съгласие за участие в проучването.

## II. РЕЗУЛТАТИ

### 1. Описание на извадката

За периода юни 2021 - май 2022 година в изследването бяха обхванати 72 лица, хоспитализирани в отделението по рехабилитация в хотел „Естрей“, по КП 265, диагноза Z96.6 и проведено лечение в рамките на 7 процедурни дни. Честотата на ТЕП в зависимост от възрастта е следната: 57% в диапазона 18-65 години и 43 % попадат във възрастовата група над 65 години (табл. 1).

Таблица 1

Възrastови групи				
	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
18-65 години	41	56,9	56,9	56,9
65 + години	31	43,1	43,1	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

## 1.2.Разпределение на изследваните лица по пол.

Разпределението по полов признак показва еднакъв дял на мъжете и жените сред ТЕПІ (табл. 2).

**Таблица 2**

### **Разпределение по пол**

Пол	Честота	Процент	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Мъж	36	50,0	50,0	50,0
Жена	36	50,0	50,0	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

## 1.3 Разпределение на пациентите по работоспособност.

Наличие на намалена работоспособност, доказана с експертно решение на ТЕЛК се установи при 33% от респондентите. Към момента на изследването 8% от изследваните лица са с трайно намалена работоспособност – над 90%, без чужда помощ, 8% - от 71 до 90 %, 17% - от 51 до 70 %, 67% нямат трайно намалена работоспособност (табл. 3, табл. 4)

**Таблица 3****Разпределение по работоспособност**

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Да	24	33,3	33,3	33,3
Не	48	66,7	66,7	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

Таблица 4

**Разпределение според процента трайно намалена  
работоспособност**

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Да, над 90 % без чужда помощ	6	8,3	8,3	8,3
Да, от 71 до 90 %	6	8,3	8,3	16,7
Да, от 51 до 70 %	12	16,7	16,7	33,3
Не, нямам	48	66,7	66,7	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

1.4. Разпределение на изследваните лица по образование.

На въпроса „с какво образование сте“ 43% от респондентите са посочили висше, 43% - средно, последвани от участниците с полувисше/средно специално – 11% и основно образование – 3% (табл.5).



**Таблица 5**

**Разпределение по образование**

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Висше	31	43,1	43,1	43,1
Полувисше/средно специално	8	11,1	11,1	54,2
Средно	31	43,1	43,1	97,2
Основно	2	2,8	2,8	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

1.5. Разпределение на изследваните лица по трудова заетост.

Трудова заетост посочват 51% от изследваните лица, като 39 % от тях са в активна възраст, а 12% - работещи пенсионери. 46% от респондентите са неработещи пенсионери, дялът на лицата без трудова заетост е 2% (табл.6)

Всички изследвани лица упражняват професии и ежедневни дейности, свързани със статично или динамично натоварване на ОДА, заемане на неудобна работна поза и намалена физическа активност.

Таблица 6

Разпределение по трудова заетост

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Работещ	28	38,9	38,9	38,9
Работещ пенсионер/ка	9	12,5	12,5	51,4
Без трудова заетост	2	2,8	2,8	54,2
Неработещ пенсионер	33	45,8	45,8	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

1.6. Разпределение на респондентите според семейното положение.

Данните от разпределението по семейно положение разкриват най-голям дял на лицата със сключен юридически брак – 60%, при еднакъв процент неженени/неомъжени и разведени – 14%, 12% от изследваните лица попадат в категорията вдовец/вдовица. 87,7% от респондентите имат деца, 12.5 % съобщават за липса на деца (табл.7, табл.8).

**Таблица 7****Семейно положение**

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Женен/Омъжена	43	59,7	59,7	59,7
Разведен/Разведена	10	13,9	13,9	73,6
Неженен/Неомъжена	9	12,5	12,5	86,1
Вдовец/Вдовица	10	13,9	13,9	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

**Таблица 8****Имате ли деца?**

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Да	63	87,5	87,5	87,5
Не	9	12,5	12,5	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

**1.7. Разпределение на пациентите според населеното място.**

Разпределението на изследваните лица според населеното място посочва, че 96% от ТЕПШ са от областен град, 3% - от необластен град и 1% - от село (табл.9)

**Таблица 9**

**Разпределение според населеното място**

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Село	2	2,8	2,8	2,8
Необластен град	1	1,4	1,4	4,2
Областен град	69	95,8	95,8	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

**1.8. Разпределение на участниците според доходите.**

Според доходите на респондентите, най-голям е дялът на лицата със среден месечен доход на едно лице от домакинство над 700 лв - 62%, последвани от лицата със среден месечен доход 500-700 лв – 31% и под 500 лв – 7% (табл.10).

Таблица 10

**Какъв е средният месечен доход на едно лице от Вашето домакинство (в лева)?**

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
До 500	5	6,9	6,9	6,9
От 500 до 700	22	30,6	30,6	37,5
Над 700	45	62,5	62,5	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

1.9.Разпределение според вида ендопротезиране.

Всички изследвани лица са преминали конвенционално ендопротезиране на тазобедрената става, при модифициран заден достъп.

1.10. Разпределение на пациентите според диагнозата, довела до ендопротезиране.

67% от ТЕПШ, включени в изследването са с доказана коксартроза; при 14% е извършена алопластика по повод фрактура на бедрената шийка, 17% са диагностицирани с асептична некроза на бедрената глава, 1% - с вродена

луксация на бедро, при 1% се установи наличието на метастатичен рак, с ангажиране на илиачната кост.

Всички пациентите са полиморбидни, при 5 от тях е установено и онкологично заболяване с различна давност (табл 11).

**Таблица 11**

**Разпределение по водеща диагноза**

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
Коксартроза	48	66,7	66,7	66,7
Фрактура	10	13,9	13,9	80,6
Асептична некроза	12	16,7	16,7	97,2
Вродена луксация на ТБС	1	1,4	1,4	98,6
Метастатичен рак	1	1,4	1,4	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

### 1.9. Разпределение на водещите оплаквания.

Разпределението на водещите оплаквания след ендопротезирането е както следва: болка с различна локализация – лумбален отдел, ендопротезираната става, колянна, глезенна става, оток на бедро, колянна, глезенна става - 28%.

### 1.12 Разпределение на пациентите според етапа на рехабилитация.

Разпределението на пациентите според сроковете на рехабилитация е както следва: 83,3% от ТЕПП са постъпили в отделението за рехабилитация до втория месец след ендопротезирането; 6,9 % - до 14-я ден, 9,7% - след втория месец (като тук се включват и пациенти, постъпили за първи път за болнична рехабилитация след 6-я месец от ендопротезирането) (табл 12).

Таблица 12

## Разпределение според сроковете на рехабилитацията

	Честота	Процент (%)	Валиден процент (%)	Кумулативен процент (%)
До 14-я постоперативен ден	5	6,9	6,9	6,9
До 2-я месец след ендопротезирането	60	83,3	83,3	90,3
След 2-я месец от ендопротезирането	7	9,7	9,7	100,0
Общо	72	100,0	100,0	

Всички ТЕПП, взели участие в изследването са разгледани като една група с добър рехабилитационен потенциал, но хетерогенна по отношение на социо-демографските показатели, индивидуалното здраве, сроковете за рехабилитация и средствата, включени в рехабилитационната програма.

Проследяването на резултатите от проведеното лечение в рамките на 7 дневния престой в Отделението по



рехабилитация бе осъществено по две основни направления. В рамките на изискванията, съобразно които клиничната пътека се счита за завършена, на всички ТЕПП са извършени функционална оценка, ъглометрия, сантиметрия, анализ на походката в деня на приема и при изписването, при отчетено подобрене по отношение на субективните оплаквания, обема на движения, походката.

С оглед комплексна оценка на рехабилитационната програма бе извършена оценка на общото КЖ на всички пациенти в деня на приема и деня на изписването. Въпросите касаят периода 14 дни назад.

## **2. Резултати от оценката на качеството на живот посредством въпросника WHOQOL – BREF.**

### **2.1. Cronbah alpha.**

С цел определяне надеждността на въпросника при ТЕПП, след събиране на данните бе извършена проверка на отделните въпроси - дали притежават добри селективни и описателни възможности, дали отделните въпроси се обясняват един с друг, дали анкетираните лица разбират правилно отделните въпроси и се припознават по коректен начин в отговорите, дали въпросите са достатъчно коректно зададени към респондентите. Тази проверка се осъществява чрез Cronbach alpha. Теоретично коефициентът варира в граници от 0 до 1. С повишаване стойността на коефициента се счита, че анкетата има добри селективни и дескриптивни възможности. Стойността на коефициента 0,891 показва високо ниво на съгласуваност между въпросите, коректно

задаване и правилно разбиране от страна на респондентите в анкетата (табл 13, 14, 15).

**Таблица 13**

<b>Case Processing Summary</b>		N	%
Cases	Valid	72	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	72	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Таблица 14**

<b>Reliability Statistics</b>	
Cronbach's Alpha	N of Items
,891	52

## **2.2. Динамика в общото КЖ на пациентите за периода на провеждане на стационарна рехабилитация.**

Общото средно качество на живот на пациентите при постъпване е изчислено на стойност 47.166666666667. Средната стойност на общото качество на живот на пациентите при изписване е 62.555555555556.

## 2.3. Статистически разлики по области на базата статистическа проверка на хипотези чрез метода на взаимопроникващи извадки

### 2.3.1.Телесна област

Средната стойност на „Телесна област“ при постъпване е 8,21, а тази на пациентите при изписване 15,33 (табл.16)

Таблица 16

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Paired 1 Телесна област постъпване	8,21	72	2,589	,305
Телесна област изписване	15,33	72	2,833	,334

Отчетена е умерена положителна връзка (0,495) между показателите „Телесна области при постъпване“ и „Телесна области при изписване“. Връзката е статистически значима ( $p=0,000<0,05$ ) (табл.17).

Таблица 17

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.
Paig 1 Телесна област постъпване & Телесна област изписване	72	,495	,000

1. Дефинира се нулевата хипотеза  $H_0$ , която гласи, че не съществува статистически значима разлика.

2. Алтернативната хипотеза  $H_1$  гласи, че съществува статистически значима разлика.

3. Възприема се равнище на значимост  $\alpha=0,05$  (5 % риск за грешка) при гаранционна вероятност  $p=95$  %.

4. Използва се t тест.

5. Сравняват се възприетото равнище на значимост  $\alpha=0,05$  (5 % риск за грешка) при гаранционна вероятност  $p=95$  % и оцененото гранично равнище на значимост Sig (p)

$p=0,000 < \alpha=0,05$ , следователно от теорията на статистиката може да се направи заключение, че се отхвърля нулевата хипотеза  $H_0$  и се приема алтернативната и следователно съществува статистически значима разлика в блок „Телесна област“ относно пациентите при постъпване и при изписване.

Отчетено е нарастване на средните стойности при пациентите които се изписват с 7,125 в сравнение с тези при постъпване (табл.18).

Таблица 18

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pa Телесна ir област 1 постъпва не - Телесна област изписва не	- 7,12 5	2,732	,322	- 7,76 7	- 6,48 3	- 22,1 31	7 1	,000

### 2.3.2. Психологична област

Средната стойност на „Психологична област“ при постъпване е 10,00, а тази на пациентите при изписване 13,54 (табл.19)

Таблица 19

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Психологична област постъпване	10,00	72	3,117	,367
Психологична област изписване	13,54	72	2,621	,309

Отчетена е силна положителна връзка (0,733) между показателите „Психологична области при постъпване“ и „Психологична област при изписване“. Връзката е статистически значима ( $p=0,000<0,05$ ) (табл.20)

Таблица 20

## Paired sample correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Психологична област постъпване & Психологична област изписване	72	,733	,000

1. Дефинира се нулевата хипотеза  $H_0$ , която гласи, че не съществува статистически значима разлика.

2. Алтернативната хипотеза  $H_1$  гласи, че съществува статистически значима разлика.

3. Възприема се равнище на значимост  $\alpha=0,05$  (5 % риск за грешка) при гаранционна вероятност  $p=95$  %.

4. Използва се t тест.

5. Сравняват се възприетото равнище на значимост  $\alpha=0,05$  (5 % риск за грешка) при гаранционна вероятност  $p=95$  % и оцененото гранично равнище на значимост  $Sig(p)$ .

$p=0,000 < \alpha=0,05$ , следователно от теорията на статистиката може да се направи заключение, че се отхвърля нулевата хипотеза  $H_0$  и се приема алтернативната и следователно съществува статистически значима разлика в блок „Психологична област“ относно пациентите при постъпване и при изписване.

Отчетено е нарастване на средните стойности при пациентите които се изписват с 3,542 в сравнение с тези при постъпване (табл. 21)

Таблица 21

## Paired sample Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	Психологична област постъпване - Психологична област изписване	- 3,542	2,149	,253	-4,047	- 3,037	- 71	,000	

## 2.3.3.Отношение

Средната стойност на „Отношение“ при постъпване е 8,54, а тази на пациентите при изписване 8,96 (табл. 22).



Таблица 22

## Paired sample statistic

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 Отношение постъпване	8,54	72	2,136	,252
Отношение изписване	8,96	72	1,996	,235

Отчетена е силна положителна връзка (0,858) между показателите „Отношение при постъпване“ и „Отношение при изписване“. Връзката е статистически значима ( $p=0,000<0,05$ ) (табл.23)

Таблица 23

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 Отношение постъпване & Отношение изписване	72	,858	,000

1. Дефинира се нулевата хипотеза  $H_0$ , която гласи, че не съществува статистически значима разлика

2.Алтернативната хипотеза  $H_1$  гласи, че съществува статистически значима разлика.

3.Възприема се равнище на значимост  $\alpha=0,05$  (5 % риск за грешка) при гаранционна вероятност  $p=95$  %.

4. Използва се  $t$  тест.

5.Сравняват се възприетото равнище на значимост  $\alpha=0,05$  (5 % риск за грешка) при гаранционна вероятност  $p=95$  % и оцененото гранично равнище на значимост  $Sig (p)$ .

$p=0,002 < \alpha=0,05$ , следователно от теорията на статистиката може да се направи заключение, че се отхвърля нулевата хипотеза  $H_0$  и следователно съществува статистически значима разлика в блок

„Отношение“ относно пациентите при постъпване и при изписване.

Отчетено е нарастване на средните стойности при пациентите които се изписват с 0,417 в сравнение с тези при постъпване (табл.24)

Таблица 24

## Paired sample test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2- taile d)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Отношение постъпване - Отношение изписване	-,417	1,110	,131	-,678	-,156	-3,185	71	,002

**III. ОБСЪЖДАНЕ****1. Анализ на социо-демографските данни**

Демографските особености на изследваните от нас лица съвпада с данните, посочени в литературата. Лицата, насочени и преминали ТЕПП са във възрастовия диапазон 18-65 и над 65 години, с превес на категорията 18-65 (57%), при еднакво процентно разпределение за двата пола.

Водещата причина за ТЕП е остеоартрозата на тазобедрената става, известна като една от най-честите заболявания на ОДА, налагащи ендопротезиране, следвано от фрактурите на бедрената шийка и асептичната некроза на бедрената кост. Последната група пациенти попадат във възрастова подкатегория (40-50 г.), което се обяснява с голямата честота на асептичната некроза в млада възраст, и бързопрогресиращият ход на заболяването, поставящ необходимостта от ТЕП, с оглед предпазване от инвалидизация. Всички ТЕПШ имат поне едно доказано придружаващо заболяване, като при 5 от тях се установи и онкологична диагноза с давност повече или по-малко от 5 години. Тези пациенти не са изключени от изследването, тъй като рехабилитационната програма е изготвена съобразно принципите на индивидуалния подход, чрез адекватен подбор на методи и средства, показани за приложение при онкологични заболявания, съгласно съвременните тенденции на физикалната и рехабилитационна медицина и за постигане на главната цел на рехабилитацията – социална рерадаптация.

Разпределението на респондентите според семейното положение разкрива най-голям дял на лицата със сключен юридически брак – 60%, последвани от лицата без сключен юридически брак – 28% при еднакъв дял на неженени/неомъжени и разведени, 12% от изследваните лица попадат в категорията вдовец/вдовица. 87,7% от респондентите имат деца, 12.5 % съобщават за липса на деца. Семейните отношения, като фактор на заобикалящата среда играят ключова роля в процеса на възстановяване след ТЕП, мотивацията на пациента за самоучастие в

рехабилитационната програма. Ангажирането и участието на семейството - неделима част от екипа терапевти – пациент и осигурява оптимални условия и грижи за преодоляване на психоемоционалните бариери, съпътстващи физическата недееспособност след ТЕП.

От разпределението на участниците според фазата на рехабилитацията е видно, че преобладават пациентите, хоспитализирани между 14-я ден и 2-я месец от операцията – 83% от извадката. Най-малък е процентът на ТЕПП, провели рехабилитацията в периода между 7 –я и 14-я ден след ендопротезирането – 6,9%, последвани от хоспитализираните след 2-я месец пациенти, като при някои от пациентите първата хоспитализация за рехабилитацията се извършва едва една година след ендопротезирането. В извадката се наблюдават и пациенти, избрали или насочени за амбулаторна рехабилитация след ТЕП, с последваща болнична рехабилитация, поради незадоволителен резултат. Броят на повторните хоспитализации е 6, за целия период на изследването.

Резултатите от анализа на социо-демографските данни креспондират с литературните данни за възрастовия диапазон, причината за ендопротезиране и избора на метод. Според изследвания на други наши автори конвенционалното ендопротезиране е предпочитано от пациенти над 60 годишна възраст, които поради демографски и/или социално-икономически причини избират тази възможност, въпреки че НЗОК финансира само 7 процедурни дни за болнична рехабилитация. Липсата на ИЕПП в извадката може да се обясни с факта, че неконвенционалното ендопротезиране е приоритет на

пациенти в млада възраст, които по-рядко се възползват от услугите по причини на финансова обезпеченост, търсене на индивидуален подход, бързо функционално възстановяване, удовлетвореност и възможно най-бързо завръщане на пазара на труда.

51% от ТЕПП са на пазара на труда, като 31% от тях са в активна трудоспособна възраст, 12 % - работещи пенсионери, 46 % - неработещи пенсионери, 2% - лица без трудова заетост. Най-голям е дялът на лицата с висше и средно образование – 86%, при еднакво е разпределение в двете категории , последвани от участниците с полувисше/средно специално – 11% и основно образование – 3%. Всички работещи лица са хора на интелектуалния и/или физически труд, което влиза в съображение както при комплексната оценка на факторите на средата – статично и динамично пренапрежение, неудобна работна поза, нарушен постурален контрол, така при изготвянето на индивидуалната рехабилитационна програма цел връщане на пазара на труда и упражняване на професията.

При 33% от изследваните лица се установи наличието на експертно решение на ТЕЛК за намалена работоспособност. В момента на събиране на данните за демографския анализ 8% от изследваните пациенти са с трайно намалена работоспособност – над 90%, без чужда помощ, 8% - от 71 до 90 %, 17% - от 51 до 70 %, 67% са лица без намалена работоспособност. Последното би могло да се разглежда като показател за съхранена функционалната годност, въпреки наличието на придружаващи заболявания установено при всички ТЕПП. Превесът на трудоспособни лица указва необходимостта от компенсиране на

ограниченията и слабите страни на КТЕП и рехабилитацията, финансирана от държавата, с оглед максимално бързото им връщане в условията на труд. Такива възможности разкрива индивидуалната рехабилитационна програма.

## **1. Анализ на динамиката в общото КЖ разпределено по области**

При всички пациенти е отчетено подобрение в обема на движения на ТБС и функционалната оценка, като това е отразено съобразно изискванията за завършване на съответната клинична пътека. Доколко обаче функционалното възстановяване съответства на социалната пригодност е въпрос, чиито отговор намираме в област Телесна на WHOQOL. От една страна, защото степента на болката с помощта на скалите, разработени за целта не носи информация как индивидът живее и функционира, как тя се отразява на ежедневието, съня, работоспособността и удовлетвореността от възстановяването. От друга страна, при конвенционалното ендопротезиране възстановяването на обема на движения се постига с по-бавни темпове, отколкото при ИЕПП. От трета страна – установените различия във времето за функционално възстановяване на пациенти с коксартроза и фрактура на бедрената шийка значително стесняват перспективата на полиморбидните пациенти за социална адаптация и постигане на независимост в ежедневието.

При пациентите с асептична некроза на бедрената кост клиничната изява е с бърз ход, силна до непоносима болка и силно ограничен функционален капацитет – ситуация, която реално заплашва да изведе пациентите от

зоната на психологическа устойчивост при формиране на собствената нагласа и отношение към проблема.

Недостатъчно внимание се отделя на качествените изследвания на болката – съпътстващите я преживявания. Предвид честотата на причината, довела до ендопротезиране – коксартроза, по-голямата част от участниците в нашето изследване са живели с хроничната болка години наред. По литературни данни, преживяванията, свързани с болката могат да бъдат разграничени в зависимост от това дали е остра и хронична, има или не симптоми на депресия и др пациентите възприемат болката най-често като „страдание“, „отчаяние“, „унижение“, „тежест“, „наказание“, „дразнител“, „притеснения“, „фиксира съзнанието“. Следователно цифровото измерение на болката е отражение само нейното „видимо лице“, докато съвкупността от възприятия и преживявания се явява с по-голяма степен на важност за ежедневието на пациента.

Макар да не сме изследвали конкретните преживявания, съпътстващи болката/индивидуалното здраве и оперативната интервенция, ние отчитаме статистически значима разлика в резултатите от област Телесна на КЖ преди и след проведената рехабилитация в ОР – показателно за положително повлияване в повече от един аспект, а именно сън, работоспособност, ДЕЖ, самостоятелно придвижване. Въпросите са формулирани така, че да обезпечат погледа към пациента в смисъла на неговата индивидуалност и цялостно функциониране. Краткия период, за който се отнасят обхващат времето преди и след болничния престой, т.е неменуемо отразяват ефекта от проведените рехабилитационни процедури.



Разгледани в съвкупност, въпросите разкриват психологическите аспекти на проблема на индивида, преживял ТЕПШ. Регистрирането на психологичната ситуация отразява взаимодействието на пациента със заобикалящата го среда и следва да се разглежда просто като механичен сбор от отговори на въпроси и симптоми. Физическите оплаквания могат да са свързани със социални или емоционални проблеми, които лекарят също трябва да отчете при определяне на рехабилитационния потенциал, изготвянето на рехабилитационната програма, и отчитане на нейната ефективност. За това не е достатъчно само да констатира обективното състояние на пациента и да извърши необходимата функционална оценка. При всички случаи е необходимо да вземе под внимание личностната и социалната ситуация. Някои автори изобразяват това триединство от противоположни зависимости като равностраничен триъгълник, на чиито ъгли се намират индивидуалността, обективното състояние и социалната ситуация. Позовавайки се на тези литературни данни, ние намираме за напълно основателно и обосновано присъствието на въпроса за смисъла на живота в област Психологична, тъй като той резонно фигурира в гореописаното триединство от взаимодействия. Мотивът на пациента за самоучастие в процеса на възстановяване не би могъл да бъде разглеждан едностранно – в смисъла на потребител на здравни грижи. Главната роля за постигане на поставените цели и задачи, съобразно индивидуалното състояние не би могла да бъде изпълнена от пациента без мобилизирането и участието на психологичните фактори. Неслучайно една задачите, явяващи се константа във всяка

рехабилитационна програма е свързана с въздействие и подобряване на психо-емоционалния тонус.

Лекарят/терапевтът съзнателно или не се възприема от пациентите като лекарство или средство, подсилващо ефекта на прилаганите терапевтични методи. Ефективната комуникация лекар-пациент, лекар – медицински екип – пациент благоприятства не само за отчитане на преките резултати от извършената работа, в случая – рехабилитационни процедури, но създаването и поддържането на оптимална терапевтична среда и микроклимат. Субективните усещания и възприятия касаят не само болковата симптоматика, но и емоционалната окраска на рехабилитацията. Ходенето с помощни средства само по себе си създава чувство на безпомощност и може да се превърне в мотив за нецелсъобразно и рисково форсиране на хода на възстановяването изцяло от страна на пациента. В тази връзка, не е без значение и в какви условия се извършва тя – амбулаторни, стационарни, домашни. Индивидуалният подход, наблюдението, контролът и обратната връзка са ключови фактори в ранната фаза на възстановяване с оглед осигуряване на психологически комфорт и усещане за позитивен ход на възстановяването с помощта на подходящи и индивидуално подбрани методи и средства, на подходящото място - съчетаване на полезното с приятното. От съществена важност е и моментът на психологическа нагласа за предстоящите събития, сформирани още в КОТ.

В изпълнението на целта на дисертационния труд ние допуснахме, че рехабилитацията по КП в стационар би повлиявала в краткосрочен план най-вече телесната област

от общото КЖ, предвид силно ограниченото време на болничния престой в рамките на 7 процедурни дни. Анализирайки гореописаните взаимодействия, считаме, че статистически значимата разлика в КЖ – област Психологична преди и след прилагане на индивидуалната рехабилитационна програма се дължи на адекватно отчетената стойност на всички изброени фактори в подхода към ТЕПШ.

Семейната среда или друга група хора може чрез положително влияние върху чувствата и преживяванията на пациента да подсили въздействието на терапията/рехабилитацията или обратното – чрез съпротива да сведе резултата от до нула. Понятието „социална болест“ е въведено още през 1930. Идеята на тази концепция е разбирането на пациента от страна на семейство, близки и приятели, което способства за по-добрата адаптация към живота и различни ситуации. Приемането или неприемането на житейски проблем, заболяване, подход и дори терапевт може да се подсилва от роднини, познати и друго обкръжение от една страна. От другата страна на този процес се намират физиологичните, психологичните потребности и удовлетвореността на личността от взаимоотношенията със заобикалящата го среда и семейство.

Ролята на семейната динамика за промяната в хода на възникване и развитие на болестта е изследвана като проблем в подхода към хроничната болест, но малко застъпена в цялостната оценка на ситуацията на ТЕПШ по време на неговото възстановяване.

Резултатите от нашето изследване показват статистически значима разлика в КЖ, отнесена към област Отношение, при постъпването и изписването. Това би могло да се свърже с по-големия процент семейни ендопротезирани пациенти – 59,7% и с резултатите от целенасочени проучвания, доказващи пряката роля на емоционалната подкрепа и семейните отношения за ускорения ход на възстановяването след тазобедрено ендопротезиране и по-доброто КЖ в условията на семейна среда. (Канев)

Положителната динамика в КЖ – област Среда преди и след провеждането на рехабилитационния курс показва, че се отчита ефективност на проведените процедури както във функционалното възстановяване, така и във функционирането на ТЕПП и отношението им към социума. Съдържанието на въпросите надминава границите на физическия капацитет на индивида, претърпял тазобедрено ендопротезиране и в своята всеобхватност отразява промяната във всички подобласти на социалната сфера. Ключов момент в динамиката на отношението на ТЕЕП към заобикалящата го среда, освен възстановяването на двигателния дефицит и походката, е информираността, която може да се разглежда и като отражение на взаимодействието пациент-мултидисциплинарен екип. В разговорите с пациентите, преминали през ОФРМ и дали своето съгласие за участие в изследването на КЖ установихме, че всички те са информирани на място за възможностите да се възползват от правото си на рехабилитация по КП 265 – двукратно в рамките на една година след ендопротезирането, както и за ползите от

системната и поэтапна рехабилитация. Въпросът за удовлетвореност от достъпа до здравни услуги е от изключителна важност в оценката на ситуацията от страна на ТЕПП. Изборът на ТЕПП да се възстановява в болнична следва да се разгледа и от социално-икономическата страна на проблема. Според резултатите от административната анкета за целите на нашето проучване, в разпределението по доходи най-голям е дялът на респондентите със средно-месечен доход на едно лице от домакинство над 700 лв. Този показател, заедно с възрастовата група, в която попадат респондентите вероятно са основните критерии, определящи избора на модела, финансиран от НЗОК. Макар голяма част от пациентите да са от областен град - 96 %, болничната рехабилитация създава условия за преодоляване на някои бариери, които създават амбулаторните условия – ежедневно пътуване/придвижване до и от мястото на извършване на рехабилитация, 24-часов достъп на пациентите до специалисти. Сравнявайки две групи пациенти, разпределени по признак финансиране на рехабилитационните услуги, Ненова и Манчева установяват различия в степента на удовлетвореност от работата на кинезитерапевта в условията на доболничната помощ със и без реинбурсация от НЗОК, в полза на групата пациенти, самофинансирани своята рехабилитацията при избор на конкретен специалист.

Резултатите от нашето проучване разкриват, че всички хоспитализирани пациенти за периода на изследването са претърпели конвенционално ендопротезиране, което кореспондира с данни от литературата посочващи предпочитанията на ИЕПП към

самофинансиране на рехабилитацията в извънболнична среда под контрола и ръководството на кинезитерапевт. Въз основа на отчетената положителна динамика в КЖ в област Среда, болничната рехабилитация по КП 265, проведена в ОР на УМБАЛ Св. Марина би могла да се оцени като ефективна, отнесена към социалната сфера на живота на пациентите след тазобедрено ендопротезиране.

Резултатите от нашето изследване посочват средни стойности на общо КЖ – преди хоспитализацията, при полиморбидни пациенти, сред които и онкоболни. Ето защо не бива да се пренебрегва проучването и анализът на множеството фактори, които определят удовлетвореността на пациента от ТЕП.

С цел доказване на надеждността на WHOQOL-BREF при ТЕПП, Kumar, Sen, Aggarwal и съавтори (2020) за първи път прилагат WHOQOL-BREF при 96 пациенти, ендопротезирани от един и същ хирург, като сравняват резултатите със стойностите от функционалното възстановяване по Harris Hip Score. Базирайки се на високата степен на корелация между двата инструмента, авторите заключават, че WHO-BREF може да се прилага като самостоятелен инструмент за оценка на КЖ след ТЕП. Макар и двата въпросника – специфичен и генеричен да не изискват физическото присъствие на пациента, и въпреки че модифицираният NHS също не изисква преглед на пациента, WHO е приет за по-пълен и информативен инструмент, що се касае за цялостното възстановяване и прогноза на ТЕПП. В нашето изследване, проведено в присъствието на пациента, изготвянето на рехабилитационната програма бе извършвано от специалистите по ФРМ, дежурни по време на

приема, а оценката на КЖ – от лекар по ФРМ, външен за отделението. Позовавайки се на световния опит и положителната динамиката във функционалното възстановяване, отчетена според изискванията на КП 265, не сметнахме за обосновано съвместното приложение на специфичен и генеричен въпросник за целта на проучването. Въз основа на резултатите считаме, че WHOQOL-BREF е достатъчен за оценка на ефективността на извършената болнична рехабилитация.

### **3. Анализ на рехабилитационния подход.**

Зададените критерии за набиране на участниците в изследването предполагат включване на всички пациенти, хоспитализирани по КП 265 с диагноза Z 96.6 Наличие на ортопедични имплантати на стави. Заместване на тазобедрена става, за период от 7 дни. Това предполага участие на едностранно и двустранно ендопротезирани, ревизирани и полиморбидни пациенти, намиращи се в различни етапи на рехабилитацията и с разнообразни субективни оплаквания и преживявания, свързани както с ТЕП и предхождащи го събития и обстоятелства, така и с индивидуалните особености на всеки индивид и общото неговото общо здраве. Този фон определя хетерогенността на репрезентативната извадка и ограничава разпределянето на участниците в контролна и експериментална групи. Установихме, че за периода на проведеното изследване, в Отделението по Рехабилитация към УМБАЛ Св. Марина са извършени 72 хоспитализации на ТЕПП в различни срокове след ендпротезирането – между 7-я ден и 12-я месец след оперативната интервенция. Важно е да се отбележи, че пациентите, насочени за ранна рехабилитация по КП 265 са

преминали индивидуална КТ програма в Отделение по Ортопедия и травматология, в съответствие със световните тенденции за съкращаване сроковете на рехабилитация след ТЕПП.

Изготвената от лекарите по ФРМ в Отделението по рехабилитация програма, е събразена с фазата на рехабилитация и функционалния капацитет на пациента съчетава, както КТ средства така и физикални фактори, дори в най-ранните етапи преди сваляне на конците, позовавайки се клиничния опит и литературните данни за разчитайки на синергичното им въздействие в посока преодоляване на болката, отока, ускоряване зарастването на оперативната рана и намаляване на риска от усложнения по данни на наши изследователи. Тези ефекти се отчетоха при дехоспитализацията в рамките на анамнезата и функционалната функционалната оценка.

Прегледът на медицинската документация на изследваните пациенти посочва че водещото оплакване при 28% от тях е болката в ендопротезираната става и други отдели на ОДА. Това съвпада с данните, цитирани в литературата и фокусира клиничната мисъл върху методите за обезболяване, заедно със средствата за възстановяване функцията на засегнатата става. Установихме също и, че въпреки препоръките на някои физиотерапевтични школи да се избягват физикални фактори до 45-я ден след интервенцията, в минимално протективната фаза са включени дълбоки осцилации. Обосновката на този избор почива на предшестващ изследователски и клиничен опит на специалистите от Отделението по рехабилитация с въздействието на ДО в ранния постоперативен период след



хирургични интервенции и колянно ендопротезиране, като се спазва и основният принцип във физикалната терапия - максимално ранно приложение на физикалните фактори.

Разнообразието от физикални фактори, прилагани по време на рехабилитацията на ТЕПП, участващи в изследването включва електростимулации, ТЕНС терапевтичен ултразвук, електрофореза и компреси с луга, апаратен лимфен дренаж на долни крайници, криотерапия, екзогенна топлина, прилагани в различни отдели на ОДА самостоятелно или комбинирано с КТ, съобразно принципите за индивидуален подбор на средствата за рехабилитация. Този разширен подход отговаря на концепцията за индивидуално, пациент центрирано приоритизиране на избора на методи и средства, заложена в принципите на рехабилитацията. От друга страна този модел, спестява рехабилитационно време, и без друго ограничено от здравната система и по необходимост инвестирано в поетапно въздействие върху други отдели на ОДА при следваща хоспитализация или в амбулаторни условия.

Въпреки утвърдената ефективност на комплексната рехабилитационна програма, съчетаваща синергично въздействащи КТ методи и ФФ, с доказани приноси на физикалните модалности за хода на възстановяване след ТЕПП (Кръстанова), ние не изключихме от изследването пациенти с противопоказания и ограничения за приложението им (пациенти с придружаващо онкологично заболяване). Извън пределите на страната ни от десетилетия се прилагат физикални фактори с цел обезболяване в палиативните грижи или в хода на онкологичната

рехабилитация (), но у нас все още липсва единно мнение във физиотерапевтичната общност по отношение противопоказанията за приложение на ФФ в онкологията. Макар това начало да бе поставено със съставянето на програма Виктория за рехабилитация на жени с карцином на млечната жлеза, остава дискуссионен въпросът за давност на диагнозата, като основание за включване на ФФ и рисковете от рецидив и метастазиране. Ето защо изготвянето на рехабилитационната програма при тези наши пациенти е строго съобразено с принципа за онкологична предпазливост и подбор на кинезитерапевтични методи, които биха изпълнили поставените конкретни цел и задачи, без това да е сметка на хода на възстановяване.

Както споменахме, при всички пациенти без противопоказания и ограничения, независимо от фазата на възстановяване е спазен принципа за максимално ранно приложение на ФФ в синергизъм с КТ методи и средства. Ролята на кинезитерапията е с основен акцент в първите постоперативни дни с оглед максимално ранно вертикализиране и обучение на ходене с помощни средства. Комплексното приложение на ПФФ и КТ е доказано по-ефективно за възстановяването след ТЕПШ (Кръстанова 2018), но пациентите от контролната група на проведеното за целта проучване не са провеждали рехабилитация извън КОТ. При всички участници в нашето изследване са включени КТ процедури, в съчетание или не с ПФФ, съобразно индивидуалния подход и потребностите на пациента. Подборът на КТ методи и

средства включва утвърдените от науката и практиката изометрични и изотонични упражнения в отворена и затворена кинетична верига...уреди на уреди, суспензионна терапия, ПЛФК при нашите пациенти е включена в периода на умерено протективната фаза на рехабилитацията.

Наличието на пациенти в трите фази, с преобладаване на 1 и 2 са показател за динамиката по отношение на рехабилитационното поведение – тенденция към изместване на етапа домашна рехабилитация от болничната до втория месец.

Анализирайки опыта на трите школи – ортопедична, физиотерапевтична и кинезитерапевтична, ние отчитаме факта, че ортопедът-хирург заема главна роля в рехабилитационния екип, очертавайки насоката на възстановителния процес, на база вида ендопротезиране и риска от усложнения. Придържайки се към становището на оператора, че рехабилитационният подход следва да бъде индивидуален, ние считаме, че изготвянето на рехабилитационната програма трябва да бъде съобразено ориентирано персонално към конкретния пациент.

Квазиекспериментално проучване на шведски автори сравнява по показател ежедневна активност две групи пациенти при изписване след ТБ артропластика. На контролната група се прилага стандартен подход с предварителна информация за рутинните методи, съпътстващи ТЕП и очакваната продължителност на болничния престой, със съответните инструменти за събиране на информация за здравословното състояние на пациентите. На квазиексперименталната група се прилага грижа пациент-ориентиран подход, който включва активно

участие и личен контакт с всички участници на екипа, търсене, намиране и осбъждане на възможностите да бъдат удовлетворени персоналните нужди на всеки пациент. Проследявайки двете групи, авторите установяват, ПЦП съкращава времето за болничен престой, а постигнатата независимост се отчита по-късно, но в по-голям процент в сравнение със сатандарния подход на медицинската грижа.

#### **IV. ОБОБЩЕНИЕ**

Резпрезентативната извадка обхваща хетерогенна група конвенционално ендопротезирани полиморбидни пациенти, сред които и пациенти с онкологични заболявания.

Водеща причина за ендопротезиране на тазбедрената става е коксартрозата.

Липсва профилактика на и преоперативна рехабилитация сред пациентите, показани за ендопротезиране.

Най-голям е дялът на пациентите, постъпили за стационарна рехабилитация в до 2-я месец от ендопротезирането (умерено протективна фаза) – 83,3%.

Приблизително еднакъв е дялът на пациентите, постъпили за рехабилитация до 14-я постоперативен ден и след 2-я месец.

Резултатите от оценката на общото КЖ и област Телесна кореспондират с подобрените показатели за функционална оценка.

Индивидуалната рехабилитационна програма е съобразена с принципите на пациент-ориентирания подход и

включва подбор и съчетаване на средства, адаптирани към потребностите на индивида.

Съчетанието на физикални фактори и средства на кинезитерапията в разширена рехабилитационна програма е насочено не само към подобряване на функцията на ендопротезираната става, но и към общо въздействие и скъсяване сроковете на рехабилитацията

Позовавайки се на резултатите от проведените до момента изследвания, в т. ч. и нашите собствени, ние смятаме, че е невъзможно и ненужно създаването и прилагането на унифициран рехабилитационен протокол след ТЕП. В тази връзка, както и с оглед удовлетворяване на потребността от цялостни от рехабилитационни грижи, предлагаме **модел на организация на рехабилитационния процес**. Този модел позволява ефективно да се обгрижват пациенти, преминали конвенционално тазобедрено ендопротезиране, където сроковете на рехабилитацията са подчинени на ограниченията, наложени от здравната система, вида ендопротезиране, възрастта на пациентите и тяхната полимрбидност, унифицираните рехабилитационни протоколи.

В основата на този подход стои стремежът за оптимално използване на рехабилитационните ресурси, а главната цел е задоволяване персоналните нуждите на пациентите и промяна в качеството на живот. Очакваните резултати от неговото приложение се свързват не само с утвърждаване на ранната болнична рехабилитация и положителната динамика в КЖ на всеки етап от

възстановяването, но и с налагане на пациент-центрирания подход при изготвяне на рехабилитационната програма, с оглед функционално възстановяване и подобряване на цялостното здраве и благополучие само. По този начин ще се повлече и редуцира неравнопоставеността сред младото и застаряващото население в трудоспособна възраст

**Факторите, които обуславят** прилагането на модела са свързани с ефективното сътрудничество на специалистите, изграждащи рехабилитационните екипи, информираност и мотивация на пациентите и техните семейства относно самоучастието и споделената отговорност в процеса; обучение, наблюдение, контрол и подкрепа на пациентите в изпълнението на отделните стъпки и етапи на рехабилитацията; създаване на среда за оптимално взаимодействие между терапевти пациенти. Ангажираността на специалиста по ФРМ не следва да се ограничава само до планиране и изготвяне на рехабилитационна програма и обективна функционална оценка на резултатите от проведеното лечение. Управлението на рехабилитационния процес налага разширен и цялостен подход към пациента, с допълване на неговата потребителска роля с активно участие и оценъчни функции. По този начин проблемът качество на живот се превръща в обща цел, за чието постигане се мобилизират собствени и институционални ресурси. Приложението на модела зависи основно от наличието на рехабилитационни специалисти и тяхното ниво на професионална подготовка, медицинска техника и оборудване, тоест явява се - следствие от разпределението на човешките и материалните ресурси, реализирането на информационните аспекти на здравната грижа, достъпността на рехабилитационните

услуги, обусловена от финансовите ресурси, териториалната инфраструктура, транспортни връзки и др.

### **Модел за организация и провеждане на рехабилитацията след конвенционално тазобедрено ендопротезиране**

1. Синхронизиране на физиотерапевтичната и кинезитерапевтичната практики, възприемане и утвърждаване на единна терминология за указване сроковете и фазите на рехабилитация.
2. Въвеждане на предоперативна фаза на рехабилитацията като задължителен елемент от рехабилитационния подход при КТЕП.
3. Ускорен ход на рехабилитационната програма в условията на стационар, който би могъл да се постигне чрез:
  - 3.2.1 Изготвяне на индивидуална, разширена комплексна рехабилитационна програма в рамките на максимално протективната фаза, възможно най-рано след оперативната интервенция – 7-14 постоперативен ден.
  - 3.2.2. Повторна хоспитализация по КП в рамките на умерено протективната фаза на рехабилитацията.
4. Разширяване на набора от физикални фактори, прилагани в максимално и умерено протективната фаза.
5. Утвърждаване на мястото и ролята на телерехабилитацията в минимално протективната фаза и утвърждаване на домашната рехабилитационна грижа в условията на кооперативно сътрудничество между отделните звена в рехабилитационния екип.

6. Съчетаване и комбиниране на на ресурсите на ФРМ и в частност на кинезитерапията в амбулаторни и балнеосанаториални условия по време на тренировъчната фаза.

7. Повишаване информираността на пациентите относно етапите и ресурсите на рехабилитацията още по време на предоперативната фаза.



## **V. ИЗВОДИ:**

1. Пациентите, предпочели финансирани от държавата рехабилитационни услуги, са полиморбидни лица, преминали конвенционално ендопротезиране

2. Доказа се, че WHOQOL – BREF е с много добра надеждност за оценка на общото качество на живот при тазобедрено ендопротезирани пациенти

3. Доказа се, че WHOQOL – BREF е приложим като самостоятелен инструмент за оценка на ефективността на рехабилитацията.

4. Статистически значимите разлики в качеството на живот, отнесено към четирите области: телесна, психологична, отношения и среда при приемането и изписването доказват, че комплексната, индивидуална рехабилитационна програма допринася за бързото и ефективно възстановяване на пациентите след конвенционално ендопротезиране тазобедрено ендопротезиране.

5. Индивидуалната рехабилитационна програма, приложена в условията на клинична пътека максимално рано (минимално протективна фаза) скъсява сроковете на възстановяване време и подготвя пациента за рехабилитация в домашни условия и пести средства за амбулаторната фаза

6. Установи се, че подборът на физкални средства в максималната и умерено протективна фаза съответства на принципа за максимално ранно приложение съобразен е със световния опит, базиран на научни доказателства, няма негативно въздействие върху изследваните пациенти и

допринася за положителната динамика в качеството на живот, отнесено към 4-те области.

7. Установи се, че провеждането на стационарна рехабилитация по КП в минимално протективната фаза (ранния постоперативен период – до 14 ден) няма негативно въздействие върху изследваните пациенти и оказва положително влияние върху динамиката в качеството на живот във всички области.

8. Установи се, че индивидуалната рехабилитационна програма, приложена по време на първа хоспитализация в минимално протективната фаза допринася за повишаване качеството на живот във всички области, въпреки удълженото рехабилитационно време.

9. Установи се, че статистически значимите разлики в качеството на живот, разгледани по области преди и след хоспитализацията съответстват на резултатите от функционалната оценка

## **VI. ПРИНОСИ**

### **1. Теоретико-методологични приноси:**

1.1. За първи път у нас се провежда целенасочено проучване на проблемите на рехабилитацията след ТЕП.

1.2. За първи път в българското физиотерапевтично научно познание се прилага самооценъчен, валидиран генеричен инструмент за оценка на КЖ във всички сфери и степента на повлияване от рехабилитацията.

1.3. Чрез оценка на КЖ от независим специалист по ФРМ, се доказва се ролята на разширената, индивидуална рехабилитационна програма за промяната в 4-те области на изследване: телесна, психологична, отношения и среда.

### **2. Практико-приложни приноси:**

2.1 Доказан е приносът на ранната рехабилитация в условията на стационар за цялостното повлияване на КЖ.

2.2 Доказана е значимостта на пациент-центрирания подход в рехабилитацията на полиморбидни пациенти.

2.3. Систематизирани са принципите за ефективност на рехабилитацията след ТЕП и е предложен модел на организация на рехабилитационния процес с цел оптимизация на ресурсите.

### **Предложения към институции:**

1. Да се предвиди финансиране на предоперативната рехабилитация.
2. Да се увеличи обема на дейности, финасирани от НЗОК в рамките на един курс физиолечение в амбулаторни условия.
3. Да се разработи актуална, единна стратегия за повишаване на информираността на пациентите и здравните специалисти относно необходимостта от ендопротезиране, принципите и етапите на рехабилитацията.

## **VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проблемите на тазобедреното ендопротезиране обхващат всички аспекти на медицинската грижа и живота с изкуствена става. Възстановяването след операцията е процес, пряко ангажиращ пациента и неговото семейство, в кооперативен съюз с медицински специалисти и социални работници. Отношението на рехабилитацията към качеството на живот намира израз в самооценката на пациента за ефективността на рехабилитационните мерки.

Макар функционалната оценка, извършвана от медицинските специалисти да отразява промяната във физическите аспекти на здравето и живота, главна цел на рехабилитацията е положителната динамика в био-психо-социалните сфери. Следователно търсенето и намирането на възможности за оптимизация на ресурсите на здравната система и реализиране на пациент-центрирания подход се явяват основна концепция, залегнала в стратегията за възстановяването след тазобедрено ендопротезиране.

## **ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **Пълнотекстови публикации**

Гроздева Д. Ефективност на рехабилитацията след тазобедрено ендопротезиране. Управление и образование. 2022; 18(6):87-89.

### **Научни съобщения**

Grozdeva D, Vladeva E, Nenova G, Nestorova V. Quality of life in patients with total hip replacement – a pilot study. 32-th Annual Assembly of IMAB. 2-23 October 2022.

