

kojima se selektivno aktivira VM ne povećavaju omjer aktivnosti ovih dvaju mišića. Jedina vježba koja je pokazala veću aktivnost VM u odnosu na VL bila je "open-chain" vježba iz druge skupine u kojoj ispitanik koljeno flektirano do 30° ekstendira uz položaj kuka u unutarnjoj rotaciji (Cerny K: Vastus Medialis Oblique/Vastus Lateralis Muscle Activity Ratios for Selected Exercises in Persons With and Without Patello-femoral Pain Syndrome. Physical Therapy 1995; 75 (8):672-683).

Dr. Dubravka Teskera

SADAŠNJI POSTUPCI KINEZIOTERAPIJE U LIJEČENJU BOLESNIKA S TEP-KUKA

Cilj je liječenja nakon ugradnje TEP-kuka da se ponovno što prije uspostavi fiziološko funkcioniranje zgloba. U prvim danima nakon operacije treba provoditi zaštitu od luksacije i profilaksu tromboze. Noga se postavlja u pjenasto napravljenu šinu, koja omogućava nulti položaj u abdukciji i rotaciji. Takvo stanje ostaje pet dana. Prvog postoperativnog dana bolesnik ima dvosatni program poznatih vježba stopala. Ustajanje je moguće za bolesnike bez šestosatnog postavljenog periduralnog katetera, s normalnom motorikom i s malo bolova. Moraju se izbjegavati kombinacije pokretanja Flex/AD/AR zbog opasnosti luksacije. Bolesnik uči male vježbe koordinacije kako bi postigao nulti položaj kuka kod laganog privlačenja mišića, na primjer:

- odmicanje/privlačenje bez podizanja kuka u zglobu pomoću alternirajuće elevacije/depresije karlice;
- kod fiksirane pete: dorzalna/plantarna fleksija kombinirana s fleksijom/ekstenzijom koljena;
- unutarnja/vanjska rotacija uz malo pokretanje u nulti položaj.

Te vježbe su važne za zacjeljivanje rane i smanjenje otekline, kontrolu operirane noge (kada nedostaju receptori zgloba) i time za dobru zaštitu od luksacije. Trećeg postoperativnog dana, kada se odstrani drenaža (redon), bolesnik smije ustati i početi s hodanjem (opterećenje ovisi o protezi). Bolesnik smije sjediti kod fleksije manje od 90 stupnjeva na artrodeznoj stolici ili na artrodeznom jastuku a kod fleksije najmanje 90 stupnjeva na normalnoj stolici. Sjedenje na zahodskoj školjci dopušteno je nakon šest tjedana i to samo na zahodu s povišenjem koji je s jedne strane niži. Aktivni pokreti uz asistenciju povećavaju se sljedećim redom:

- provođenje prijelaza kretanja (ležanje/stajanje), pri tome su u središtu vježbe koordinacije i sposobnosti naprežanja mišićne mase;
- poboljšanje pokretljivosti u smjerovima abdukcije i ekstenzije, pokretljivost fleksije putem sjedenja;
- vježbanje što je moguće bolje fiziološke slike hodanja.

Na ortopedskoj sveučilišnoj klinici iz Mainza koriste se različiti modeli proteza i za svaku od njih postoje posebni programi postoperativne rehabilitacije. Najčešće korišteni modeli su:

1. Uspravna proteza prema M. E. Mülleru-često kod displazije kuka
2. ABG-proteza (Anatomic-Benoist-Girard)-bez cementa
3. Dvostruka Müller-proteza-bez cementa
4. Revizijska proteza prema Wagneru
5. Totalna endoproteza kuka sa spongioplastikom
6. Endoproteza kod tumora.

Pristup zglobu kuka se kod svih navedenih implantiranih proteza na toj klinici vrši transglutealno prema Baueru Betz U, Eckardt A. Aktueller Stand der krankengymnastischen Behandlung von Patienten mit Hüfttotalendoprothese. *Kranken Gymnastik* 1995; 47/10:1449-1460).

Dr. Mijo Ikić